

ВСЕРОССИЙСКИЙ
КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ

**СБОРНИК
МАТЕРИАЛОВ**



**НЕЙРОПСИХИАТРИЯ
В ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНОМ
ПРОСТРАНСТВЕ:
ОТ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ
ИССЛЕДОВАНИЙ
К КЛИНИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ**

**25-26 мая 2023 г.
Санкт-Петербург**

УДК: 616.892 (063) ББК: 56.14

Всероссийский конгресс с международным участием «Нейропсихиатрия в трансдисциплинарном пространстве: от фундаментальных исследований к клинической практике», 25–26 мая 2023 года, Санкт-Петербург [Электронный ресурс]/под общей редакцией Н.Г. Незнанова. — СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2023. – 540 с.— ISBN 978-5-94651-097-4

Под общей редакцией Незнанова Н.Г.

Редакционная коллегия:

Бочаров В.В., Караваева Т.А., Лутова Н.Б., Мазо Г.Э., Михайлов В.А., Рыбакова К.В., Семенова Н.В.

Технические редакторы: *Бутаева Г.З., Фрейзе В.В.*

Сборник подготовлен к Всероссийскому конгрессу с международным участием «Нейропсихиатрия в трансдисциплинарном пространстве: от фундаментальных исследований к клинической практике», 25–26 мая 2023 года, Санкт-Петербург. Представлены тезисы по психиатрии, наркологии, неврологии, медицинской психологии, психотерапии и другим смежным специальностям. Сборник состоит из 5 тематических разделов, содержит более 250 тезисов научных работ.

Издание предназначено для врачей психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов, клинических психологов, неврологов и других специалистов, интересующихся вопросами сохранения и укрепления психического здоровья, а также студентов, клинических ординаторов и аспирантов медицинских вузов.

ISBN 978-5-94651-097-4

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2023

© Коллектив авторов, 2023

ПСИХИАТРИЯ

АДДИКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Агibalова Т.В., Тухватуллина Э.И.

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

ФГАОУ ВО РУДН

Москва

ADDICTIVE ATTITUDES IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIC SPECTRUM DISEASES

Agibalova T.V., Tukhvatullina E.I.

Введение. Остро актуальной проблемой остается высокая коморбидность шизофрении и аддиктивных расстройств, требующая комплексной помощи. Опубликованы работы по эффективному комплексному психотерапевтическому лечению шизофрении и диагностированной алкогольной зависимости. Между тем, зачастую, пагубное употребление психоактивных веществ при шизофрении не диагностируется, и не применяются соответствующие психотерапевтические интервенции, направленные на предотвращение развития клинически очерченных аддиктивных расстройств. Вместе с тем, большая часть публикаций указывает на то, что употребление психоактивных веществ является фактором, достоверно снижающим комплаенс.

Цель исследования – изучить аддиктивные установки у пациентов с заболеваниями шизофренического спектра.

Материал и методы. В рамках продолжающегося диссертационного исследования изучены аддиктивные установки 42 пациентов с расстройствами шизофренического спектра, госпитализированных в ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №4 ДЗМ» по неотложным показаниям. Кроме верифицированного заболевания шизофренического спектра критериями включения были наличие добровольного информированного согласия и отсутствие тяжелой соматоневрологической патологии. Были использованы клиничко-психопатологический и статистический методы, а также скрининговые тесты. Тест для выявления нарушений, связанных с употреблением алкоголя – инструмент для выявления лиц, употребляющих вредное для здоровья количество алкоголя. Тест для выявления расстройств, обусловленных употреблением наркотиков (The Drug Use Disorders Identification Test, DUDIT) – тест для выявления лиц с опасным и вредным для здоровья характером потребления наркотиков.

Результаты. Нозологически изученная группа пациентов представлена следующими диагнозами: острое психотическое расстройство 23 человека (54,8%), параноидная шизофрения 8 (19%), шизотипическое личностное расстройство 5 (11,9%), шизоаффективное расстройство 3 (7,1%), другие формы шизофрении 3 (7,1%). Гендерное деление: мужчины 16 (38,1%), женщины 26 (61,9%). По возрастам участники распределились: 18-24 года 13 человек (31%), 25-30 лет 10 человек (23,8%), 31-40 лет 14 человек (33,3%), 41-50 лет 9 человек (11,9%). По результатам теста AUDIT выделены 4 группы: 1) относительно низкий риск возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя 25 человек (29,5%); 2) опасное употребление алкоголя 9 (21,4%); 3) пагубное употребление алкоголя 3 (7,1%); 4) риск возможной алкогольной зависимости 5 (11,9%).

По возрасту, полу, нозологической принадлежности группы с относительно низким риском и опасным употреблением относительно идентичны общим пропорциями

исследуемых. Среди пациентов с низким риском обращает на себя внимание факт, что 10 человек (38% группы) указали, что ранее периодически (1-4 раза в неделю) употребляли алкогольные напитки, но отказались/сократили потребление по тем или иным причинам.

В группе с пагубным употреблением все участники являются мужчинами в возрасте 18-24 лет. Риск возможной алкогольной зависимости 100% представлен женщинами с острым психотическим расстройством.

На основе скринингового обследования употребление наркотиков с вредными последствиями выявлено у одной участницы. Кроме того, 9 (22%) участников указали, что единично употребляли каннабиноиды, 4 (9,8%) единично – сильнодействующие наркотические средства 3 (7,3%), а 2 участника (4,9%) периодически принимали в прошлом психоактивные вещества.

Обсуждение. Указание участниками на имевшее в прошлом периодическое употребление алкоголя/наркотических средств требует дополнительного анализа. Можно предположить, что часть испытуемых преуменьшает настоящее употребление. Так, у одной участницы, указавшей на трезвый образ жизни, был диагностирован синдром зависимости от одновременного употребления нескольких наркотических средств и использование других психоактивных веществ, в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (в предохраняющих условиях). Однако в большинстве случаев при сборе анамнестических сведений настоящее пагубное употребление/злоупотребление психоактивных веществ не отражено.

Выводы. На основании имеющихся данных можно заключить, что, как минимум, почти половина обследуемых 45,2% имеет значимый риск пагубного и зависимого употребления, что подтверждает высокую коморбидность аддиктивной патологии и заболеваний шизофренического спектра. Для интерпретации и валидности полученных данных планируется продолжить исследование с одновременным изучением влияния аддиктивных установок на приверженность пациентов лечению.

КОМОРБИДНОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Алексеева П.Н., Морозова А.Ю.

НКИЦН ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева; ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России
Москва

COMORBIDITY OF ANXIETY-DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIC SPECTRUM DISORDERS AND POSSIBILITIES OF THEIR CORRECTION

Alekseeva P.N., Morozova A.Yu.

Актуальность. На сегодняшний день 20 млн. человек страдают заболеваниями шизофренического спектра. Шизофрения часто коморбидна с тревожно-депрессивными расстройствами. Это значительно осложняет повседневную жизнь пациентов и требует новых подходов к комплексной терапии.

Цель. Целью исследования было выявление частоты встречаемости тревожно-депрессивных симптомов и возможности их коррекции у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Были поставлены следующие задачи:

1. Оценить тревожно-депрессивную симптоматику у пациентов при помощи психометрических шкал GAD 7 и Calgary.
2. Выявить тяжесть течения тревожно-депрессивных расстройств у пациентов в зависимости от их пола и диагноза.
3. Провести оценку коррекции тревожно-депрессивных расстройств у пациентов.

Материал/пациенты и методы.

Для участия в исследовании были отобраны пациенты (n=129), проходившие лечение на базе ПКБ №1 с расстройствами рубрики F20,F21,F23,F25 по МКБ-10. В исследовании участвовали 93 женщины и 36 мужчин. Средний возраст женщин составил 34(±10) лет, мужчин 33(±9) года, с длительностью болезни 6-7 лет. Среди пациентов 65% имели высшее образование, 73% жили в одиночестве, у четверти в семейном анамнезе наблюдались манифестные психозы. Пациенты обследовались с применением клинико-психопатологического метода и опросников GAD 7 и Calgary с целью объективизации симптомов тревоги и депрессии до и после лечения.

Результаты и обсуждение.

В ходе исследования все пациенты были разделены по группам нозологий, полу и возрасту. В группу расстройств F20 вошло 92 пациента. Из них 63 женщины и 29 мужчин. До лечения средний балл по шкале депрессии в группе F20 у женщин составил 15,6 балла (±5,5) и 11,6 балла (±5) у мужчин, что говорит о выраженном уровне депрессивных симптомов. После назначения Галоперидола, Оланзапина, Рисперидона и Палиперидона в средние терапевтических дозировках в группе женщин улучшение состояния почувствовали 41 из 63 пациенток (65%), а в группе мужчин 17 из 29 пациентов (58,6%). Лучший терапевтический ответ дали пациенты, принимающие Палиперидон и Оланзапин. У женщин снижение симптомов депрессии было более выраженным – 9,5 (±4,4) балла, чем у мужчин – 7,5 (±3,7).

В подгруппу F21 вошло 16 пациентов. Из них 4 мужчины и 12 женщин. Средний балл по шкале Calgary до лечения составил у женщин 13,7 (±4,5) балла, а у мужчин 10,5 (±2,6) балла. После лечения Кветиапином, Карипразином и аргументацией СИОЗС/СИОЗСН (Флувоксамин, Дулоксетин) в среднетерапевтических дозировках средний балл составил 7,3 (±3,3) и 3,7 (±1,6) у женщин и мужчин соответственно. Наилучший результат показали комбинации Кветиапин-Флувоксамин и Карипразин-Дулоксетин. Кветиапин лучше помогал в редукции тревоги, а Карипразин повышал концентрацию внимания при выполнении логических задач.

В подгруппу F23 вошло 9 пациентов. Из них 7 женщин с баллом 13,8 (±6) и 2 мужчины с результатом 9 баллов (±0) по шкале Calgary. В этой группе были назначены инъекционные формы антипсихотиков галоперидола и зуклопентиксола ацетата по причине острого психотического состояния. Несмотря на это уровень депрессивных симптомов, как и тревоги, снижался по мере стабилизации психического статуса до 5,2 (±1,4) и 4,3 (±0,7). В подгруппу пациентов F25 вошло 6 пациентов со средним баллом по шкале Calgary 16,5 (±4,5). После назначения луразидона, кветиапина и/или вальпроевой кислоты/лития карбоната в средние терапевтических дозировках, выраженность симптоматики снизилась до 3,7 (±0,93). По опроснику GAD 7 наибольший результат среди всех подгрупп показали пациенты спектра F20 – 6,8 (±4,6). Женщины испытывали тревогу сильнее мужчин и показали результат на 2,4 балла выше. Наиболее низкий балл по шкале тревожной симптоматики GAD 7 был у пациентов подгруппы F21 – 6,6(±4,1). У мужчин средний балл был выше, чем у женщин на 2,7 балла.

Выводы. В ходе исследования удалось выявить сильную коморбидность тревожно-депрессивных симптомов у пациентов с расстройствами шизофренического спектра с помощью шкал GAD 7 и Calgary. Тревожно-депрессивные симптомы были наиболее выражены в группе F20, а наименее – у группы F21. Женщины вне зависимости от

подгруппы расстройства сильнее ощущали тревожно-депрессивные симптомы и тяжелее давали терапевтический ответ, чем мужчины. После анализа итогов терапии наилучший результат показали Кветиапин, Луразидон и Карипразин в комбинации с Флувоксамином/Дулоксетином или нормотимиками. В остром состоянии инъекционные антипсихотики первого поколения лучше помогали при выраженных тревожно-депрессивных симптомах. Ограничениями нашего исследования является маленькая выборка пациентов. Планируется дальнейший набор пациентов для выявления наилучшей стратегии лечения.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К СУБЪЕКТИВНОМУ БЛАГОПОЛУЧИЮ В ВАРИАТИВНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ШИЗОФРЕНИИ

Алфимова М.В., Кондратьев Н.В., Лежейко Т.В., Голимбет В.Е.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

THE ROLE OF GENETIC PREDISPOSITION TO SUBJECTIVE WELL-BEING IN THE VARIABILITY OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF SCHIZOPHRENIA

Alfimova M.V., Kondratyev N.V., Lezheiko T.V., Golimbet V.E.

В связи с изменением культурно-исторического контекста, повышение субъективного благополучия (СБ) стало главной целью терапии и реабилитации пациентов с психическими расстройствами, включая шизофрению. Проблема СБ носит мультидисциплинарный характер и исследуется с помощью методов психологических, социальных и нейронаук. В психиатрии традиционно изучают, каким образом различные объективные и субъективные факторы, включая выраженность различных симптомов, влияют на СБ. Однако, взаимоотношения между симптоматикой и СБ могут быть более сложными, поскольку сама выраженность симптомов может зависеть от предрасположенности человека воспринимать ситуацию с оптимизмом, что является одним из проявлений СБ и способствует стрессоустойчивости. Генетические данные могут пролить свет на проблему каузальности.

Целью исследования была проверка гипотезы о том, что генетическая предрасположенность к субъективному благополучию, выраженная в виде полигенных показателей (ПГП) СБ, влияет на клинические особенности шизофрении. Дополнительно проверяли, опосредована ли эта связь стрессоустойчивостью.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 655 пациентов с расстройствами шизофренического спектра (30.71 ± 11.76 лет; 58% женщин) старше 16 лет, с образованием не менее 9 классов общеобразовательной школы. Все больные подписали информированное согласие и сдали кровь для выделения ДНК. Исследование было одобрено локальным Этическим комитетом. Выраженность симптоматики оценивали с помощью Шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS). Кроме того, подгруппа пациентов ($n=68$) заполнила Краткую шкалу жизнестойкости, которая включает три компонента жизнестойкости – вовлеченность (убежденность в необходимости быть включенным в происходящее, помогать и принимать помощь), контроль (убежденность в эффективности личных усилий) и принятие риска (восприятие трудностей в качестве повода для личностного роста). Полногеномная информация была получена с применением чипов Illumina. С помощью программы LDpred2-auto для каждого участника были вычислены ПГП СБ (Baselmans et al. 2019) и ПГП риска шизофрении (Trubetskoy et al. 2022). При вычислении ПГП СБ использовали 4-факторную модель СБ-спектра,

включающую положительный (удовлетворенность жизнью, позитивный аффект) и отрицательный (депрессивность, нейротизм) полюса СБ (Baselmans et al. 2019). ПГП были подсчитаны для каждого компонента и для интегральной оценки СБ-спектра. Статистический анализ проводили с помощью программы JASP 0.16.4 (JASP Team 2022). Применяли пошаговую множественную регрессию, в которой зависимыми переменными служили синдромы PANSS (позитивный, негативный, общий психопатологический) или показатели жизнестойкости, а предикторами – ПГП СБ. В качестве ковариат вводили пол, возраст, ПГП шизофрении, а также две главные компоненты генетической дисперсии.

Результаты. Предварительный корреляционный анализ показал, что общий балл жизнестойкости значимо отрицательно связан с негативной симптоматикой (частные корреляции Спирмена при учете пола и возраста, $\rho=-0.36$, $p=0.008$). ПГП компонентов СБ значимо коррелировали с ПГП риска шизофрении, хотя абсолютные значения коэффициентов корреляции были невысокими (все $\rho \leq |0.18|$).

Регрессионный анализ показал, что ПГП риска шизофрении в определенной степени влияют на выраженность негативной и общей психопатологической симптоматики ($p=0.009$ и $p=0.039$), но ПГП СБ не являются ее предикторами. В то же время ПГП депрессивного компонента СБ предсказывали общий балл жизнестойкости ($\beta=-0.38$; $p=0.001$) и вовлеченность ($\beta=-0.37$; $p=0.002$), а ПГП компонента СБ «позитивный аффект» – контроль ($\beta=0.32$; $p=0.007$). Мы далее провели медиаторный анализ для проверки гипотезы о наличии непрямого эффекта ПГП депрессивности на негативную симптоматику через выраженность жизнестойкости. Непрямой эффект был близок к порогу статистической достоверности ($p=0.051$), прямой и общий эффекты не были значимы.

Заключение. Генетическая предрасположенность к СБ непосредственно не связана с выраженностью симптоматики у больных шизофренией. Вместе с тем она вносит вклад в жизнестойкость пациентов и, по-видимому, через нее оказывает небольшой модифицирующий эффект на выраженность негативной симптоматики, что важно учитывать при формировании реабилитационных программ, нацеленных на улучшение качества жизни больных шизофренией.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ

Артемьева М.С., Шадрикова А.Д., Лазукова А.Г.

ФГАОУ ВО РУДН

Москва

THE EXPERIENCE OF USING DISTANT COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY FOR DEPRESSION OF FOREIGN STUDENTS.

Artemieva M.S., Shadrikova A.D., Lazukova A.G.

Актуальность: после пандемии COVID-19 телемедицинские технологии стали как никогда востребованы и актуальны. Именно онлайн консультации по системе «врач-пациент» сделали медицинскую помощь более доступной для лиц разных социальных и возрастных групп. В свете стремительного развития и высокой востребованности дистанционного формата психотерапевтического консультирования, а также неуклонного роста числа депрессивных расстройств у лиц юношеского возраста, в данной работе будет рассмотрена эффективность дистанционной когнитивно-поведенческой терапии в лечении депрессий у иностранных студентов РУДН, самостоятельно обратившихся за помощью.

Цель исследования: изучить эффективность дистанционной когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) у иностранных студентов с депрессией.

Материалы: в исследовании было изучено 46 иностранных студентов с депрессией в возрасте от 18 до 22 лет (муж – 30 (65,2%), жен – 16 (34,8%)), обратившихся за психологической помощью в чат-бот или записавшихся в кабинет психологической помощи РУДН. Распределение студентов по регионам было следующее: Ближний Восток 20 (44%), Африка 10 (21%), Латинская Америка 12 (26%), Юго-Восточная Азия 4 (9%).

Методы: клинико-анамнестическое исследование, психопатологическое исследование (шкала депрессии Бека –BDI, шкала Цунга для самооценки депрессии, шкала депрессии, тревоги и стресса – DASS-21, шкала прокрастинации Стилла- PSI). Все больные прошли 5-недельный курс дистанционной КПТ с проведением повторной оценки психического состояния.

Результаты и обсуждение: Наследственная психопатологическая отягощенность в виде расстройства личности, биполярного расстройства, а также суицидального поведения отмечались у 18 человек (39,1%). О ранее диагностированных психических заболеваниях сообщили 16 (34,8%) иностранных студентов, среди них СДВГ (4-8,7%) и биполярное расстройство (12-26%). 24 (52,2%) иностранных студента заявили, что ранее перенесли COVID-19 в легкой форме. На момент обращения за помощью, длительность симптомов депрессии не превышала 3 недели у 13 (28,3%) больных, не превышала 5 недель у 33 больных (71,7%). При обращении за помощью предъявляли жалобы: на сниженный фон настроения (46-100%), чувство одиночества (40-87%), тоски (12-26%), тревогу за будущее (26-56,5%), снижение работоспособности (46-100%) и двигательной активности (11-23,9%), нарушение сна по типу снижения продолжительности ночного сна (23-50%) и трудностей при засыпании (8-17,3%). Возникновение симптомов исследуемые связывали со следующими факторами: тоской по родине, близким и чувством социальной изоляции – 17, 36,9%; академической неуспеваемостью и стрессом, связанным с ней – 15, 32,6%; затруднительное финансовое положение – 5, 10,8%; семейными и межличностными конфликтами и чувством одиночества – 9, 19,6%. После первичного клинико-анамнестического исследования с применением батареи тестов, было выявлено некоторое несоответствие тяжести предъявляемых жалоб и оценки тяжести депрессии по результатам соответствующих психометрических шкал (Бека, Цунга, Депрессии, тревоги и стресса – DASS-21). До лечения тяжесть депрессии по шкале Бека оценивалась как «умеренная депрессия» у 39 (84,8%) больных, у 7 (15,2%) – как «выраженная депрессия». По шкале Цунга все исследованные больные (100%) набрали менее 59 баллов, что соответствует степени «лёгкая депрессия». По шкале депрессии, стресса и тревоги (DASS-21) результаты подавляющего большинства исследуемых (43-93,5%) продемонстрировали «легкую депрессию», однако показатели стресса у 33 (71,7%) больных расценивались как «умеренный», у 13 (28,2%) как «выраженный», а так же показатели тревоги расценивались как «умеренный» – 27 (58,7%), и «выраженный-19». Показатель академической прокрастинации по шкале Стилла у подавляющего числа больных 38 (82,6%) был 121 балл, что соответствует высокому уровню прокрастинации, который характеризуется частым откладыванием выполнения задач на неопределенный срок. Большинство больных (36) открыто заявляли, что не видят необходимости в психофармакотерапии и были уверены, что нуждаются исключительно в психотерапевтической помощи. Остальные больные (8) признавали наличие психического расстройства, но от психофармакотерапии отказались в виду предрассудков, бытующих среди близких родственников, проживающих в родных странах. Все обследованные прошли 5-недельный курс КПТ в дистанционном в формате, направленный на работу с депрессией и тревогой. После завершения курса в клинико-диагностической беседе все обследуемые 46

(100%) отметили значительное улучшение своего состояния. При проведении повторного исследования с применением батареи вышеуказанных тестов, показатели тяжести депрессии, тревоги, стресса и прокрастинации существенно снизились. На 45-й день тяжесть депрессии по шкале Бека оценивалась как «субдепрессия» у 19 (41,3%) больных, у 27 (58,7%) – как «отсутствие депрессивных симптомов». По шкале самооценки депрессии Цунга все исследованные больные 46 (100%) набрали менее 30 баллов, что соответствует степени «норма». По шкале депрессии, стресса и тревоги (DASS-21) результаты подавляющего большинства исследуемых 39 (84,8%) продемонстрировали уровень депрессии как «норма», а показатели стресса у 27 (58,7%) больных расценивались как «легкий», у 19 (43,1%) как «умеренный», а так же показатели тревоги расценивались как «легкий» – 36 (78,3%), и «умеренный» – 12 (21,7%). Показатель академической прокрастинации у подавляющего большинства больных по шкале Стилла снизился до 85 баллов, что отражает способность адекватно распределять задачи и оценивать усилия. Так же нельзя оставить без внимания то, что все обследуемые отмечали удобство и доступность именно дистанционного формата КПТ.

Выводы: КПТ демонстрирует высокую эффективность в терапии депрессивных расстройств в системе самостоятельных обращений за помощью, что особенно актуально в случае низкого комплаенса больных к психофармакотерапии. Нельзя не отметить, что иностранные студенты с депрессией, обращающиеся за помощью в службу психологической поддержки, помимо оказания непосредственно помощи в облегчении своего состоянием, ищут также сочувствия, эмпатии и участия. Дистанционный формат психотерапии делает оказание помощи при депрессиях молодым людям не только комфортнее и доступнее, но и является для них более привычным после эпидемии COVID-19. Все выше обозначенные факты делают дистанционную КПТ одним из самых перспективных видов терапии депрессий, однако, требуют дальнейшего исследования.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ БИОМАРКЕРОВ НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ ДЕМЕНТНЫХ СОСТОЯНИЯХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Асташонок А.Н., Докукина Т.В., Полещук Н.Н.

РНПЦ психического здоровья; РНПЦ эпидемиологии и микробиологии
Минск

IDENTIFICATION OF BIOMARKERS OF NEURODEGENERATION IN DEMENTIA CONDITIONS OF VARIOUS GENESIS

Astashonok A.N., Dakukina T.V., Poleschuk N.N.

Введение. Нейродегенеративные заболевания (НДЗ) представляют собой группу болезней человека, характеризующихся локальным или системным отложением в тканях и/или органах особых фибриллярных форм белковых структур (β -амилоидов) с последующим развитием в них необратимых морфологических изменений. Среди них различают нетрансмиссивные неинфекционные (болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция, болезнь Паркинсона и др.) и трансмиссивные инфекционные (болезнь Крейтцфельдта-Якоба (БКЯ), синдром Герстманна-Штреусслера-Шейнкера, новый вариант БКЯ)). Существуют также смешанные формы НДЗ, при которых в патогенез включаются несколько амилоидогенных белков, которые могут обладать как инфекционными, так и неинфекционными свойствами.

Особое место занимает болезнь Альцгеймера (БА), которая является амилоидогенным заболеванием, характеризующимся прогрессирующими нарушениями когнитивных функций, приводящая к тяжелой инвалидизации.

Предполагается, что совокупность факторов, включающих пожилой возраст, наличие полиморфизма в гене аполипопротеина Е, резистентность к инсулину, гипертензия, воспалительные маркеры, бактериально-вирусные инфекции, амилоидные белки (Аβ40, Аβ42), гиперфосфорилирование тау-белка, участвуют как кофакторы в патогенезе деменций.

При некоторых формах нейродегенеративных заболеваний, включая БА, β-амилоид и прионный PrP27-30 белок (при БКЯ) откладываются не только в паренхиме мозга, но и в других элементах гемотканевого и гематоэнцефалического барьеров. В этой связи исследования, направленные на прижизненное определение биомаркеров (белков Аβ40, Аβ42, тау, PrP27-30) для повышения эффективности диагностики, проведения лечебно-профилактических мероприятий, являются актуальными и значимыми.

Цель исследования. Идентифицировать биомаркеры нейродегенерации (амилоиды Аβ40, Аβ42, белок тау, прионный PrP27-30 белок) в крови и в ряде случаев в цереброспинальной жидкости у пациентов с выраженными когнитивными нарушениями.

Методы исследования. Исследован материал (плазма крови, n=46; цереброспинальная жидкость, n=8) пациентов с нейродегенеративной патологией в соответствии с МКБ-10 (коды рубрик: F00* – деменция при БА; F01* – сосудистая деменция; F02.0 – деменция при болезни Пика; F02.1 – деменция при болезни БКЯ).

Сформированы группы: 1 группа – БА (пациенты с F00.0, F00.1, F00.2, 73,5±3,4 лет, n=28); 2 группа – сосудистая деменция (СД) (пациенты F01.2, F01.3, F01.9, 72,7±3,5 лет, n=20); 3 группа – БКЯ и другие нейродегенеративные заболевания (пациенты с F02.1, F02.0, 62,3±3,2 лет, n=6). Контрольную группу составили 28 психически здоровых лиц (возраст – 68,2±3,3 года) без отягощенной наследственности и соматической патологии. Исследование цереброспинальной жидкости методом ИФА проведено у 8 пациентов с быстро прогрессирующей деменцией (F00*, F02.1).

Для определения маркеров (Аβ40, Аβ42, тау-белок) использовали иммуноферментные тест-системы: Аβ40 Elisa Kit; Аβ42 Elisa Kit; Human Tau [pT181] phosphoELISA Kit (Thermo Fisher Scientific, США).

Атомно-силовая микроскопия (АСМ). Использованы кремниевые биочипы с покрытиями, которые получали методом нанолитографии. Для наноскопической детекции PrP27-30 белка предварительно иммобилизовали на кремниевую поверхность моноклональные анти-прионные антитела, как описано ранее (Асташонок А.Н., 2018). Биопробы сыворотки крови и цереброспинальной жидкости изучали на микроскопе Nanoscope IIIa («Veeco», США).

Результаты и их обсуждение. Проведенный ИФА анализ соотношения маркеров нейродегенерации у пациентов с различными нейродегенеративными заболеваниями показал, что в 1-ой группе концентрация биомаркеров Аβ40, Аβ42, тау в плазме соответствовала следующим значениям: Аβ40 – 39,2±0,8 пг/мл, Аβ42 – 15,6±2,2 пг/мл, тау – 30,3±4,5 пг/мл. Индекс нейродегенерации (соотношение тау/Аβ42 составил 1,94). Установлено, что у некоторых пациентов (n=8) по отдельным биомаркерам (тау, Аβ42) отмечалось превышение показателей в 5-6 раз по сравнению с референсными значениями.

Во 2-й группе (сосудистая деменция) также отмечены широкие вариации в уровне амилоида Аβ40 (от 30,4 до 145,7 пг/мл). По соотношению уровня тау-белка (33,3±2,1 пг/мл) и амилоида Аβ42 (22,7±4,2 пг/мл) индекс нейродегенерации составил 1,46. Известно, что Аβ40 преимущественно накапливается в области магистральных артерий и мелких кровеносных капилляров головного мозга, что, указывает на преобладание сосудистых изменений ЦНС.

В 3-ей группе (n=6) выявлено также наличие патогенетических биомаркеров, отмеченных для групп 1 и 2. Так у пациентов с диагнозом БКЯ (n=2) отмечалась повышенная гиперэкспрессия изоформы тау-белка (от 40,8 до 156 пг/мл), что свидетельствовало о выраженном нейродегенеративном процессе в телах и отростках нейронов.

В группе контроля биомаркеры нейродегенеративного процесса находились на уровне референсных значений (40-50 пг/мл – Аβ40, 0-10 пг/мл – Аβ42). Фосфорилированная изоформа тау-белка и β-амилоид Аβ42 не определялись в крови, что свидетельствовало об отсутствии выраженного дистрофического процесса в ЦНС.

Для выявления глубины повреждения ЦНС также анализировали методом ИФА образцы цереброспинальной жидкости у 8 пациентов с быстро прогрессирующей деменцией. Полученные результаты, заключающиеся в снижении уровня β-амилоидов Аβ40 (1500-1700 пг/мл при норме 4000–5000 пг/мл) и Аβ42 (100-200 пг/мл при норме 500–600 пг/мл) и повышении уровня фосфорилированного тау-белка (150-200 пг/мл при норме 100-120 пг/мл) свидетельствовали о стойком патологическом процессе в ЦНС. При этом следует отметить, что наибольшие превышения в концентрации тау-белка отмечались при клиническом диагнозе БКЯ, что указывало на глубокие дистрофические изменения как в астроцитах, так и в нейронах головного мозга. Таким образом, определение уровня амилоида Аβ40, Аβ42 и тау-белка в цереброспинальной жидкости позволяет дифференцировать первичный быстро прогрессирующий нейродегенеративный процесс и другие заболевания с проявлением деменции.

С целью выявления инфекционных прионных белков при БКЯ, а также дифференциации с другими быстро текущими нейродегенеративными заболеваниями, были использованы биочипы с нанесенными на поверхности антителами (3F4) к патологическим амилоидным белкам PrP27-30, которые изучали в АСМ. Вирусологический анализ показал, что у 3 пациентов с диагнозом БКЯ выявляются специфические PrP-агрегаты на сконструированных биочипах. Кроме того, у 5 лиц с БА также отмечена адсорбция амилоидоподобных структур. Данный факт указывает, что при некоторых формах БА вероятно формируются прионноподобные амилоидные структуры. Другие белки (Аβ40, Аβ42) с использованием АСМ в исследуемых образцах не были выявлены. Это, вероятно, связано с тем, что β-амилоидные белки в норме представлены в виде моно- или димерных структур. При патологических состояниях эти белки становятся олигомерами и выделяются во внутреннюю среду организма в очень низких конформационно-измененных количествах.

Заключение. Проведен анализ экспрессии маркеров нейродегенерации (Аβ40, Аβ42, тау-белок) в плазме крови и цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) у 54 пациентов с нейродегенеративными заболеваниями в соответствии с кодами рубрик МКБ-10. Установлено, что у пациентов с БА, СД и БКЯ выявляются в различных количественных соотношениях биомаркеры нейродегенеративного процесса. По результатам атомно-силовой микроскопии на сконструированных биочипах дополнительно установлено наличие инфекционного протеазорезистентного прионного PrP27-30 белка у пациентов не только с БКЯ (n=3), но и БА (n=5), что является актуальным для дифференциации заболеваний ЦНС и совершенствования лабораторной диагностики трансмиссивных инфекционных амилоидозов.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АУТОДЕСТРУКТИВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ

Бабарахимова С.Б., Мухторов Б.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент

*PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS FOR THE FORMATION OF AUTODESTRUCTIVE
BEHAVIOR IN ADOLESCENTS*

Babarakhimova S.B., Muhtorov B.O.

Введение: актуальность проблемы исследования аутоагрессивных тенденций у детей и подростков обусловлена стремительным ростом случаев самоповреждающего несуицидального поведения среди данного контингента населения. Внутрисемейные взаимоотношения, микроклимат в семье, являются значимыми факторами, формирующими поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на его отношения с другими людьми в будущем. В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений со склонностью к суицидальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие неблагоприятного эмоционального микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями. В научных трудах большинство исследователей проводят корреляционную взаимосвязь аутоагрессивных тенденций с девиантными и деликвентными формами поведения, социализированными расстройствами поведения (Matveeva A.A., Sulstonova K.B., Abbasova D.S., 2020). Возникновению несуицидального самоповреждающего поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются у подростков соматическими симптомами и поведенческими эксцессами.

Цель исследования: изучить семейные факторы риска формирования аутоагрессивных тенденций у подростков допризывного возраста для ранней превенции и оптимизации психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы: обследовано 111 подростков допризывного возраста с поведенческими нарушениями и суицидальными намерениями депрессивного генеза. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев акцентуированных личностных черт по МКБ-10-Z73.1. Вся исследуемая выборка была распределена на две группы в зависимости от наличия аутоагрессивных тенденций самоповреждающего характера несуицидального генеза. В основную группу был отобран 61 подросток с самоповреждающими действиями. В группу сравнения вошли подростки с отсутствием аутоагрессии. Личностные особенности подростков (ЛОП) мы определяли при помощи Модифицированного Патохарактерологического Диагностического Опросника (МДПО Личко А.Е., Иванов Н.Я., 2001).

Результаты исследования и обсуждение: согласно данным научных исследований, семья, стили родительского руководства, типы воспитания, семейный микроклимат являются значимыми факторами в формировании гармонично развитой личности и при неблагоприятном негативном влиянии способствуют риску развития суицидальных тенденций у подростков. Семейные взаимоотношения и факторы микро-социального окружения оказывают значительное влияние на формирование ребенка в личностном плане, и, в том числе, в какой-то мере способствуют развитию аддиктивного поведения, в частности – склонности к развитию суицидальных тенденций. Одной из задач нашего исследования явилось изучение семейных взаимоотношений, как предикторов формирования несуицидального

самоповреждающего поведения. В ходе исследования мы на основании сбора анамнестических сведений выявили состав семьи подростков и провели распределение подростков основной группы и группы сравнения в зависимости от состава микросоциального окружения. Сравнительный анализ распределения подростков в зависимости от состава семьи и микросоциального окружения определил, что в полной семье воспитывалась значительная доля пациентов из группы сравнения – 76% случаев наблюдения. А у подростков основной группы были зарегистрированы высокие показатели по параметрам: воспитание одним родителем – в 36% случаев, наличие неродного родителя установлено у 6 пациентов (9,8% случаев), воспитание у родственников (чаще всего бабушки по материнской линии) – у 5 (8,2%) подростков, воспитание вне семьи при наличии родителей (в детском доме, интернате со спецколледжом) – у 4 (6,6%) подростков. Таким образом, обобщая полученные данные результатов исследования особенностей состава семьи и микросоциального окружения, определили, что наиболее опасным в плане формирования аутоагрессивных тенденций являются такие факторы, как неполный состав семьи, наличие неродных родителей, воспитание у родственников или вне семьи. Нами также были изучены уровни доверительных и гармоничных отношений семейных взаимоотношений, в зависимости от которых мы распределили подростков, на воспитывающихся в гармоничных и дисгармоничных семьях. Дисгармоничная семья в свою подразделялась на деструктивную, дисфункциональную и амбивалентную. Под деструктивной семьёй мы подразумевали семью, где один или оба родителя злоупотребляли спиртными напитками, или в семье один из родителей, страдал психическим заболеванием. Дисфункциональная семья – это неблагополучная семья с постоянными конфликтами, ссорами между родителями, оскорблениями и унижениями, где присутствует неблагополучный микроклимат, и родители не выполняют основных своих предназначений по воспитанию ребенка. Амбивалентная семья состояла из противоречивых взаимоотношений психологического и социального уровня, между членами семьи присутствовало полное отчуждение, отношение к ребенку в такой семье показное, слова расходятся с действительностью, внешне это благополучная семья с достаточным материальным достатком, где забота о ребёнке ограничивается удовлетворением материальных потребностей, но отсутствуют любовь, эмоциональные привязанности, духовное взаимопонимание. Исследование распределения подростков по видам семьи установило, что в общей выборке преобладали деструктивные семьи (64%), на втором месте по встречаемости определены амбивалентные семьи (32%), дисфункциональные семьи установлены в 29,7% случаев. Гармоничная семья наблюдалась только у 4 (3,6%) подростков из группы сравнения. Мы провели распределение подростков по видам семей в основной группе и группе сравнения для анализа количественной представленности этого параметра исследования. В основной группе высокие показатели подростков из деструктивных семей – 24 (39,3% случаев), а в группе сравнения преобладали подростки из амбивалентных (34%) и дисфункциональных (30%) семей. При изучении типов родительского воспитания мы использовали классификацию А.Е. Личко. Нами были определены следующие формы родительского воспитания и контроля в семьях: гипопротекция, доминирующая гиперпротекция, потворствующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение, повышенная моральная ответственность и воспитание вне семьи. С целью сравнения стилей родительского воспитания мы распределили подростков по типам воспитания. В основной группе подростки чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (27,9%), жестокое обращение (21,3%) и потворствующая гиперпротекция (26,2%). В группе сравнения наблюдалась высокая доля пациентов

с типом воспитания, где на ребенка накладывалась повышенная моральная ответственность (28% случаев). Межгрупповой анализ стилей родительского воспитания установил, преобладающие показатели жестокого обращения, потворствующей гиперпротекции, гипопротекции и эмоционального отвержения в основной группе обследуемых подростков, что позволяет отнести их к предикторам риска развития суицидальных тенденций.

Выводы: таким образом, проведенное исследование семейных факторов риска формирования несуицидального самоповреждающего поведения у подростков допризывного возраста, определило, что стили неправильного родительского воспитания в дисфункциональных семьях способствуют развитию аутоагрессивных тенденций со склонностью к суицидальному поведению депрессивного регистра. Наиболее опасным в плане формирования аутоагрессивных тенденций являются такие факторы, как неполный состав семьи, наличие неродных родителей, воспитание у родственников или вне семьи.

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Бобров А.Е.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Москва

SOME METHODOLOGICAL PROBLEMS OF MODERN PSYCHIATRY

Bobrov A.E.

Современная психиатрия находится на этапе смены парадигм. Это следует из анализа ее предмета и метода. Если прежде предметом научной психиатрии являлись психические заболевания, то теперь психиатры изучают психические расстройства, психосоциальные проблемы, предрасположенность к психическим расстройствам, а также их биологические механизмы. В результате психиатрия начинает дробиться на отдельные сферы и направления. Говоря иначе, происходит размывание предмета нашей науки. Но на самом деле этот предмет только отступает в тень перед проблемами практического характера, которые заслоняют его суть – преодоление дисфункциональных форм переживаний и поведения.

Не менее сложной является ситуация с методом психиатрии. Традиционно таким методом считается клинико-психопатологический метод. Самостоятельность и научность этого метода была доказана К. Ясперсом, который, основываясь на повторяемости и воспроизводимости психопатологических феноменов, показал, что их можно описывать, систематизировать и использовать для диагностики психических расстройств.

Специфика клинико-психопатологического метода во многом определяется способом получения и систематизации информации о больном. Своеобразие феноменологического метода обусловлена тем, что он исходил из традиции интроспекции. Восприятие психопатологических явлений и взаимосвязей между ними при феноменологическом подходе опосредуется субъективным эмпатическим и интуитивным опытом психиатра, который неоднократно наблюдает их в своей клинической практике и делится ими с коллегами. Такое наблюдение и взаимный обмен не только формируют основу для объективизации и клинической классификации психопатологических явлений, но и способствуют углублению понимания симптомов, синдромов и заболеваний.

Развитие психиатрии и особенно диагностические дискуссии 60-х–70-ых годов прошлого века показали, что феноменологический подход имеет ряд существенных недостатков. Диагностическая точность и воспроизводимость основанных на нем

клинических оценок не могут удовлетворять потребности расширяющейся психиатрической помощи. Разработанные в его рамках терапевтические методы, а также организационные и профилактические мероприятия, чреватые серьезными неблагоприятными последствиями.

С учетом сказанного, в 70-е–80-е годы были сформулированы основные положения операционального, или критериального, подхода в психиатрии. Этот подход основан на том, что при диагностике учитываются только объективные, то есть независимые от наблюдателя, критерии аномального поведения и социального функционирования, для работы с которыми применяются специальные правила и алгоритмы.

Операциональный подход существенно повышает надежность квалификации психопатологических состояний, улучшает воспроизводимость и согласованность диагнозов, расширяет возможности взаимодействия между различными психиатрическими школами, создает условия для совершенствования организационных и лечебно-профилактических мероприятий. Кроме того, он предоставляет возможность дифференцированной количественной оценки состояния больных, что является необходимым условием компьютеризации психиатрической помощи.

Однако операциональный подход имеет и целый ряд ограничений. Диагностические процедуры, основанные на нем, существенно усложняются, а формализованная система регистрации признаков значительно ограничивает клиническую интуицию. Одним же из основных препятствий для научного применения критериального подхода является его принципиальная несовместимость с патогенетическими представлениями. В результате психические расстройства рассматриваются как самостоятельные сущности, не связанные с нормальным функционированием психики, ее нейрофизиологической основой и психосоциальными механизмами. Провозглашаемый при этом эклектический биопсихосоциальный подход рассматривается как основная перспектива изучения сложных взаимосвязей в психиатрии. Однако по существу он прикрывает методологический разрыв между формальным описанием психопатологических состояний и анализом их механизмов. Данный момент отражает одно из наиболее важных препятствий для реализации принципов трансляционной медицины, поскольку выводы, основанные на чисто корреляционных взаимосвязях, всегда ограничены. В качестве таких ограничений выступает не только вероятностный характер корреляционных отношений, но и избирательность оцениваемых параметров, которые искусственно извлекаются из контекста психофизиологического функционирования. В итоге интерпретация многих взаимосвязей между психопатологическими феноменами и биологическими параметрами, выделенными на основе изучения корреляций, нуждается в построении дополнительных мета-концептуальных теоретических конструктов.

Широко используемый при этом доказательный принцип служит малым утешением, поскольку его реализация в психиатрии серьезно затруднена вследствие дискуссионности процедур рандомизации, на основании которых отбираются группы сравнения (например, по нозографическому принципу), а также сложности применения данного принципа в малых группах, при поисковых исследованиях и при значительной вариабельности изучаемых параметров.

Трудности в реализации операционального подхода особенно остро проявились при разработке психотерапевтических методов. При этом обозначились контуры еще одной разновидности клинико-психопатологического метода – интерпретативного подхода. Указанный подход методологически связан с герменевтической интерпретацией текстов и скрытых в них смыслов на основе многосторонней оценки содержания. В некотором смысле интерпретативный метод выступает как

продолжение мета-концептуальных теоретических построений в нейропсихиатрии, которые используются при сопоставлении нейрофизиологических процессов и психопатологических явлений.

Особенности интерпретативного подхода заключаются в том, что клинические феномены понимаются как отражение интрапсихических процессов (побуждений, переживаний, форм коммуникации, структурно-динамических изменений), тесно сопряженных с физиологической почвой. При этом психопатологические явления рассматриваются как преломление и продолжение естественных психологических процессов, протекающих в нормальном мозге и здоровой психике. Однако под влиянием внешних обстоятельств или внутренних ограничений указанные процессы искажаются и перестают быть сбалансированными.

Основным недостатком интерпретативного подхода является его относительная умозрительность и допустимое многообразие эквивалентных объяснений. «Доказательность» интерпретативного подхода нередко основывается на описании лишь отдельных клинических случаев. Немаловажное значение имеет также субъективная убедительность выдвигаемых объяснений, которая связана с логичностью и последовательностью выдвигаемых положений, их впечатляющей генеративностью, внутренней диалектичностью и системным пониманием явлений психической жизни. Не случайно, что в рамках указанного подхода был сформулирован целый ряд психотерапевтических концепций, которые оказали существенное воздействие на развитие психиатрии. Использование интерпретативного подхода может также способствовать прогрессу нейропсихиатрии.

Выводы. Методологический анализ современной психиатрии показывает существенное видоизменение ее предмета, что выражается в отходе от традиционных нозологических представлений и смещении деятельности психиатров в сторону коррекции аномалий переживаний и поведения пациентов.

Произошла также трансформация и дифференциация методов психиатрии. Совершенствование традиционного клинко-психопатологического метода привело к замене феноменологического подхода на операциональный. При этом, в качестве определенной альтернативы операциональному началу развился интерпретативный подход. Дальнейшее развитие нейропсихиатрии будет в большей степени зависеть от того, насколько удастся объединить эти подходы.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ COVID-19

Борисенко Е.Г., Овчарова К.Х., Бомов П.О., Киселева И.С.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»

Санкт-Петербург, Москва

*PATTERNS OF FORMATION OF BORDERLINE MENTAL DISORDERS IN ELDERLY
PEOPLE INFECTED WITH THE COVID-19 VIRUS*

Borisenko E.G., Ovcharova K.H., Bomov P.O., Kiseleva I.S.

Актуальность. Психические нарушения затрагивают различные жизненные аспекты человека: социальную деятельность, адаптацию к окружающей среде, изменения характера течения хронических болезней, повышают уровень смертности. Депрессивные и тревожные расстройства являются одним из наиболее характерных психопатологических феноменов пожилого возраста. Ввиду того, что пожилые люди часто избегают демонстративного проявления своих переживаний, психические

нарушения требуют широкого спектра различных терапевтических мероприятий, так как зачастую они скрываются под общим плохим самочувствием.

Цель. Выявить закономерность формирования психических нарушений у пожилых людей, инфицированных вирусом COVID-19.

Материалы и методы. На базе инфекционного отделения СПб ГБУЗ Клиническая больница Святителя Луки сплошным методом были отобраны 3 группы пациентов: 1-ая группа – инфицированные вирусом COVID-19 в настоящее время; 2-ая группа – перенёвшие коронавирусную инфекцию (не ранее 3 месяцев и не позднее 6 месяцев); контрольная группа – не инфицированные вирусом COVID-19. В каждой группе было по 7 человек в возрасте старше 60 лет. Проведено исследование данных шкал ситуативной и личностной тревожности Спилбергера, шкалы депрессии Аарона Бека, а также данных опросников PHQ-9 и SCL-90-R.

Полученные результаты и их обсуждение. Среди всех трёх групп, у 2/3 испытуемых были выявлены умеренные и выраженные тревожно-депрессивные расстройства.

Согласно результатам опросника по состоянию здоровья PHQ-9 и шкалы депрессии Аарона Бека: в группе инфицированных вирусом COVID-19 в настоящее время у 57% пациентов можно говорить о умеренной степени депрессии. В группе не инфицированных вирусом COVID-19 у 43% пациентов можно говорить о легкой степени депрессии. В группе перенёвших коронавирусную инфекцию у всех 100% пациентов можно было говорить о депрессии с преобладанием умеренной выраженности симптоматики. При анализе данных шкалы ситуативной тревожности Спилбергера и шкалы личностной тревожности получились следующие результаты: в группе инфицированных вирусом COVID-19 у 71% пациентов было выявлено состояние ситуативной тревожности с преобладанием умеренной степени выраженности и личностной тревожности с преобладанием высокой степени выраженности. В группе не инфицированных вирусом COVID-19 у 86% пациентов наблюдается личностная тревожность с преобладанием умеренной степени выраженности, и у 57% пациентов было выявлено состояние ситуативной тревожности с преобладанием умеренной степени выраженности. В группе перенесших коронавирусную инфекцию у всех 100% пациентов были выявлены состояния ситуативной тревожности и личностной тревожности с преобладанием высокой степени выраженности. По результатам опросника SCL-90-R в группе инфицированных вирусом COVID-19 у 57% пациентов была отмечена умеренно выраженная тенденция к страху, враждебности, депрессии и сильно выраженная тенденция к тревожности. В группе не инфицированных вирусом COVID-19 у 85% пациентов был отмечен очень низкий уровень тенденции к физиологическим нарушениям в разных органах и системах организма, повышенная тревожность. В группе перенесших коронавирусную инфекцию у всех 100% пациентов выраженная тенденция к депрессии, тревожности и страху; у 57% пациентов слабо выраженная тенденция к навязчивым состояниям, повышена тревожность, очень низкий уровень тенденции к субъективизму в восприятии и оценке окружающей действительности.

Выводы. В данной работе была выявлена закономерность формирования пограничных психических нарушений с тенденцией к большей выраженности депрессивного, а также тревожного расстройств у пациентов второй группы «перенёвшие коронавирусную инфекцию» по сравнению с первой и контрольной группами пациентов. Выявлена разница между субъективной и объективной картиной психических нарушений: в первой группе «пациентов, инфицированных вирусом COVID-19 в настоящее время» более выражены субъективные переживания, при этом во второй группе «перенесших коронавирусную инфекцию» объективные данные преобладают над субъективными. Полученные выводы стоит учитывать

при лечении, а также во время восстановительного периода данного контингента пациентов.

ОСЛАБЛЕННАЯ РЕАКЦИЯ НА СЛАБЫЙ СТРЕСС У КРЫС, ПЕРЕЖИВШИХ ПРЕНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ, СВЯЗАНА С ДЕПРЕССИВНОПОДОБНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ СИСТЕМЫ

Ветровой О.В., Стратилов В.А., Тюлькова Е.И.

ФГБУН «Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН»

Санкт-Петербург

PRENATAL HYPOXIA-INDUCED ADVERSE REACTION TO MILD STRESS IS ASSOCIATED WITH DEPRESSIVE-LIKE CHANGES IN THE GLUCOCORTICOID SYSTEM OF RATS

Vetrovoy O.V., Stratilov V.A., Tyulkova E.I.

Гипотеза «эмбрионального происхождения болезней у взрослых» показала, что неблагоприятная пренатальная среда может изменить «программу» развития тканей / органов в раннем возрасте и приводить к повышенному риску развития различных обусловленных возрастом заболеваний, в том числе нейродегенеративных, и раннему старению. Изучение механизмов такого рода патологий невозможно без проведения экспериментов на животных.

В работе представлены особенности активности глюкокортикоидной системы у взрослых крыс, переживших пренатальную гипоксию (ПГ) на 14-16-е сутки эмбрионального развития, в норме и при их реакции на слабый стресс (СС). ПГ вызывает значительные нарушения транскрипции и трансляции глюкокортикоидных рецепторов (ГР) и ГР-зависимой транскрипции в гиппокампе, медиальной префронтальной коре, но не в миндалевидном теле по сравнению с контролем. В ответ на СС у ПГ крыс наблюдаются слабые изменения активности глюкокортикоидной системы, в то время как у контрольных животных индуцированная СС активность глюкокортикоидной системы в этих структурах мозга сходна с таковой у ПГ животных, не подвергавшихся стрессу. Нарушение активности глюкокортикоидной системы в экстрагипоталамических структурах головного мозга ПГ крыс сопровождается повышением уровня гипоталамического кортиколиберина по сравнению с контролем независимо от СС. Синтез проопиомеланокортина (ПОМК) в гипофизе и выброс адренокортикотропного гормона (АКТГ) в кровь снижаются в ответ на СС в контрольных крыс, что демонстрирует механизм глюкокортикоидной отрицательной обратной связи. В то же время в гипофизе ПГ крыс обнаружены сниженные уровни ПОМК независимо от СС. Таким образом, пренатальная гипоксия вызывает депрессивноподобные паттерны в глюкокортикоидной системе головного мозга с подавленной реакцией на легкие стрессоры.

ЭТОВИДЕОГРАФИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Виноградова О.С., Марченко А.А., Лобачев А.В., Хабаров И.Ю.

Военно-медицинская академия

Санкт-Петербург

ETHOVideographic CORRELATES OF MENTAL DISORDERS

Vinogradova O.S., Marchenko A.A., Lobachev A.V., Khabarov I.Yu.

Цель исследования: изучить возможности использования этовидеографических показателей как объективных маркеров психических расстройств.

Материал и методы: в ходе исследования было обследовано 75 человек, из них мужчин – 60, женщин – 15, средний возраст – $27,6 \pm 1,8$ (диапазон от 18 до 55 лет): 24 пациента с расстройствами шизофренического спектра (ШР, F20.0-F25), 27 – с невротическими расстройствами (НР, F40-42), 20 – с адаптационными нарушениями (РА, F43.2) и 24 человека контрольной группы (здоровые лица). Исследование этовидеографических маркеров проводилось с применением аппаратно-программного комплекса биометрической видеорегистрации (АПК БМВР), предназначенного для бесконтактной дистанционной оценки и мониторинга поведенческой (мимической и пантомимической) активности испытуемого, отражающей его психофизиологическое состояние при различных когнитивно-эмоциональных процессах, индуцируемых в ходе структурированного интервью, который фиксировал, кодировал и характеризовал следующие биометрические каналы: «Голова» (и лицо), «Губы» (рот), «Брови», «Глазные щели» (и веки).

Результаты и их обсуждение. Во время исследования пациенты с НР чаще сидели с повернутой в сторону головой ($0,16 \pm 0,06^\circ$), пациенты с ШР – с опущенной головой ($0,34 \pm 0,22^\circ$), и только у здоровых лиц ($0,47 \pm 0,35^\circ$) и пациентов с РА ($0,34 \pm 0,15^\circ$) лицо было обращено вперед. Глазные щели обычной ширины в равной степени фиксировались у здоровых лиц ($0,04 \pm 0,06^\circ$) и пациентов с НР ($0,05 \pm 0,03^\circ$), в меньшей – у пациентов с РА ($0,02 \pm 0,04^\circ$) и пациентов с ШР ($0,0^\circ$), у которых глаза во время беседы были сильно открыты ($0,43 \pm 0,19^\circ$ и $0,71 \pm 0,23^\circ$ соответственно). Чаще с закрытыми глазами наблюдались пациенты с НР ($0,13 \pm 0,06^\circ$), реже – здоровые лица ($0,04 \pm 0,05^\circ$), которые сидели с прищуренными ($0,38 \pm 0,18^\circ$) или ассиметричными (один открыт – другой нет) ($0,12 \pm 0,14^\circ$) глазами, что в меньшей степени наблюдалось у пациентов с ШР ($0,18 \pm 0,14^\circ$ и $0,03 \pm 0,02^\circ$).

Брови в обычном положении чаще фиксировались у здоровых лиц ($0,43 \pm 0,40^\circ$), также, как и поднятые брови ($0,19 \pm 0,29^\circ$), которые практически не были отмечены у пациентов с ШР ($0,01 \pm 0,01^\circ$). Грустные ($0,37 \pm 0,21^\circ$) и нахмуренные ($0,02 \pm 0,02^\circ$) брови были у пациентов с РА, которых практически не отмечалось у здоровых лиц ($0,11 \pm 0,17^\circ$ и $0,01 \pm 0,01^\circ$) и пациентов с ШР ($0,09 \pm 0,10^\circ$ и $0,003 \pm 0,006^\circ$). При этом у пациентов с ШР были зафиксированы выражено ассиметричные брови ($0,52 \pm 0,28^\circ$), в меньшей степени проявившиеся у пациентов с РА ($0,12 \pm 0,13^\circ$).

Беседа вызывала улыбку у здоровых лиц ($0,02 \pm 0,05^\circ$) и пациентов с РА ($0,02 \pm 0,02^\circ$), в меньшей степени были рады пациенты с НР ($0,01 \pm 0,01^\circ$) – у них чаще были скошенные в сторону губы ($0,08 \pm 0,03^\circ$), зафиксированные в наименьшей степени у пациентов с ШР ($0,02 \pm 0,02^\circ$), которые сидели с приоткрытым ртом ($0,25 \pm 0,19^\circ$).

Из вышеизложенного следует, что пациенты с невротическими расстройствами и расстройствами шизофренического спектра не поддерживали зрительный контакт при беседе, к которому стремились пациенты с адаптационными нарушениями. Оценка мимической активности у невротических пациентов показала отсутствие положительных эмоций, у пациентов с шизофреническими расстройствами фиксировались проявления удивления, незначительного испуга, а пациенты с адаптационными нарушениями, улыбаясь, старались скрыть грусть и периодические проявления гнева.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о возможности использования этовидеографических показателей как объективных маркеров психических расстройств.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ОКУЛОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Виноградова О.С., Марченко А.А., Лобачев А.В., Хабаров И.Ю., Колодин С.Н.

Военно-медицинская академия

Санкт-Петербург

THE USE OF NEUROPSYCHOLOGICAL AND OCULOGRAPHIC METHODS FOR THE EARLY DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDERS

Vinogradova O.S., Marchenko A.A., Lobachev A.V., Khabarov I.Yu., Kolodin S.N.

Цель исследования: определить на основе изучения особенностей аттентивно-мнестических процессов с параллельной оценкой глазодвигательных реакций у лиц с разной тяжестью психических расстройств их объективные маркеры для ранней диагностики.

Материал и методы: в ходе исследования было обследовано 75 человек, из них мужчин – 60, женщин – 15, средний возраст – $27,6 \pm 1,8$ (диапазон от 18 до 55 лет): 24 пациента с расстройствами шизофренического спектра (ШР, F20.0-F25), 27 – с невротическими расстройствами (НР, F40-42), 20 – с адаптационными нарушениями (РА, F43.2) и 24 человека контрольной группы (здоровые лица). Особенности глазодвигательных реакций (ГДР) исследовались на аппаратно-программном комплексе для регистрации окуломоторной активности «МИКС ГТ19», при этом анализировались среднее время морганий (мс), среднее время фиксации (мс), средний диаметр зрачка (пиксели).

В качестве стимульного материала при изучении ГДР использовались следующие задания, показатели которых перспективны с точки зрения нейропсихологических маркеров: Задача Саймона, позволяющая оценить меру зрительно-пространственного внимания и процессы тормозного контроля, и тест «PASAT», оценивающий возможности и скорость обработки информации, постоянного и разделенного внимания.

Результаты и их обсуждение. Оценка эффекта подсказки (эффект Саймона) показал, что он был максимальным у здоровых лиц ($28,05 \pm 4,38$) и пациентов с РА ($26,7 \pm 6,9$), у больных с НР – достоверно хуже ($16,8 \pm 8,5$), а у пациентов с ШР вообще носил инвертированный характер ($-14,5 \pm 13,8$). Результаты тестирования позволили построить дискриминантную модель с точностью 75%.

Анализ ГДР показал, что среднее время морганий при выполнении задания было максимальным у пациентов с ШР ($340,8 \pm 53,8$ мс), значительно меньшим – у здоровых лиц ($252,1 \pm 51,2$ мс) и минимальным – у пациентов с НР ($201,3 \pm 60,8$ мс) и с РА ($201,1 \pm 51,2$ мс). Среднее время фиксации взгляда наибольшим было у пациентов с НР ($498,9 \pm 51,5$ мс) и с РА ($406,8 \pm 47,8$ мс), несколько меньшим – у пациентов с ШР ($366,9 \pm 51,2$ мс) и у здоровых лиц ($355,8 \pm 47,8$ мс). Усредненные показатели диаметра зрачка, отражающие когнитивную нагрузку, были следующие: ШР – $218,1 \pm 77,6$ пикселя, НР – $255,1 \pm 79,4$ пикселя, РА – $262,1 \pm 79,4$ пикселя, контрольная группа – $347,7 \pm 74,2$ пикселя. Включение в дискриминантную модель показателей ГДР позволило повысить точность решающих правил до 93% для каждой группы, при этом в нее вошли следующие параметры: частота миганий, длительность миганий, длительность фиксации взгляда, количество правильных ответов и их точность в процентном соотношении, эффект Саймона.

По данным теста «PASAT» количество верных ответов у пациентов с НР ($39,8 \pm 11,6$) и РА ($34,9 \pm 3,4$) было почти в два раза меньше, чем в контрольной группе ($65,60 \pm 11,27$); у пациентов с ШР ($23,7 \pm 4,2$) оно было значительно меньше. Среднее время реакции было максимальным у пациентов с ШР ($2363,1 \pm 162,9$) и НР ($2114,7 \pm 130,7$), несколько меньшим – у пациентов с РА ($2024,8 \pm 132,0$) и

минимальным – у здоровых лиц ($1751,2 \pm 78,9$). Результаты тестирования не позволили построить дискриминантную модель.

Выводы: применение нейропсихологических методик (Задача Саймона и тест «PASAT»), направленных на оценку аттентивно-мнестических процессов в сочетании с оценкой параметров глазодвигательных реакций, не в значительной мере позволяет объективизировать признаки основных групп психических расстройств на основе выявления характерных маркеров, поэтому необходимо включить и другие нейропсихологические методики на этапе ранней диагностики этих нарушений.

**ВЫЯВЛЕНИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ОКУЛОГРАФИЧЕСКИХ
МАРКЕРОВ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**
Виноградова О.С., Марченко А.А., Лобачев А.В., Хабаров И.Ю., Колодин С.Н.

Военно-медицинская академия
Санкт-Петербург

*IDENTIFICATION OF NEUROPSYCHOLOGICAL AND OCULOGRAPHIC MARKERS FOR
EARLY DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDERS*

Vinogradova O.S., Marchenko A.A., Lobachev A.V., Khabarov I.Yu., Kolodin S.N.

Цель исследования: определить на основе изучения особенностей процессов мышления с параллельной оценкой глазодвигательных реакций у лиц с разной тяжестью психических расстройств их объективные маркеры для ранней диагностики.

Материал и методы: в ходе исследования было обследовано 75 человек, из них мужчин – 60, женщин – 15, средний возраст – $27,6 \pm 1,8$ (диапазон от 18 до 55 лет): 24 пациента с расстройствами шизофренического спектра (ШР, F20.0-F25), 27 – с невротическими расстройствами (НР, F40-42), 20 – с адаптационными нарушениями (РА, F43.2) и 24 человека контрольной группы (здоровые лица). Особенности глазодвигательных реакций (ГДР) исследовались на аппаратно-программном комплексе для регистрации окулоmotorной активности «МИКС ГТ19», при этом анализировались среднее время морганий (мс), среднее время фиксации (мс), средний диаметр зрачка (пиксели).

В качестве стимульного материала при изучении ГДР использовались следующие задания, показатели которых перспективны с точки зрения нейропсихологических маркеров: Висконсинский тест сортировки карточек, позволяющий оценить гибкость когнитивных процессов в условиях изменения подкрепления, и Айовский игровой тест, ориентированный на оценку способности к обучению.

Результаты и их обсуждение. По данным Висконсинского теста у пациентов с ШР ожидаемо выявлялись наиболее низкие результаты: количество персеверативных ошибок и количество неперсеверативных ошибок составило $20,0 \pm 6,69$ и $17,0 \pm 5,68$, соответственно. Показатели пациентов с НР ($14,9 \pm 7,42$ и $10,5 \pm 7,03$) и РА ($14,6 \pm 6,53$ и $12,6 \pm 5,52$) оказались сопоставимы, тогда как в контрольной группе число ошибок закономерно было минимальным ($6,1 \pm 5,6$ и $3,9 \pm 3,4$). Результаты тестирования позволили построить дискриминантную модель с точностью 93%.

Анализ ГДР показал, что среднее время морганий при выполнении теста было максимальным у лиц с НР и РА ($252,9 \pm 19,1$ мс и $166,1 \pm 17,5$ мс), тогда как у пациентов с ШР ($124,1 \pm 19,1$ мс) и здоровых лиц ($128,0 \pm 42,1$ мс) оно было существенно меньше. Среднее время фиксации взгляда прямо коррелировало с тяжестью расстройств: наибольшим оно было при ШР ($464,9 \pm 47,9$ мс), несколько меньшим – при НР и РА ($372,2 \pm 47,8$ мс и $332,3 \pm 47,7$ мс) и минимальным – у здоровых лиц ($258,5 \pm 104,9$ мс). Усредненные показатели диаметра зрачка, отражающие когнитивную нагрузку,

были следующие: ШР – $173,0 \pm 56,1$ пикселя, НР – $205,8 \pm 97,9$ пикселя, РА – $207,4 \pm 54,3$ пикселя, контрольная группа – $295,6 \pm 54,6$. Включение в дискриминантную модель показателей ГДР позволило повысить точность решающих правил до 100% для каждой группы, при этом в нее вошли следующие параметры: показатель неспособности поддерживать выбор, длительность миганий, количество выполненных категорий, частота миганий, количество неперсеверативных ошибок. При выполнении Айовского игрового теста у пациентов с НР отмечалась большая импульсивность выбора при худшей способности к обучению – минимальная доля выборов колод С и D (41,8%), как следствие общий выигрыш у них был наименьшим ($70,6 \pm 25,4$). Показатели пациентов с ШР оказались несколько больше – чаще выбирали колоду D (57,1%), а их выигрыш составил $75,0 \pm 25,9$. Незначительная разница в выигрыше была у лиц с РА ($77,5 \pm 25,5$) при большем выборе колод D и С (80,0%). Контрольная группа ожидаемо выполнила задание лучше – в 100% случаев выбирала колоды D и С, при которых выигрыш составил $81,2 \pm 24,7$. Результаты тестирования позволили построить дискриминантную модель с точностью 59%.

Оценка ГДР показала, что среднее время морганий при выполнении теста было максимальным у лиц с РА и НР ($276,6 \pm 12,2$ мс и $188,7 \pm 15,2$ мс), тогда как у пациентов с ШР ($130,7 \pm 15,2$ мс) и здоровых лиц ($145,4 \pm 12,6$ мс) оно было существенно меньше. Среднее время фиксации взгляда было наибольшим при РА ($348,9 \pm 15,7$ мс), несколько меньшим – при ШР и у здоровых лиц ($256,6 \pm 19,5$ мс и $215,2 \pm 15,6$ мс) и минимальным – у пациентов с НР ($198,6 \pm 19,5$ мс). Усредненные показатели диаметра зрачка, отражающие когнитивную нагрузку, были следующие: НР – $177,9 \pm 65,4$ пикселя, ШР – $194,2 \pm 63,5$ пикселя, РА – $235,9 \pm 65,4$ пикселя, контрольная группа – $329,4 \pm 67,3$. Включение в дискриминантную модель показателей ГДР позволило повысить точность решающих правил до 97% для каждой группы, при этом в нее вошли следующие параметры: длительность миганий, среднее время реакции, частота миганий, длительность фиксации, выбор (оптимальный/неоптимальный).

Выводы: применение нейропсихологических методик (Висконсинский тест сортировки карточек и Айовский игровой тест), направленных на оценку когнитивных функций (мышление, рассуждение) в сочетании с оценкой параметров ГДР, позволяет объективизировать признаки основных групп психических расстройств на основе выявления характерных маркеров, и может использоваться в ранней диагностике этих нарушений.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**Виноградова О.С., Марченко А.А., Лобачев А.В., Хабаров И.Ю., Колодин С.Н.,
Моисеев Д.В., Володарская А.А.**

Военно-медицинская академия

Санкт-Петербург

THE USE OF NEUROPSYCHOLOGICAL METHODS IN THE EARLY DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDERS

*Vinogradova O.S., Marchenko A.A., Lobachev A.V., Khabarov I.Yu., Kolodin S.N.,
Moiseev D.V., Volodarskaya A.A.*

Цель исследования: определить на основе изучения особенностей процессов мышления у лиц с разной тяжестью психических расстройств их объективные маркеры для ранней диагностики.

Материал и методы: в ходе исследования было обследовано 33 человека, из них мужчин – 29, женщин – 4: 6 пациентов с расстройствами шизофренического спектра

(ШР, F20.0-F25), 5 – с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР, F43.1), 12 – с адаптационными нарушениями (РА, F43.2) и 10 человек контрольной группы (здоровые лица).

Стимульный материал предъявлялся на аппаратно-программном комплексе для регистрации окулоmotorной активности «МИКС ГТ19»; использовались следующие задания, показатели которых перспективны с точки зрения нейропсихологических маркеров: Айовский игровой тест (Iowa Gambling task), предназначенный для оценки эмоционально обусловленных принятий решений, и арифметический стресс-тест Триера (Trier Mental Challenge Test), позволяющий оценить интеллектуальную толерантность к стрессу.

Результаты и их обсуждение. По данным арифметического стресс-теста Триера, количество набранных баллов было наибольшим у здоровых лиц ($134,2 \pm 11,7$), в остальных группах (ШР, ПТСР, РА) – незначительно меньшим ($126,5 \pm 7,18$; $126,2 \pm 4,87$ и $125,1 \pm 10,8$; соответственно). Соотношение заданий с уровнем сложности 1% выявило наиболее низкие результаты в контрольной группе и у пациентов с ПТСР ($20,1 \pm 7,58$ и $23,8 \pm 18,6$), у пациентов с РА и ШР они оказались сопоставимы ($27,5 \pm 26,8$ и $27,4 \pm 21,1$). Показатели соотношения заданий с уровнем сложности 3% и 4% были наибольшими у здоровых лиц ($37,4 \pm 13,7$ и $3,1 \pm 7,13$), у пациентов с ПТСР равнялись $30,8 \pm 21,4$ и 0, а в группах с РА и ШР опять сопоставимыми ($26,8 \pm 19,6$ и $2,37 \pm 6,88$; $27,8 \pm 10,5$ и $1,85 \pm 4,53$). Чаще остальных ответы пропускали пациенты с ПТСР – $26,4 \pm 8,56$ %. У них же и среднее время при правильных ответах было наибольшим – $3019,4 \pm 474,7$ мс. В других группах (ШР, РА, здоровые лица) оно составляло $2660,5 \pm 281,9$ мс; $2620,1 \pm 248,6$ мс и $2648,7 \pm 234,3$ мс соответственно.

Результаты тестирования позволили построить дискриминантную модель с точностью 48,5%.

При выполнении Айовского игрового теста оценивалась чувствительность к наказанию, которая была наибольшей у пациентов с ШР ($36,0 \pm 48,1$), значительной меньшей у пациентов с РА и в контрольной группе ($22,6 \pm 44,5$ и $21,0 \pm 17,0$), а у пациентов с ПТСР носила инвертированный характер ($-16,0 \pm 47,9$).

Результаты тестирования позволили построить дискриминантную модель с точностью 100%, при этом в нее вошли следующие параметры: итоговая сумма, общий итог, способность к обучению, чувствительность к наказанию.

Выводы: применение нейропсихологических методик (Айовский игровой тест и арифметический стресс-тест Триера), направленных на оценку мышления, позволяет объективизировать признаки основных групп психических расстройств на основе выявления характерных маркеров. Для лучшего результата использования их в ранней диагностике этих нарушений необходимо сочетание с оценкой параметров глазодвигательных реакций.

СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Волова Т.Л., Шелыгин К.В., Меньшикова Л.И.

ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России

Архангельск

*STRUCTURAL AND DYNAMIC TRENDS OF PRIMARY CHILD AND ADOLESCENT
MENTAL DISORDERS IN THE ARKHANGELSK REGION*

Volova T.L., Shelygin K.V., Menshikova L.I.

Заболеваемость является одним из важнейших критериев оценки общественного здоровья населения, в том числе состояния системы здравоохранения. Оценка

заболеваемости с учетом структурного распределения имеет большое значение для выбора групп риска, разработки профилактических мер, планирования и использования кадровых и материальных ресурсов [Смычек В.Б., 2019]. Поддержание оптимального психического здоровья детей и подростков имеет важнейшее значение для устойчивого развития любого общества [Кислицына О.А., 2009]. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, проблемы с психическим здоровьем и психические расстройства у детей и подростков должны рассматриваться в более широком социальном контексте. Совершенствование медико-социальной помощи детям и подросткам, повышение эффективности профилактической работы требуют изучения и анализа заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами детей различных возрастных групп. Выявление особенностей структуры заболеваемости психическими расстройствами у детей и подростков может способствовать определению направлений по профилактике, лечению и предупреждению хронизации процесса.

Цель исследования. Выявить основные тенденции первичной заболеваемости психическими расстройствами детей и подростков в Архангельской области в 2010-2020 гг.

Материалы и методы. Источник данных: статистическая форма № 10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)» по Архангельской области. Расчет интенсивных показателей производили по рутинной формуле на 100 000 населения соответствующего возраста. Стандартизацию показателей заболеваемости производили прямым методом. Выявление вклада динамики каждой из рассматриваемых крупных групп психических расстройств в тенденции заболеваемости изучалось при помощи индексного метода.

Результаты и их обсуждение. В целом, в динамике первичной заболеваемости можно выделить три периода – снижения вплоть до 2015 года, последующего подъёма - до 2018 года и резкого возвратного понижения к 2020 году. Интересным представляется выявление вклада динамики каждой из рассматриваемых крупных групп психических расстройств в эти тенденции. Для выяснения этого вопроса был использован индексный метод. Первичная заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет в период 2010-2020 гг. в основе своей генерировалась психическими расстройствами непсихотического характера в целом и другими непсихотическими расстройствами, поведенческими расстройствами детского и подросткового возраста, неутонченными непсихотическими расстройствами в частности.

Основной группой психических расстройств, определяющей динамические тенденции первичной заболеваемости психическими расстройствами детей в возрасте 0-14 лет, являются «Психические расстройства непсихотического характера». За период 2010-2020 гг. увеличилась роль заболеваний, объединённых в группу «Психозы и состояния слабоумия». Вклад заболеваемости умственной отсталостью остаётся достаточно стабильным.

Рост заболеваемости 2015-2018 гг. был практически всецело обеспечен ростом органических, а главное «Других непсихотических расстройств...», в то время как заболеваемость невротическими и аффективными расстройствами за счёт продолжившегося понижения показателей, наоборот, оказывала «тормозящий» вклад в процесс роста заболеваемости расстройствами непсихотического характера. Заболеваемость аффективными расстройствами не участвовала в динамике показателей рассматриваемой группы и в последующие годы, а вклад невротических расстройств свёлся к минимуму.

Динамика заболеваемости в группе «Психозы и состояния слабоумия» обеспечивалась за счет причин, входящих в подгруппы «Хронические

неорганические психозы, детские психозы, неуточненные психотические расстройства» и «Органические психозы и (или) слабоумие». Динамика этой группы отличалась последовательным нарастанием, что привело к увеличению её роли в структуре первичной заболеваемости психическими расстройствами детей в возрасте 0-14 лет.

К 2020 году значительно понизилась первичная заболеваемость непсихотическими аффективными расстройствами и невротическими расстройствами. За рассматриваемый временной период отмечалось нарастание вклада заболеваний, объединённых в группу «Психозы и состояния слабоумия» за счёт хронических неорганических психозов, детских психозов, неуточненных психотических расстройств и органических психозов.

Динамика первичной заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет психическими расстройствами была схожа с динамикой заболеваемости в возрасте 0-14 лет. Однако, в отличие от группы 0-14 лет, здесь не выявлялось нарастания доли заболеваемости психозами и состояниями слабоумия, отдельные флуктуации заболеваемости обеспечивались за счёт изменения заболеваемости непсихотическими расстройствами, но в целом изменение заболеваемости за 2010-2020 гг. было обеспечено снижением заболеваемости умственной отсталостью.

Ведущим отличием первичной заболеваемости в подгруппе 15-17 лет от первичной заболеваемости в группе 0-14 лет стало увеличение роли невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, а также расстройств шизофренического спектра, в то время как роль заболеваемости органическими и т. н. «другими» непсихотическими расстройствами уменьшилась.

Структурно-динамические изменения заболеваемости детского населения, могут быть связаны с различными группами факторов. К таковым относят: 1. Демографические (изменение численности детско-подросткового населения, изменения плодовитости лиц с психическими расстройствами, увеличение наследственного фактора). 2. Социально-экономические (недостаточность финансовых средств у населения). 3. Организационные (степень развитости амбулаторно-поликлинической службы, развитие частных медицинских услуг, изменения в диагностических подходах, развитие службы родовспоможения). 4. Социально-психологические, культуральные (стигматизация психиатрической службы, злоупотребление психоактивными веществами как в целом в популяции, так и беременными женщинами, диетические факторы, факторы экологической обстановки, изменение форм поведения в подростковой среде, социо-культурная депривация).

Выводы. Таким образом, на фоне относительно позитивной общей динамической тенденции заболеваемости в детско-подростковых возрастах, отмечается настораживающее явление в ее структурной динамике: дрейф патологии в сторону психотических расстройств. В целом, смещение структуры заболеваемости в сторону расстройств психотического уровня в перспективе может привести к увеличению нагрузки на здравоохранение, относящееся к государственному сектору.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ РАЗЛИЧНЫХ РЕГИСТРОВ

Володарская А.А., Марченко А.А., Лобачев А.В., Хабаров И.Ю., Виноградова
О.С., Моисеев Д.В., Сквородников Д.В., Фролова И.Д.

Военно-медицинская академия

Санкт-Петербург

NEUROPHYSIOLOGICAL FEATURES OF MENTAL DISORDERS OF VARIOUS REGISTERS

*Volodarskaya A.A., Marchenko A.A., Lobachev A.V., Khabarov I.U., Vinogradova
O.S., Moiseev D.V., Skovorodnikov D.V., Frolova I.D.*

Актуальность: известно, что одной из ключевых проблем в диагностике психических расстройств является обширное пересечение симптоматических профилей различных таксономических единиц и, следовательно, их высокая коморбидность. Кроме того, категориальный подход не учитывает тяжесть симптоматики, включая ее подпороговые уровни, вследствие чего в целом оценивается, как менее надежный и достоверный, чем дименсиональные метрики. Предпринимаемые в рамках проекта Исследовательских критериальных доменов (RDoC) попытки разработки более точной таксономии путем увязки нейробиологических характеристик с клиническими проявлениями с выделением транснозологических диагностических категорий уже показали свою перспективность в диагностике депрессивных и тревожных расстройств, прежде всего на базе использования электроэнцефалографических данных, которые позволяют внести весомый вклад в понимание патогенеза данных нарушений (Klumpp H., Shankman S.A., 2018). Поэтому продолжение исследований в этой области с целью поиска объективных признаков для более широкого спектра психических нарушений представляется насущной научной проблемой.

Цель исследования: поиск нейрофизиологических маркеров психических расстройств с использованием метода когнитивных вызванных потенциалов.

Материал и методы: в ходе исследования было обследовано 112 человек (средний возраст – $23,64 \pm 2,73$ лет): 20 человек ($26,45 \pm 1,93$ лет) с расстройствами шизофренического спектра (ШР, F20 – F25), 21 человек ($24,05 \pm 2,20$ лет) с депрессивными расстройствами (ДР, F32 – F33), 20 человек ($23,70 \pm 2,88$ лет) с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР, F43.1), 24 человека ($22,25 \pm 2,19$ лет) с адаптационными нарушениями (РА, F43.2), и 27 человек контрольной группы ($22,44 \pm 2,37$ лет) – здоровые лица.

Стимульный материал предъявлялся с помощью многофункционального компьютерного комплекса для регистрации вызванных потенциалов «Нейро-МВП-4» с использованием накожных электродов, установленных в центре (Cz) и на сосцевидных отростках (M1 и M2); использовалась методика P300, позволяющая оценить нейрофизиологические параметры, характеризующие процессы, связанные с произвольным вниманием, процессами опознания и принятия решения. Слуховые стимулы предъявлялись бинаурально, автоматически в случайном порядке. Значимые стимулы предъявлялись с вероятностью 20% и, согласно инструкции, требовали от пациента нажатия на кнопку. Импеданс поддерживался ниже 10 кОм.

Результаты и их обсуждение: по данным методики P300 среднее время реакции было наименьшим у здоровых лиц – $269,85 \pm 32,09$ мс, в то время как в группе ШР наблюдалось значимое ($p < 0,01$) увеличение времени реакции на подаваемые стимулы – $340 \pm 16,08$ мс. Для групп РА, ПТСР и ДР значимых изменений времени реакции обнаружено не было. У лиц с адаптационными нарушениями выявлено значимое ($p < 0,05$) снижение амплитуды P100 – $1,91 \pm 2,07$ мкВ, по сравнению с

группой здоровых – $5,46 \pm 4,20$ мкВ. В группах ПТСР, ДР и ШР изменений компонента P100 не выявлено. В группе ШР обнаружено достоверное ($p < 0,05$) увеличение латентного периода компонентов N100 ($210,50 \pm 34,54$ мс), P200 ($251 \pm 31,80$ мс) и N200 ($272,75 \pm 29,80$ мс) в сравнении со здоровыми лицами, у которых латентность составляла для N100 – $137,26 \pm 44,74$ мс, для P200 – $183,85 \pm 39,90$ мс, для N200 – $227,62 \pm 33,73$ мс. Однако, значимых изменений латентности этих компонентов у испытуемых из групп РА, ПТСР и ДР выявлено не было.

Латентный период компонента P300 составлял у здоровых лиц $311,98 \pm 27,94$ мс, в то время как в группе ПТСР наблюдалось его значимое ($p < 0,05$) увеличение - $333 \pm 41,98$ мс. Кроме того, достоверные ($p < 0,05$) различия были обнаружены при расчете амплитуды компонента P300: наиболее высокие показатели выявлены у здоровых – $9,47 \pm 5,93$ мкВ, и лиц с адаптационными нарушениями $8,94 \pm 2,25$ мкВ. В группах ПТСР, ДР и ШР наблюдалось выраженное снижение амплитуды P300: $5,63 \pm 4,58$ мкВ у лиц с посттравматическим стрессовым расстройством, $4,90 \pm 0,83$ мкВ и $2,92 \pm 1,30$ мкВ в группе ДР и ШР соответственно.

Результаты исследования позволили построить дискриминантную модель с высокой общей чувствительностью решающих правил – 72,23% (при $F\text{-enter}=2,0$, $F\text{-remove}=1,9$ и $p < 0,05$), при этом в нее вошли следующие параметры: латентность компонента N100, латентность и амплитуда P100, латентность N200, латентность и амплитуда P300.

Дискриминантная модель обладала высокой специфической точностью в отношении группы ШР (80,0%), контрольной (77,77%) и РА группы (70,83%), и более низкой для групп ДР (66,67%) и ПТСР (65,0%).

Выводы: анализ результатов исследования показал, что лица из группы ШР имеют значительно меньшую скорость реакции, увеличенную латентность компонентов N100, P200, N200, а также сниженную амплитуду компонента P300 в сравнении со здоровыми лицами. Снижение амплитуды P300 оказалось характерно и для лиц из групп ПТСР и ДР. Лица с адаптационными нарушениями демонстрировали значительное снижение амплитуды P100, а лица с ПТСР – увеличение латентного периода компонента P300, что не было характерно ни для одной из других групп.

Описанные изменения, безусловно, свидетельствуют о выраженных нарушениях процессов внимания, восприятия и функционирования кратковременной памяти у лиц с расстройствами шизофренического спектра, депрессивными расстройствами, посттравматическим стрессовым расстройством и адаптационными нарушениями.

Выявленные нейрофизиологические маркеры указывают на высокий потенциал методики P300 для дифференциальной диагностики психических расстройств.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ, НЕЙРОБИОЛОГИЯ, ПСИХОЛОГИЯ - СОЮЗНИКИ ИЛИ СОПЕРНИКИ?

Воскресенский Б.А., Бегматов Р.И.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Москва

PSYCHOPATHOLOGY, NEUROBIOLOGY, PSYCHOLOGY – ALLIES OR RIVALS?

Voskresensky B.A., Begmatov R.I.

Современная психиатрия построена на биопсихосоциальной модели. (В другой терминологии, звучащей, и несколько архаично, но в определенном отношении и современно, – трихотомическая концепция – тело-душа-дух). Если биологические структуры (био=тело) и социальные воздействия (дух) продуктивно исследуются, то психо=душа (восприятие, мышление, эмоции, воля и т.д.) интереса не вызывает.

Это пренебрежение проявляется, прежде всего, как утрата интереса к ведущим признакам психических расстройств – болезненным переживаниям, хотя именно они и составляют предмет клинической психиатрии. Оно не только обедняет лечебно-диагностический процесс, но и затрудняет, а часто прямо-таки вульгаризирует разрешение таких значимых для общественной жизни («социо») коллизий как «гениальность и помешательство», «преступность и психические аномалии», «психиатрия и инакомыслие», «религиозность и психические расстройства».

Но поскольку установить прямолинейные взаимоотношения в цепи нейробиологический процесс – переживание (как поведенческий акт - поступок – духовное событие) невозможно, постольку возникает стремление построить некий «мостик», связывающий эти два совершенно по-разному организованные пространства. Им и оказывается душа: «Душа как таковая не есть объект» (К. Ясперс). Но несмотря на это всегда имеет место стремление ее хоть как-то объективизировать.

1. В последние годы все чаще используется четырехкомпонентная конструкция – «биопсихосоциодуховное». Поскольку «духовное» мы понимаем широко – как сферу ценностей, как то, что человек ставит выше себя, ради чего он живет (это клиническое, а не богословское определение), постольку «социо» мы включаем в необъятное «духовное».

2. Содержание термина «психо» как минимум двойственно. Это и «психическое вообще», «стихия психического», если пользоваться языком Томаса Манна, это и ансамбль процессов, упомянутых выше. Конкретный смысл становится очевидным из контекста. Для нас приоритетнее второе понимание.

3. Это обстоятельство образно выражено зазором между вытянутыми руками Бога и Адама на фреске Микеланджело «Сотворение Адама», репродукция которой нередко приводится в соответствующих научных изданиях.

4. Человек способен (до определенной степени) настроить, направить душевные процессы на выполнение некоей жизненной задачи. Но они могут ослабевать, распадаться вследствие соматической патологии. То есть в обоих случаях подчиняются соседним сферам – духовной или телесной.

Для этого мы воспользовались «языковой антропологией» польского лингвиста А. Вежбицкой (2001): глаголы думать, знать, хотеть, чувствовать, говорить, видеть, слышать, делать, так сказать, трансисторичны и существуют во всех языках, они тесно связаны с «субстантивами» я, ты, кто-то (человек), что-то (вещь), люди. Это означает, что каждому субъекту как и любому его собеседнику понятны состояния «я вижу», «он захотел» и т. п. Применительно к клинической практике это означает, что многообразные аморфные или изощренно витиеватые описания больных – «показалось», «расстроился», «стало плохо» – врач стремится преобразовать в «глаголы А. Вежбицкой» – «увидел», «понял», «почувствовал», а через это в галлюцинации, бред, депрессию – переживания, специфическая структура которых изучена и зафиксирована в руководствах по психиатрии. Это и есть клинко-феноменологический метод в нашем понимании. «Ненормальные» переживания (как и – само собой разумеется – здоровые) оказываются реальностью, пусть и нематериальной.

Вместе с тем «несамостоятельность» «душевного» констатируемая вышеприведенной цитатой К. Ясперса, имеет одним из следствий активное вторжение в психиатрию неврологии – с одной стороны – и психологии-психотерапии (в прежние времена на этом месте была религия, в некоторых ситуациях она проявляет себя и сейчас) – с другой. Это столкновение угрожает принципиальным переформатированием психиатрии.

Нейронауки и когнитивная психология привели к практическому отождествлению психической деятельности с познавательными процессами и как к следствию - к интерпретации когнитивных нарушений как универсальной формы негативной симптоматики. Этот процесс лавинообразно нарастает. Чем выше разрешительные способности «скопов» и «графов», чем чувствительнее реактивы и дифференцированнее анкеты, тем больше настораживающих характеристик выявляется и у самых разнородных больных и даже у здоровых, тем неспецифичнее становятся признаки патологии.

Когнитивные расстройства практически заменили собой психоорганический синдром, что упразднило противопоставление «органического» и «функционального», хотя это не соответствует клинической реальности. Как пример приведем агональные ремиссии, «другую жизнь» больных шизофренией, многочисленные впечатляющие коллизии в ситуациях «гениальность и помешательство».

Позволим себе, не называя имен, хотя они конкретны, узнаваемы (и одновременно универсальны), своеобразное культурно-(точнее говоря, религиозно-) историческое сопоставление. Жизненный путь некоей православной (выразимся смягченно, очень осторожно) подвижницы, страдавшей «главным» психическим расстройством, стал не только примером христианского служения, но и материалом для ряда художественных произведений (стихотворений, пьес, воплощенных на академических сценах). Другая же, с таким же «церковным статусом», но обнаруживавшая органическую нервно-психическую патологию, на воссоздание своего образа в искусстве никого (насколько мы знаем) не вдохновила.

Необходимо подчеркнуть, что профессиональное мышление специалистов каждого из сопоставляемых рядов организовано по-своему. У психиатра оно образное – сравнивается душевный облик (образ) – соотношение и взаимодействие душевных процессов в преморбиде и на разных стадиях заболевания. Мышление невролога пространственное – топическая диагностика. У психолога оно оказывается производным его мировоззренчески-теоретических позиций, которые в этой науке весьма разнообразны. У священника – христианское (но формулировку приведем, принадлежащую перу мирянина – великого поэта: «И то, чего вообще не встретишь в церкви/Теперь я видел через призму церкви»).

С другой стороны нельзя не признать, что некоторые конвергенции углубляют осмысление связей прошлое-настоящее, подтверждают, обогащают наши проекции в будущее. Современные исследователи – психиатры, генетики, философы, представители других специальностей – утверждают, что «...есть множество оснований предполагать, что культура, являясь продолжением биологии человека, развивается и совершенствуется именно благодаря психопатологии и потому, что аномальные варианты не подвергаются воздействию естественного отбора или даже имеют селективные преимущества» (В.П. Самохвалов). В другой формулировке, (заимствованной нами из современного богословского труда и звучащей абсолютно ненаучно), этот подход сформулирован еще более возвышенно: «Божественное безумие телеологично».

Многоаспектность, многопрофильность клинических (в самом широком смысле) исследований – знамение времени. По-настоящему эффективными=человеческими они окажутся в том случае, когда каждый из участников этих поисков будет руководствоваться формулой, предложенной около века назад безвестным отечественным медиком около ста лет назад: «Диагноз осуществляется в живом художественно-любовном созерцании страдающего брата».

КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПОЛИГЕННОГО РИСКА ДЛЯ ШИЗОФРЕНИИ И РАКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ИЗ РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Голимбет В.Е., Кондратьев Н.В., Лежейко Т.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

CORRELATION BETWEEN POLYGENIC RISK SCORES FOR SCHIZOPHRENIA AND LUNG CANCER IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA FROM THE RUSSIAN POPULATION

Golimbet V.E., Kondratyev N.V., Lezheiko T.V.

Распространенные соматические и психические заболевания отличаются высокой степенью полигенности, т.е. участием большого числа генов, ассоциированных с риском развития этих заболеваний. Для интегративной оценки этого риска предложен количественный показатель, который складывается из числа аллелей риска в геноме индивидуума, взвешенных на размер эффекта (отношение шансов). Показатель полигенного риска может быть использован в различных сферах исследования распространенных заболеваний, например, при изучении их коморбидности, в том числе с целью дополнения результатов клинико-эпидемиологических исследований. В последнее время интерес вызывает оценка риска развития тяжелых соматических заболеваний у пациентов с шизофренией. Это в особенности касается онкологических заболеваний, поскольку данные эпидемиологических исследований в этом отношении достаточно противоречивы. В ряде исследований отмечается, что риск развития некоторых типов рака ниже в группах больных шизофренией по сравнению с общей популяцией. Этот факт рассматривается как контринтуитивный прежде всего для рака легких, поскольку высокая распространенность курения среди пациентов, должна повышать риск развития этого типа рака. Данные недавнего мета-анализа не позволили сделать однозначного заключения о повышенном риске развития рака легких при шизофрении из-за большой гетерогенности имеющихся эпидемиологических исследований. В литературе имеется лишь одна публикация, основанная на данных суммарной статистики полногеномных анализов для большого числа типов рака и некоторых психических заболеваний, в котором, в том числе, оценивалась генетическая корреляция между шизофренией и раком легких.

В настоящей работе сделана попытка оценить корреляцию между показателями полигенного риска (ППР) для шизофрении и рака легких в выборке больных шизофренией из российской популяции.

Материал и методы. Выборка включала в себя 806 человек с диагнозом шизофрения (F20 по МКБ-10). Все участники исследования подписали информированное согласие на участие в нем. Для получения показателей полигенного риска было проведено полногеномное генотипирование с помощью чипа Infinium Global Screening Array v3.0 компании Illumina Inc (США), осуществлены оценка качества полученных данных (контроль на отклонение от равновесия Харди-Вайнберга и фильтрация образцов и генотипов по доле потерянных данных (параметры: --hwe 1e-6 --geno 0.01 --mind 0.05, контроль на гетерозиготность (--het на ld-независимых генотипах и популяционную структуру с использованием данных проекта 1000 геномов) и импутирование по панели референтных генотипов HaploType Reference Consortium по европейской популяции с помощью Eagle/Minimac4. Полигенный риск определяли методом LDpred2 в свободном от подбора гиперпараметров автоматическом режиме с использованием собственной лабораторной выборки для вычисления локальной корреляции полиморфизмов. ППР для шизофрении

получали на основе данных последнего полногеномного анализа ассоциаций, а ППР для рака легких – по данным работы. Взаимосвязь между этими показателями оценивали с помощью коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты. Получена слабая, но статистически значимая корреляция между ППР шизофрении и рака легких ($r=-0.105$, $p=0.0018$). Знак коэффициента корреляции указывает на отрицательный характер связи. Иначе говоря, при повышении полигенного риска шизофрении снижается полигенный риск развития рака легких. Полученные данные согласуются с ранее проведенными эпидемиологическими исследованиями, в которых обнаружено, что риск возникновения онкологических заболеваний, в том числе и рака легких, ниже у пациентов с шизофренией по сравнению с общей популяцией. Попытка оценить генетические корреляции между шизофренией и раком легких не выявила статистически значимой корреляции.

Заключение. Таким образом, в нашем исследовании впервые обнаружена отрицательная связь между генетическим риском шизофрении и рака легких. Результаты следует рассматривать как предварительные, так как они получены для относительно небольшой выборки пациентов и без учета демографических и средовых факторов, в том числе курения.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ, СВЯЗАННЫХ С
ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ И ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ, ЗНАЧИМЫХ ДЛЯ
ПОПУЛЯЦИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**Голубева Т.С., Докукина Т.В., Обьедков В.Г.,
Голоенко И.М., Хлебоказов Ф.П.**

РНПЦ психического здоровья

Минск

*DETERMINATION OF GENETIC POLYMORPHISMS ASSOCIATED WITH DRUG
RESISTANCE AND SIDE EFFECTS OF DRUGS IN SCHIZOPHRENIA, SIGNIFICANT
FOR THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF BELARUS*

Golubeva T.S., Dakukina T.V., Obedkov V.G., Goloenko I.M., Khlebokazov F.P.

Особенностям биотрансформации лекарственных средств (ЛС) принадлежит значительная доля в спектре причин фармакорезистентности (ФР). Отсутствие эффекта от лечения психотропными ЛС наблюдается у 30-40% пациентов. Имеет место позднее выявление проблемы недостаточного терапевтического ответа (спустя 4-12 недели с начала лечения). Серьезные нежелательные реакции при назначении психотропных ЛС регистрируются у 55-70% пациентов (экстрапирамидные симптомы, злокачественный нейролептический синдром, нейроэндокринные побочные эффекты и т.п.).

Современный подход к повышению эффективности лечения предполагает индивидуализацию терапевтических подходов к конкретному пациенту на основании комплекса валидных биомаркеров, в том числе и фармакогенетических (ФГ), с возможностью прогноза эффективности и безопасности ЛС до его назначения.

В процессе биотрансформации большинства ЛС, в том числе психотропных, основную роль играет система цитохромов Р-450, биодоступность определяется функцией транспортного белка Р-гликопротеина. Эффективность лечения зависит и от результата взаимодействия ЛС с молекулами-мишенями.

Цель исследования – определение генетических полиморфизмов, связанных с ФР и побочными эффектами ЛС при шизофрении, значимых для популяции Республики Беларусь.

Материалы и методы. В исследование включено 150 человек с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (F20-F29 по МКБ 10) в возрасте от 18 до 60 лет: 81 мужчина (54,0%) и 69 женщин (46,0%). Все пациенты получали лечение психотропными ЛС в соответствии с клиническим протоколом. Определяли наличие полиморфизмов генов изоферментов цитохрома P-450: CYP2D6*4, CYP2C19*2, CYP2C19*17, CYP1A2*F; полиморфизм C3435T гена MDR1 (кодирует транспортный белок P-гликопротеин), а также полиморфизмов генов молекулярных мишеней лекарственных средств и функционально связанных с ними белков: TaqI полиморфизм ANKK1 гена анкирин-киназы 1, полиморфизм C-1019G гена серотонинового рецептора HTR1A, полиморфизм Val158Met гена COMT – катехол-О-метилтрансферазы, полиморфизм Val66Met гена BDNF – мозгового нейротрофического фактора, полиморфизм C957T гена дофаминового рецептора DRD2.

Использовали стандартные методики выделения нуклеиновых кислот, ПЦР-анализ. Взятие биологического материала для исследования проводили на базе клинко-диагностической лаборатории и клинических отделений стационара Республиканского научно-практического центра психического здоровья. ФГ тестирование проводили на базе Института биоорганической химии Национальной академии наук Беларуси. Для клинической интерпретации данных ФГ тестирования использовали данные о путях метаболизма ЛС, применяемых в психиатрии.

Результаты исследования и обсуждение. Из 150 включенных в исследование пациентов у 96 (64,0%) наблюдалась ФР – отсутствие улучшения, несмотря на прием адекватных доз ЛС в течение 6 – 8 недель, если при этом было использовано два и более антипсихотика, причем один из них был атипичным. У 99 пациентов (66,0%) имелись нежелательные реакции на применение психотропных ЛС. В том числе экстрапирамидные расстройства выявлены у 76 пациентов (50,7%), из них злокачественный нейролептический синдром – у 10 (7,5%), увеличение массы тела – у 41 (27,3%). По данным современных научных ФГ исследований была сформирована панель маркеров, оказывающих влияние на эффективность действия психотропных ЛС.

Определяли наличие ассоциации полиморфизмов исследуемых генов с фенотипическими проявлениями ФР, наличием нежелательных реакций.

Получены данные о применении ряда генетических маркеров для определения тактики лечения пациентов с шизофренией, рассчитана чувствительность и специфичность ФГ теста по каждому маркеру.

У 40 из 133 пациентов (30,1%) имелся полиморфизм CYP2D6*4. Данный полиморфизм был ассоциирован с развитием побочных эффектов на антипсихотики, которые отмечались у 31 пациента с генотипом AA или GA. Данным пациентам рекомендовалось снижение дозы антипсихотика, либо выбор ЛС, в путях метаболизма которого не задействован изофермент цитохрома CYP2D6.

У 35 (25,2%) из 139 генотипированных по полиморфизму CYP2C19*2 гена CYP2C19, имелся генотип AA или GA. Из них у 25 пациентов отмечались нежелательные реакции на антипсихотики, в связи с чем им рекомендовалось снижение дозы либо выбор ЛС, в путях метаболизма которого не задействован изофермент цитохрома CYP2C19.

Генотип TT полиморфизма CYP2C19*17 выявлен у 12 (8,6%) из 140 пациентов и ассоциировался с отсутствием эффекта на лечение ЛС-субстратами изофермента цитохрома CYP2C19. ФР являлись 9 пациентов с данным генотипом.

У 49 (35,3%) из 139 пациентов, генотипированных по полиморфизму CYP1A2*F гена CYP1A2, имелся генотип AA, ассоциирующийся с повышенной индуцибельностью фермента, что может приводить к ускорению метаболизма ЛС-субстратов

изофермента цитохрома и снижению ответа на ЛС-субстраты. ФР являлись 34 пациента с данным генотипом.

У 41 из 138 пациентов (29,7%) имелся генотип ТТ полиморфизма С3435Т гена MDR1. Из них у 26 пациентов отмечались побочные эффекты на антипсихотики. Данным пациентам не рекомендовалось повышать дозу ЛС выше средней терапевтической. Генотип СС при определении полиморфизма С3435Т гена MDR1 был выявлен у 38 (27,5%) из 138 генотипированных пациентов и ассоциировался с отсутствием эффекта на лечение ЛС-субстратами Р-гликопротеина. ФР являлись 25 пациентов с данным генотипом.

У 77 пациентов (62,6%) из 123 прогенотипированных имелся генотип GG (A2A2) полиморфизма гена ANKK1 Taq1. При этом данный генотип был выявлен у 40 (58,0%) из 70 пациентов, у которых имелись побочные эффекты в виде экстрапирамидной симптоматики в ответ на лечение антипсихотиками. Данным пациентам было рекомендовано применять преимущественно атипичные антипсихотики, клозапин, либо они дополнительно получали циклодол или мидантан.

Исследована связь генотипа GA (A1/A2) полиморфизма гена ANKK1 Taq1 с риском развития злокачественного нейролептического синдрома. Данный генотип был выявлен у 41 (33,3%) из 123.

Связь аллеля А (A1, генотип GA или AA) полиморфизма гена ANKK1 Taq1 с повышенной вероятностью набора веса при приеме антипсихотиков выявлена 46 (37,4%) из 123, из них избыточная масса тела отмечалась у 15 пациентов. Данный полиморфизм отсутствовал у 54 (63,5%) из 85 пациентов с нормальным индексом массы тела.

У 53 (77,9%) из 68 пациентов имелся полиморфизм гена HTR1A C-1019G (генотип GG или CG), ассоциированный с ФР. Данный генотип был выявлен у 37 (77,1%) из 48 ФР пациентов. Клинический эффект длительное время не мог быть достигнут, несмотря на многократную смену психотропных ЛС.

Полиморфизм Val158Met (G>A) гена COMT ассоциируется с риском развития нежелательных реакций и снижением ответа на антипсихотики. У 82,5% и 83,6% лиц с указанными особенностями ответа на лечение соответственно имелся данный полиморфизм.

Полиморфизмы (C>T, Val66Met) гена BDNF (генотип СС) и С957Т (генотип СС или СТ) гена рецептора DRD2 ассоциированы с риском набора веса при лечении антипсихотиками. У лиц с избыточной массой тела на фоне приема антипсихотиков полиморфизм (C>T, Val66Met) гена BDNF (генотип СС) имелся в 78,6% случаев, а полиморфизм С957Т (генотип СС или СТ) гена рецептора DRD2 – в 77,1%.

Выводы. Для рационализации терапии пациентов с ФР формами шизофрении или нежелательными реакциями на ЛС может быть рекомендовано проведение ФГ тестирования с целью выявления полиморфизмов генов CYP2D6, CYP2C19, CYP1A2 полиморфизма С3435Т гена MDR1, полиморфизмов генов молекул-мишеней лекарственных средств: HTR1A, DRD2, и функционально связанных с ними белков: ANKK1, COMT, BDNF. При этом для скрининговых исследований при прогнозировании неблагоприятного фармакологического ответа при шизофрении, предпочтение необходимо отдавать диагностическим панелям, содержащим специфичные генетические маркеры, такие как полиморфизмы CYP2D6*4, CYP2C19*2, CYP2C19*17, CYP1A2*1F, С3435Т MDR1, TaqI полиморфизм ANKK1 (генотип AA или GA), для которых рассчитанное значение специфичности превышало 61%.

ИММУННЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ТОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ ДО ЛЕЧЕНИЯ

Голыгина С.Е., Терешков П.П., Сахаров А.В.

ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России

Чита

IMMUNE CHECKPOINTS IN PATIENTS WITH FIRST EPISODE OF SCHIZOPHRENIA BEFORE TREATMENT

Golygina S.E., Tereshkov P.P., Sakharov A.V.

Из большого числа гипотез, причин и механизмов развития шизофрении, нейровоспаление считается одним из ключевых факторов, этот процесс зафиксирован на всем протяжении заболевания, независимо от формы течения и характера психопатологической симптоматики. Описаны сдвиги в гуморальной и клеточной системах иммунитета с активацией аутоиммунных механизмов, продукцией цитокинов и других провоспалительных пептидов, последующее повреждение гематоэнцефалического барьера, миграция иммунных клеток, хроническая активация микроглии, следствием чего является воспаление, нейродеструкция и нарушения нейротрансмиссии. При этом аутоиммунные механизмы, вызванные дисбалансом процессов иммунного ответа при шизофрении, нуждаются в дополнительном изучении.

В этой связи на современном этапе развития науки все большее внимание уделяется так называемым «иммунным контрольным точкам». Это система ингибиторных механизмов, которые регулируют активацию иммунного ответа, препятствуют запуску аутоиммунных процессов, а также моделируют их, уменьшая вызванные иммунными клетками повреждения конкретной мишени или набора мишеней.

Цель исследования: изучение показателей некоторых иммунных контрольных точек в плазме крови у больных с первым эпизодом параноидной шизофрении до назначения лечения.

Материал и методы. На базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» было обследовано 18 пациентов с диагнозом «Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года» (МКБ-10: F 20.09). Возраст обследуемых был в диапазоне от 18 до 40 лет (средний возраст равен $27,2 \pm 1,8$ лет). Контрольную группу составили 35 психически и соматически здоровых добровольцев. Исследуемые группы были полностью сопоставимы между собой по полу и возрасту.

Забор крови для проведения лабораторных исследований осуществлялся при поступлении пациентов в стационар до начала терапии. Лабораторная часть работы осуществлялась в лаборатории клинической и экспериментальной биохимии и иммунологии НИИ молекулярной медицины ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России.

Показатели 12 контрольных точек иммунного ответа в сыворотке крови оценивали методом проточной флюориметрии на проточном цитометре Cyto FLEX LX (Beckman Coulter, США) с использованием тест-системы «Human Immune Checkpoint Panel 1» (BioLegend, США) в соответствии с инструкцией фирмы-производителя. Определялись: sCD25 (IL-2Ra); 4-1BB; sCD27; B7.2; TGF- β 1; CTLA-4; PD-L1; PD-L2; PD-1; Tim-3; LAG-3; Galectin-9.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и пакета прикладных статистических программ «Statistica-12». Для сравнения двух независимых выборочных совокупностей применялся непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Различия считали достоверными при показателе $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Содержание в крови 4-1BB (CD-137), sCD-27, B7.2 (CD-86), FA TGF- β 1, CTLA-4 не отличалось между здоровыми лицами и пациентами с шизофренией.

Установлено, что при первом эпизоде шизофренического психоза присутствует повышение в крови относительно контрольных значений уровня sCD25 (IL-2Ra) в 1,4 раза ($p < 0,05$), PD-1 ($p = 0,0322$) и Galectin-9 ($p = 0,0090$) – в 1,2 раза, LAG-3 – в 1,1 раза ($p < 0,05$). PD-L2 оказался сниженным в 1,3 раза ($p = 0,0138$).

sCD25 (IL-2Ra) – α -рецептор интерлейкина-2 – цитокин, который играет критическую роль в пролиферации Т- и В-лимфоцитов и контроле иммунного гомеостаза. Содержание данного показателя в крови повышается при аутоиммунных заболеваниях. Поэтому повышение уровня sCD-25 у пациентов с шизофренией предполагает аутоиммунный характер воспаления при данном заболевании.

PD-1 и PD-L2 – рецептор и лиганд рецептора программируемой клеточной гибели-1 и 2 соответственно. Данные молекулы играют ключевую роль в иммунной толерантности. Представляют негативную контрольную точку иммунного ответа, которая приводит к функциональному ингибированию Т-клеток. Доставляют ингибирующие сигналы и выполняют жизненно важную иммунорегуляторную роль в активации Т-клеток и иммуноопосредованном повреждении тканей.

Galectin-9 – Галектин-9 – участвует во многих физиологических функциях: рост, дифференцировка, адгезия, взаимодействие и гибель клеток. Его уровень повышается при аутоиммунных заболеваниях, кроме того показатель играет существенную роль в нейропротекции и нейровоспалении.

LAG-3 – ген активации лимфоцитов-3 – представляет собой трансмембранный белок I типа, имеющий структурное сходство с CD4. Он является ингибирующим корецептором и играет важную роль в аутоиммунитете, противоопухолевом и противои инфекционном иммунитете.

Заключение. Полученные результаты демонстрируют значимые изменения содержания в плазме крови у пациентов с первым эпизодом шизофрении до назначения терапии многих показателей контрольных иммунных точек, что подтверждает весомую роль нейроиммунного воспаления, в том числе с вовлечением аутоиммунных механизмов с активацией микроглии при данном заболевании. Таким образом, полученные результаты указывают на значимость нейроиммунопатологических механизмов при дебюте шизофрении, точное значение которых требует дальнейшего и более углубленного изучения.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Гольдин Б.Г., Гольдина И.А.

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России

ФГБНУ «НИИ фундаментальной и клинической иммунологии»

Новосибирск

STRUCTURE FEATURES OF MOOD DISORDERS IN MULTIPLE SCLEROSIS PATIENTS

Goldin B.G., Goldina I.A.

Рассеянный склероз (РС), полиэтиологическое аутоиммунное заболевание нервной системы, сопровождающееся нейровоспалением, изменением уровня нейротрансмиттеров и приводящее к прогрессирующей неврологической дисфункции, в значительном количестве случаев ассоциировано с развитием коморбидной аффективной симптоматики, отягощающей состояние больного. Неуклонный рост заболеваемости РС с превалированием лиц молодого и среднего возраста, наблюдаемый в большинстве экономически развитых стран в последние

десятилетия, недостаточная эффективность терапии определяют актуальность поиска комплексных, патогенетически обусловленных методов лечения данного заболевания с учетом многогранности клинических проявлений. Вклад аффективной симптоматики в качество жизни больного РС часто остается недооцененным. Аффективные расстройства – депрессия, фобические тревожные расстройства, биполярное расстройство, отягощающие состояние больного, связаны со снижением приверженности к лечению, когнитивным дефицитом, повышенным риском суицида и снижением качества жизни. Высокий уровень тревоги ассоциирован с большей эмоциональной озабоченностью здоровьем, более высокой потребностью в социальной поддержке и меньшим использованием адаптивных копинг-стратегий при РС.

Целью настоящего исследования была сравнительная оценка частоты аффективных расстройств у больных с непрерывно-прогредиентным и ремиттирующим течением рассеянного склероза.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования были 90 больных РС, 37 мужчин в возрасте 38,0(31,0;47,0) лет и 53 женщины в возрасте 39,0(31,0;50,0) лет с установленным диагнозом рассеянного склероза (G35), удовлетворяющим критериям McDonald 2005, в модификации 2010 г., ремиттирующим (60 чел) или непрерывно-прогредиентным течением (30 чел), длительностью заболевания 17,0(14,0;18,0) лет.

Исследование проводилось в соответствии с Хельсинской Декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» и «Правилами надлежащей клинической практики» (Приказ МЗ РФ № 200н от 01.04.2016 г.).

Выраженность симптоматики аффективных расстройств определяли по шкалам депрессии М. Гамильтона и А.Т. Бека, методике оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина, а также в клиническом интервью.

Статистическую обработку данных проводили с использованием методов описательной статистики, сравнительного анализа, пакета программ «STATISTICA 10.0» (StatSoft, USA). Результаты представляли в виде медианы и интервала между 1 и 4 квартилями (Me (25%;75%)) и в процентах. Для оценки статистической значимости различий при анализе повторных наблюдений применялся критерий McNemar. Различия считали достоверными при значениях достигнутого уровня статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У больных с ремиттирующим течением РС фобические тревожные расстройства (F40) были выявлены в 40% случаев (24 больных), у 18 больных (75%) в форме социальной фобии (F40.1), у 6 (25%) – в форме агорафобии (F40.0). Диагноз рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) был установлен у 26 больных (43,3%), в 57,7% случаев – легкой степени ((9,0(7,0;10,0), 12,0(9,0;14,0) баллов по шкалам М. Гамильтона и А.Т. Бека, соответственно), в 30,7% – средней тяжести ((15,0(12,0; 16,0), и (21,0(19,0; 24,0) баллов по шкалам М. Гамильтона и А.Т. Бека, соответственно), в 11,5% – тяжелой степени ((21,0(19,0; 23,0;), 37,0(33,0; 44,0) баллов по шкалам М. Гамильтона и А.Т. Бека, соответственно). Среди больных с наличием аффективной симптоматики, у 12 (20%) больных РС фобические тревожные расстройства сочетались с симптоматикой РДР.

При непрерывно-прогредиентном течении РС фобические тревожные расстройства выявлялись в 46,7% случаев, в форме социальной фобии у 57,1% больных, в форме агорафобии у 50% пациентов. Наличие симптомов РДР наблюдалось в 93,3% (28 больных) случаев непрерывно-прогредиентного течения РС. В структуре аффективных расстройств преобладало РДР средней степени тяжести ((15,0(14,0; 17,0), и (22,0(20,0; 26,0) баллов по шкалам М. Гамильтона и А.Т. Бека,

соответственно), которое было диагностировано в 53,3% случаев (16 больных), и тяжелое ((20,0(19,0; 21,0); 39,0(33,0; 46,0) баллов по шкалам М. Гамильтона и А.Т. Бека, соответственно), установленное в 23,3% случаев (7 больных), тогда как РДР легкой степени наблюдалась в 20,0% (6 больных) исследованных случаев ((10,0(9,0;11,0), 14,0(12,0;17,0) баллов по шкалам М. Гамильтона и А.Т. Бека, соответственно). В группе больных с непрерывно-прогредиентным течением РС сочетание симптомокомплекса фобических тревожных расстройств и РДР наблюдалось в 33,3% исследованных случаев.

Таким образом, симптомокомплекс аффективных расстройств был выявлен у большинства больных РС. Фобические тревожные расстройства с одинаковой частотой встречались как в группе больных РС с ремиттирующим, так и непрерывно-прогредиентным течением заболевания ($p>0,05$). РДР являлось наиболее частым аффективным расстройством при РС. При этом непрерывно-прогредиентное течение РС характеризовалось значительно большей частотой выявления изолированного РДР ($p<0,05$), а также РДР в сочетании с фобическим тревожным расстройством, по сравнению с таковой при ремиттирующем течении. Наряду с более высокой частотой РДР, непрерывно-прогредиентное течение РС сопровождалось и большей тяжестью проявлений депрессивной симптоматики, по сравнению с ремиттирующим течением.

Известно, что при РС и аффективных расстройствах был выявлен ряд общих механизмов иммунопатогенеза, а также анатомических изменений в ЦНС. Так, при РДР определяются аутоантитела к рецепторам нейротрансмиттеров и глутамату, а также активация микроглии и периваскулярных макрофагов в паренхиме мозга, наряду с подавлением функции астроцитов. Описан синтез макрофагами и клетками микроглии провоспалительных цитокинов и хинолиновой кислоты, которые подавляют транспортеры аминокислот и астроглиальную глутаматсинтетазу, что сопровождается воспалением и гибелью клеток олигодендроглии. Под контролем Th1-ассоциированных цитокинов находится и метаболизм триптофана/кинуренина. Таким образом, при РДР наблюдается вялотекущее нейровоспаление, а цитокин-индуцированные изменения нейротрансмиссии, вероятно, обуславливают генерацию аффективной симптоматики. Низкоградиентное нейровоспаление является, как известно, и неотъемлемым звеном патогенеза РС. Более того, результатами радиологических исследований ЦНС при аффективных расстройствах установлен ряд анатомических изменений – атрофия серого вещества, аномалии белого вещества и мозолистого тела, то есть признаков, общих с таковыми при РС, что также может объяснить более частое возникновение аффективных синдромов при РС, чем в общей популяции.

Полученные нами данные обуславливают необходимость тщательной диагностики и своевременной коррекции симптоматики аффективных расстройств у больных рассеянным склерозом с целью улучшения качества жизни и увеличения комплаентности больных.

Заключение. Ремиттирующее и непрерывно-прогредиентное течение РС сопровождается развитием коморбидных аффективных расстройств в форме рекуррентного депрессивного расстройства и фобических тревожных расстройств. При этом непрерывно-прогредиентное течение РС, по сравнению с ремиттирующим, характеризовалось значительно большей частотой выявления изолированного РДР, а также РДР в сочетании с фобическим тревожным расстройством и большей тяжестью проявлений депрессивной симптоматики.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С АУТОИММУННЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ С АНТИТЕЛАМИ К NMDA РЕЦЕПТОРАМ

Гранкина И.В., Крахмалева О.Е., Иванова Т.И.

БУЗОО «КПБ им Н.Н. Солодников»

Омск

CLINICAL CASE OF ENCEPHALITIS TO NMDA RECEPTORS

Grankina I.V., Krahmaleva O.E., Ivanova T.I.

Актуальность: с момента открытия анти-NMDA рецепторного энцефалита опубликовано более 300 статей, описано более 500 клинических случаев. Достоверно судить о частоте этого заболевания сложно, однако периодические публикации о новых случаях позволяют предположить, что оно встречается гораздо чаще, чем предполагалось ранее. Особенно актуален данный вопрос в практике врача психиатра, так как клиническая картина аутоиммунного энцефалита с антителами к NMDA рецепторам имитирует острое психическое расстройство, что приводит к определенным диагностическим трудностям, и, к сожалению, достаточно частым летальным исходам.

Цель исследования: описание клинического случая энцефалита с антителами к NMDA рецепторам.

Материал исследования: история болезни пациентки 13-ти лет с аутоиммунным энцефалитом с антителами к NMDA рецепторам, выявленным в круглосуточном детском психиатрическом стационаре г. Омска.

Методы исследования: клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический, параклинический (лабораторный, инструментальный), клинический, метод анализа научной литературы.

Клиническое наблюдение: пациентка 13 лет, 17.09.2019 года была госпитализирована в детский круглосуточный психиатрический стационар Омской психиатрической больницы в порядке оказания неотложной помощи.

С жалобами на то, что ребенок не вступает в контакт, не пользуется речью, отказывается от еды и питья, совершает вычурные движения руками, застывает в различных позах.

Анамнез заболевания. Со слов матери известно, что в течение 14 дней до госпитализации у пациентки отмечалась физическая слабость, тревожность, тремор верхних конечностей, затем присоединился страх. Во время приема пищи дома впервые в жизни отмечалась серия из 3-х пароксизмальных судорожных состояний, в связи с чем, была госпитализирована в реанимационное отделение районной центральной больницы, где на протяжении трех суток проводилась противосудорожная, гормональная, дегидратационная терапия, в последующем переведена в неврологическое отделение детской областной больницы г. Омска, где находилась в течение последующих восьми дней. По результатам обследования патологии со стороны ЦНС не выявлено.

В динамике наблюдения в неврологическом отделении отмечалось изменение в поведении: постепенно перестала вступать в речевой контакт, стала совершать вычурные движения руками, могла подолгу застывать в различных позах, отказалась от еды и питья, появился тризм челюстей, поведением обнаруживала галлюцинации. В связи с изменившимся психическим состоянием пациентка была переведена из неврологического отделения в детский круглосуточный стационар психиатрической больницы города Омска.

При поступлении формально была в сознании, но продуктивному контакту не доступна, на вопросы не отвечала, речевые инструкции не выполняла, при попытке изменить положение тела, сохраняла приданную телу позу, «застывала», совершала

круговые движения языком в полости рта при крепко сомкнутой челюсти. Данное состояние было расценено как аменция неясной этиологии. В связи с тяжестью состояния: помрачением сознания, отсутствием самостоятельного глотательного рефлекса, физиологического выделения мочи, пациентка была переведена для дальнейшего лечения в реанимационное отделение психиатрической больницы, где находилась последующие семь дней. Кормление пациентки осуществлялось энтерально через назогастральный зонд. В лечении назначалась инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами, антибактериальная терапия, ноотропная терапия мексидолом, с целью седации назначался раствор реланиума 10мг/с. В динамике наблюдения в реанимационном отделении состояние пациентки оставалось тяжелым, продуктивному контакту практически была не доступна, помрачение сознания оценивалось как аментивное, коротко фиксировала взгляд на обращенную к ней речь, складывалось впечатление о наличии обильной галлюцинаторной симптоматики. В общеклинических и биохимических показателях крови и мочи, отмечался значительный лейкоцитоз, повышение СОЭ. В анализах мочи гематурия, протеинурия, аморфные фосфаты, отмечалась тахикардия до 140 уд. в мин., повышение артериального давления крови до 140/90 мм.рт.ст. На 8-ой день пребывания в отделении реанимации наметилась слабopоложительная динамика в психическом состоянии в виде доступности кратковременному продуктивному контакту, короткой реакции на обращенную речь в виде фиксации взора, пациентка была переведена в детский круглосуточный психиатрический стационар общего типа. В динамике наблюдения в течение последующих 7-ми дней состояние пациентки оставалось тяжелым, питание по-прежнему осуществлялось через назогастральный зонд, самостоятельно не удерживала мочеиспускание и дефекацию.

На 13-е сутки пребывания с учетом психического состояния пациентки, определяющегося обильной галлюцинаторной симптоматикой, сопровождающейся приступами психомоторного возбуждения в лечении, был назначен раствор галоперидола в каплях 0.2% 1 мг в сутки, после чего психическое состояние резко ухудшилось, пациентка перестала вступать в продуктивный контакт, не реагировала на обращенную речь, не открывала глаза, выросла степень угнетения сознания, периодически совершала стереотипные хаотичные движения в постели. В динамике наблюдения, с учетом резкого ухудшения психического состояния, в ответ на нейролептическую терапию, назначенную с целью купирования психотической симптоматики, возникала необходимость дифференцировать этиологию психотического состояния, а именно исключить соматическую патологию аутоиммунного генеза.

На 14-е сутки была переведена в неврологическое отделение Областной Клинической больницы города Омска. Из психиатрического детского отделения пациентка была выписана с диагнозом: Острое шизофреноподобное расстройство (симптоматическое), необходимо исключить, аутоиммунный энцефалит. Достоверно известно, что на 10 сутки по результатам исследования цереброспинальной жидкости и крови на титр антител к NMDA рецепторам у пациентки был подтвержден ДЗ: Аутоиммунный энцефалит к NMDA рецепторам, назначена гормональная терапия, плазмаферез, высокодозные иммуноглобулины. На фоне данной терапии с первых суток отмечалось купирование психотической симптоматики. В динамике наблюдения за психическим состоянием пациентки отмечался выход в выраженный когнитивный дефицит с нарушением праксиса и гнозиса.

Выводы: в представленном нами наблюдении заболевание проявлялось быстро развивающимися сочетанными психотическими симптомами, когнитивными и

поведенческими нарушениями с последующим присоединением двигательных нарушений в виде дискинезии, стереотипии, кататонии, выраженных вегетативных нарушений, что является не типичным для дебюта эндогенного заболевания в детском возрасте. Обращает на себя внимание ухудшение соматического состояния пациентки и отсутствие положительной динамики в психическом состоянии на фоне проводимой нейролептической терапии, что привело к необходимости врачей-психиатров предположить и исключить соматическую патологию аутоиммунного генеза. В заключении следует подчеркнуть, что своевременная диагностика аутоиммунного энцефалита требует настороженности врачей всех специальностей, прежде всего неврологов, психиатров, реаниматологов, которые могут столкнуться с этим заболеванием, особенно у детей и подростков, учитывая, что в дебюте достаточно сложно дифференцировать его от других вирусных, инфекционных и психических заболеваний, несвоевременная диагностика аутоиммунного энцефалита может привести к тяжелым прогностическим последствиям.

КЛИНИКО-ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ И ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМ ТИПАМИ ТРЕВОГИ В ПРОЦЕССЕ АНКСИОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Григорова О.В.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Москва

*CLINICAL AND PSYCHOPHYSIOLOGICAL FEATURES OF NEURODYNAMIC
PROCESSES IN PATIENTS WITH GENERALIZED AND PAROXYSMAL TYPES OF
ANXIETY DURING ANXIOLYTIC THERAPY*

Grigороva O.V.

Актуальность: универсальный характер и высокая степень распространенности тревожных расстройств среди различных групп и популяций людей во всем мире обуславливает высокий интерес к изучению проблемы тревожных состояний. Высокая коморбидность генерализованной тревоги с паническими атаками долгое время давала повод рассматривать эти состояния в рамках единого тревожного невроза. В настоящее время эти психопатологические состояния принципиально дифференцируются, что находит отражение в последних версиях МКБ и DSM. Изучение нейродинамических характеристик нервной системы (сила, подвижность, динамичность и лабильность процессов возбуждения и торможения) пациентов с разными типами тревоги может быть полезным в поиске патогенетически обоснованных методов терапии.

Цель исследования: клиническое и психофизиологическое изучение особенностей нейродинамических процессов у больных генерализованным и пароксизмальными типами тревоги в процессе анксиолитической терапии.

Материалы и методы: в Отделе пограничной психиатрии ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» проведен сравнительный анализ данных 51 пациента с целью выявить клинические и психофизиологические особенности пациентов с различными типами тревоги в процессе анксиолитической терапии альпразоламом. Включались больные с генерализованным тревожным расстройством (ГТР) и паническим расстройством (ПР) (по МКБ-10) в возрасте от 18 до 60 лет, с уровнем тревоги по Шкале Гамильтона (НАМ-А) не менее 18-ти баллов. Все пациенты получали в течение 21 дня монотерапию альпразоламом. Суточная доза альпразолама составляла 1-3 мг. Изучение проводилось в двух группах, одну из которых (1 группа) составили больные с ГТР, другую (2 группа) – пациенты, у которых выявлено

паническое расстройство. Были использованы клинико-психопатологический, психометрический (шкала для оценки тревоги Гамильтона (НАМ-А) и психофизиологический методы. Состояние больных оценивалось по шкале тревоги Гамильтона (НАМ-А) до начала лечения (фоновые значения, уровень тревоги в группе составил, в среднем, 29,69 балла) и после назначения анксиолитика еженедельно (7-й, 14-й, 21-й дни терапии). Психофизиологическое исследование также проводилось трижды: перед началом терапии (фоновые характеристики), после приема первой дозы анксиолитика (эффект первой дозы препарата) и по завершении трех недель терапии (эффект курсовой дозы препарата), и заключалось в динамической оценке характеристик сенсомоторной активности (латентного и моторного времени простых и дифференцированных зрительно-моторных реакций); функциональной лабильности зрительного анализатора (критическая частота различия слияния мельканий световых частиц); краткосрочной и оперативной памяти (объем, продуктивность и время слеодообразования при выполнении тестов «Память на числа» и «Арифметические вычисления»); внимания (объем, концентрация, распределение и переключение при выполнении теста «Корректирующая проба с кольцами Ландольта»). Исследование проводилось на базе компьютеризированной психофизиологической системы КПФК-99.

Результаты и их обсуждение. При анализе групп выявлена более выраженная интенсивность тревожных переживаний в 1 группе (30 баллов по шкале НАМ-А vs 26,67 баллов во 2 группе). Пациенты разных групп по-разному реагировали на терапию. Так, показатель редукции тревожной симптоматики после 4 недель терапии альпразоламом у больных с ГТР был выше на 11%, чем у больных с ПР (75,8%, vs 64,8%). Фоновые показатели ПЗМР в группе ГТР были выше, чем в группе ПР (226,4286 мс vs 203,4444 мс) и в большей степени отличались от среднепопуляционной нормы (в среднем 195 мс). Анализ данных психофизиологического исследования выявил закономерности в динамике ПЗМР на фоне приема однократной и курсовой дозы анксиолитика в исследуемых группах: время простой зрительно-моторной реакции (ПЗМР) у больных с генерализованным типом тревоги (ГТР) увеличивалось после приема первой дозы (236,7143 мс) по сравнению с фоновым значением (226,4286 мс), и снижалось к концу третьей недели терапии (219,6429 мс), в то же время у пациентов с пароксизмальным типом тревоги (ПР) оно возрастало при приеме первой дозы препарата (214,1111 мс) и этот эффект сохранялся к концу курса терапии (216,1111 мс), что говорит об последовательной активации процессов торможения нервной системы у пациентов с ПР и отсутствии этого эффекта на фоне приема препарата у больных ГТР. Что касается фоновых характеристик функциональной подвижности зрительного анализатора, то у пациентов с генерализованной тревогой частота слияния мельканий световых частиц совпадала со среднепопуляционным значением (36 Гц). На фоне приема алпразолама у этих больных отмечалось заметное последовательное сокращение критической частоты слияния мельканий световых частиц с 36 Гц (фон) до 31,8 Гц после приема первой дозы препарата и до 30,63333 Гц концу исследуемого периода терапии. У пациентов с паническим расстройством фоновые характеристики функциональной подвижности зрительного анализатора были ниже среднепопуляционных и оставались таковыми в процессе анксиолитической терапии – динамика данного показателя была незначительной (30,93333 Гц – 29,94444 Гц – 28,46667 Гц), что опосредованно говорит о тенденции к дисбалансу процессов торможения и возбуждения ЦНС. Фоновые показатели объема краткосрочной памяти больных обеих групп несколько ниже нормы (5,07 Ед – ГТР, 5,11 Ед – ПР, 6,2 Ед – норма). На фоне приема анксиолитика у пациентов с генерализованной тревогой объем краткосрочной памяти несколько увеличивается

(5,07 Ед – 5,21 Ед – 5,5 Ед), а у пациентов с пароксизмальным типом тревоги выявлена негативная динамика этого показателя на фоне приема 1 дозы препарата с приближением к изначальным значениям в конце курса терапии (5,1 Ед – фон, 4,4 Ед – первая доза препарата, 5 Ед – курсовая терапия). Относительно продуктивности краткосрочной памяти, определяется ее снижение у пациентов с ГТР в процессе терапии (4,2 Ед – 3,4 Ед, 3,6 Ед), что говорит об активации процессов торможения. У больных с ПР на фоне приема первой дозы препарата также происходит снижение продуктивности краткосрочной памяти с последующим увеличением этого показателя к концу курса лечения (4,2 Ед – 3,1 Ед – 4,4 Ед). В обеих группах при лечении анксиолитиком, показатели объема оперативной памяти претерпевают некоторое снижение после приема первой дозы препарата и практически возвращаются к исходному значению в конце терапии (97,714%-95,714%-97,143% в 1 группе, 98,889%-95,33-98,444% во второй). При исследовании функции концентрации внимания (количество ошибок) в 1 группе выявлено ухудшение этого показателя в процессе терапии (0,79 Ед-0,58 Ед-1.0 Ед), тогда как во 2 группе количество ошибок возрастало лишь после приема первой дозы алпразолама (с 0,45 Ед до 0,93 Ед) и приближалось к исходному значению в конце исследуемого периода терапии (0,58 Ед). Таким образом, анализ данных групп пациентов с ГТР и ПР, выявил более высокий фоновый уровень тревоги у пациентов с ГТР. Фоновые показатели объема краткосрочной памяти больных обеих групп несколько ниже нормы. Фоновые показатели ПЗМР у пациентов с ГТР выше, чем у больных с ПР и в большей степени отличаются от среднепопуляционной нормы, что говорит о состоянии изначально большей активации нервной системы у этих пациентов. Фоновые характеристики функциональной подвижности зрительного анализатора у пациентов с паническим расстройством ниже среднепопуляционных и не подвергаются выраженной динамике в процессе анксиолитической терапии, что опосредованно говорит о тенденции к дисбалансу процессов торможения и возбуждения ЦНС. При этом в группе ПР более отчетливо заметны процессы торможения ЦНС на фоне приема препарата, что выражается в увеличении времени ПЗМР, снижении объема краткосрочной памяти. При этом увеличение показателей объема краткосрочной памяти в процессе терапии у пациентов с ГТР может быть показателем лучшей способности к обучаемости этих пациентов, более высоких по сравнению с ПР адаптивных способностях, лучшей переносимости анксиолитического препарата.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ Г. МИНСКА (БЕЛАРУСЬ)

Давидовский С.В., Игумнов С.А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»;

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Минск, Москва

*FEATURES OF SELF-HARMING AND SUICIDAL BEHAVIOR AMONG RESIDENTS OF
MINSK CITY (BELARUS)*

Davidouski S.V., Igumnov S.A.

Актуальность. В настоящее время выявлено несколько факторов биологического риска, обуславливающих суицидальное и несуйцидальное самоповреждающее поведение, что показывает необходимость дифференцировать их из общего количества состояний, характеризующихся как «суицидальные попытки».

Цель работы: установить наличие различий между несуйцидальным самоповреждающим и истинным суйцидальным поведением (с наличием жизнеопасных суйцидальных действий).

Материалы и методы. Исследование, проведенное в рамках НИР «Изучить молекулярно-генетические предикторы суйцидального поведения с целью разработки диагностических критериев повышенного риска суйцида» (Государственная программа научных исследований Республики Беларусь «Фундаментальные и прикладные науки – медицине») при научно-методическом содействии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России выявило наличие социально-психологических, биохимических и генетических факторов, позволяющих разграничивать различные формы самоповреждающего и суйцидального поведения и прогнозировать их исход. Исследование включало проспективное изучение особенностей суйцидального/парасуйцидального поведения жителей города Минска (на 1 января 2023 г. численность населения Минска составила 2 020 133 человека) с анализом данных о 14 929 случаях самоповреждающего поведения и 2293 случаях жизнеопасных суйцидальных действий, с установлением преобладающих способов самоповреждения, а также социально-демографических особенностей.

Результаты. В ходе проводимого исследования зафиксировано, что в группе лиц с несуйцидальным самоповреждающим поведением наблюдалось повышение уровня содержания кортикотропного рилизинг-фактора (далее – КТРГ) и снижение уровня адренотропного гормона (далее – АКТГ) и кортизола по сравнению с контролем в отличие от лиц, совершивших жизнеопасные суйцидальные действия. В группе лиц, совершивших жизнеопасные суйцидальные действия, наоборот, отмечалось снижение уровня КТРГ и одновременное повышение АКТГ и кортизола. Частота встречаемости аллеля С гена HTR1A у мужчин группы лиц, совершивших жизнеопасные суйцидальные действия, была достоверно выше, чем частота встречаемости данного аллеля у лиц мужского пола, совершивших несуйцидальные самоповреждения различного типа ($p=0,04$).

Заключение. Исследование выявило наличие социально-психологических, биохимических и генетических факторов, позволяющих разграничивать различные формы самоповреждающего и суйцидального поведения и прогнозировать их исход.

ИЗМЕНЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЙ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ

Демидова Л.Ю., Староверов И.И., Самылкин Д.В., Никитский И.С.,

Ткаченко А.А.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Москва

CHANGES OF THE INDIVIDUAL PARAMETERS OF OCULOMOTOR ACTIVITY DURING DECISION-MAKING IN NORMAL AND PATHOLOGICAL CONDITIONS

Demidova L.Y., Staroverov I.I., Samylkin D.V., Nikitskiy I.S., Tkachenko A.A.

Визуальное изучение изображений определяется не только сенсорными характеристиками стимула, но и особенностями самого испытуемого. Показано, что в глазодвигательной активности, с одной стороны, обнаруживается индивидуальная изменчивость, с другой, выявляется высокая согласованность пространственно-временных паттернов движений глаз при выполнении разных задач. Пространственно-временные характеристики глазодвигательной активности отражают внутреннюю (эндогенную) динамику субъекта, лишь отчасти зависящую

от предъявляемого визуального содержания и проявляющуюся даже при рассматривании пустого экрана. Пространственно-временные характеристики движений глаз связываются с индивидуальными когнитивными стилями, личностными чертами и даже генетическими влияниями.

Показано, что пространственно-временные характеристики психофизиологической активности связаны с особенностями самосознания и обработки информации, а также подвержены изменениям при психопатологии, которая сказывается на способности субъекта синхронизироваться с пространственно-временными характеристиками среды. Так депрессивные расстройства сопряжены с уменьшением вариабельности амплитуды нейрональной активности во времени, а в случае шизофрении обнаруживается низкая изменчивость нейрональной активности при переходе от состояния покоя к выполнению задачи.

Нами было высказано предположение, что пространственно-временные характеристики окуломоторной активности и их изменение при переходе от состояния покоя к выполнению задач схожи с теми, которые наблюдаются при анализе физиологической активности в исследованиях, проведенных с помощью ЭЭГ и фМРТ.

В рамках психофизиологического эксперимента с применением системы дистанционного бинокулярного трекинга глаз, способной производить запись глазодвигательной активности с частотой 500 Гц, испытуемые группы сопоставления и испытуемые с расстройствами шизофренического спектра рассматривали пустой экран в состоянии покоя (для оценки индивидуальных характеристик глазодвигательной активности субъекта без взаимодействия с какими-либо стимулами внешней среды), а затем выполняли ряд заданий, связанных с принятием решений различной степени сложности: тест с антисаккадами, подразумевающий обработку элементарного стимула (точки); задачу на распознавание эмоций, предполагающую обработку сложных стимулов (человеческих лиц); решали моральную дилемму в субъективно сложных и простых ситуациях.

В текущий анализ были включены 25 испытуемых. Из них 14 человек – обвиняемые в совершении противоправных действий. У всех из них были диагностированы расстройства шизофренического спектра: параноидная шизофрения (8 человек), шизотипическое расстройство (5 человек), бедная симптомами шизофрения (1 человек). Остальные испытуемые не имели установленных психических расстройств и составили контрольную группу.

Из необработанных (сырых) данных глазодвигательной активности удалялись артефакты записи, связанные, вероятно, с движениями самого испытуемого, когда диаметр зрачка не просто не был зафиксирован (что происходит, например, в случае моргания), но был оценен некорректно и квалифицировался как 0 мм, а координаты местоположения взгляда фиксировались как (0; 0). После удаления артефактов из записанных данных глазодвигательной активности для каждого из заданий в отдельности была рассчитана средняя скорость движения глаз испытуемых обеих групп, измеренная в рх/мс.

При сравнении с помощью критерия Манна-Уитни средних показателей скорости в каждом из заданий между двумя группами испытуемых не было обнаружено значимых различий. Для состояния покоя значения критерия и уровень значимости составили, соответственно, $U = 63$ и $p = 0,443$, для теста с антисаккадами $U = 75$ и $p = 0,913$, для теста на распознавание эмоций $U = 77$ и $p = 1,000$, для решения моральных дилемм $U = 56$ и $p = 0,768$. Этот результат говорит о том, что в среднем скорость саккадической активности у испытуемых с расстройствами шизофренического спектра не отличается от нормальной, то есть сами по себе пространственно-

временные характеристики скорости, вероятно, не обладают дифференциально-диагностической ценностью.

Однако были обнаружены различия при анализе изменений в скорости глазодвигательной активности при переходе от состояния покоя к выполнению заданий в каждой из групп.

Скорость саккадических движений у испытуемых с расстройствами шизофренического спектра менее синхронизирована в сравнении с контрольной группой, поскольку связи между показателями в состоянии покоя и при выполнении заданий в группе больных оказались гораздо слабее. Значения коэффициентов корреляции Спирмена между показателями скорости в состоянии покоя и при выполнении теста с антисаккадами, задачи на распознавание эмоций, решении моральной дилеммы составили, соответственно: $r = 0,596$ ($p = 0,025$), $r = 0,191$ ($p = 0,513$) и $r = 0,473$ ($p = 0,142$). Аналогичные показатели в группе сопоставления составили, соответственно: $r = 0,709$ ($p = 0,015$), $r = 0,509$ ($p = 0,110$) и $r = 0,782$ ($p = 0,004$). Иными словами, те испытуемые группы сопоставления, кто и в состоянии покоя характеризовался более быстрыми движениями глаз, при выполнении заданий также чаще оказывались более быстрыми. В то же время переход к заданиям у некоторых испытуемых с расстройствами шизофренического спектра сопровождается кардинальным изменением скорости саккадических движений (те испытуемые, которые в состоянии покоя характеризовались более быстрыми движениями глаз, при выполнении заданий становились замедленными, и наоборот), что потенциально может быть свидетельством большей сложности этой задачи для некоторых больных.

Кроме того, показатели скорости испытуемых с расстройствами шизофренического спектра при выполнении заданий практически не отличаются от их же показателей в состоянии покоя. В этой группе значения критерия Уилкоксона для показателей скорости в состоянии покоя и при выполнении теста с антисаккадами, задачи на распознавание эмоций, решении моральной дилеммы составили, соответственно: $Z = -0,408$ ($p = 0,683$), $Z = -0,722$ ($p = 0,470$) и $Z = -1,334$ ($p = 0,182$). Аналогичные показатели для контрольной группы составили, соответственно: $Z = -1,956$ ($p = 0,050$), $Z = -1,778$ ($p = 0,075$) и $Z = -2,845$ ($p = 0,004$), то есть значимо различаются или различаются на уровне тенденций. Таким образом, испытуемые группы сопоставления не просто сохраняют общий стиль своей глазодвигательной активности («быстрые» остаются «быстрыми»), но появление стимула приводит их к более активному анализу среды, чего нельзя сказать про испытуемых с расстройствами шизофренического спектра. То есть, если в группе сопоставления при выполнении заданий и «быстрые» и «медленные» испытуемые ускорились или не изменили скорость, то больные с расстройствами шизофренического спектра при взаимодействии со стимулами внешней среды существенно меняют свою стратегию («быстрые» замедляются, «медленные» ускоряются), за счет чего снижается сила связи между показателями скорости при формальном сохранении значений скорости по группе.

Таким образом, представленные данные показывают, что у пациентов с расстройствами шизофренического спектра наблюдается диссонанс стратегий глазодвигательной активности в состоянии покоя (отражающего обращенность к собственному «Я») и при анализе средовых стимулов (моделирующих познание окружающего).

ДОДЕМЕНТНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА КАК ПРЕДИКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕЛИРИЯ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Дик К.П., Мельник А.А.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Екатеринбург

MILD COGNITIVE IMPAIRMENT AS PREDICTOR OF POSTOPERATIVE DELIRIUM IN OLDER PATIENTS

Dik K.P., Melnik A.A.

Цель исследования: на основе анализа научной литературы определить роль додементных когнитивных нарушений в патогенезе послеоперационного делирия у пациентов старшего возраста. Материалы и методы: проведение аналитического обзора научных публикаций, в которых отражаются поставленные вопросы и представлены доказанные результаты исследований, посвященных вопросам патогенеза, частоты развития и факторов риска послеоперационного делирия у лиц старших возрастных групп, связи развития данного состояния с предшествующим ухудшением когнитивных функций, не достигающим степени деменции. Результаты и обсуждение: известно, что наиболее распространенными заболеваниями у лиц старших возрастных групп являются когнитивные и сердечно-сосудистые, часто выступающие как коморбидные. По сравнению с молодыми пациентами, люди старше 60 лет имеют более высокий риск развития неблагоприятных послеоперационных исходов. Несмотря на прогресс в хирургических методах за последние десятилетия, частота делирия после кардиохирургии остается между 26 и 52%. Послеоперационный делирий (ПОД) является распространенным расстройством у пожилых людей, которое связано с более высокой смертностью, длительными послеоперационными когнитивными нарушениями, увеличением стоимости лечения пациентов и продолжительности госпитализации, социальной и бытовой дезадаптацией. Увеличение числа лиц пожилого возраста и возрастающая потребность в их хирургическом лечении приводят к росту числа пациентов с послеоперационным делирием, который оказывает значимое негативное влияние на течение восстановительных процессов и прогноз для жизни. Делирий является показателем качества медицинской помощи у пожилых людей, и поэтому профилактика делирия является важным параметром безопасности пациентов. Знание о том, как определять и диагностировать делирий, распознавать факторы риска послеоперационного делирия имеет большое значение для соответствующей корректировки планов ухода. Послеоперационный делирий - острое расстройство сознания, возникшее в течение 5 суток после операционного вмешательства, хирургических манипуляций, или с интервалом несколько дней после промежутка ясного сознания. Согласно определению CAM-ICU (The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit), послеоперационный делирий характеризуется четырьмя признаками: 1) острое начало или волнообразное течение; 2) нарушение внимания (пациенту трудно сосредоточиться); 3) дезорганизация мышления (пациент легко отвлекается или теряет нить разговора при общении); 4) изменение уровня сознания (гиперактивность, летаргия или сонливость, ступор или кома). Для установления диагноза необходимо наличие 1-го и 2-го признаков и дополнительно либо 3-го, либо 4-го признака. Патогенез делирия включает в себя взаимодействие множества факторов, и в настоящее время продолжается проведение исследований, дополняющих патофизиологическую картину данного состояния. Было предложено множество механизмов дисфункции, включая опосредованное воспалением повреждение нейронов и измененную перфузию головного мозга, эндотелиальную

дисфункцию, приводящую к увеличению проницаемости гематоэнцефалического барьера, снижению холинергической активности, изменению баланса нейротрансмиттеров и др. Считается также, что делирий является результатом острого стресса на «уязвимом» теле и мозге. Существует множество факторов риска, приводящих к развитию ПОД. Результаты международных исследований подтверждено, что дооперационные когнитивные расстройства (деменция, «легкое/мягкое/умеренное когнитивное нарушение/снижение» – Mild Cognitive Impairment (MCI)) существенно повышают риск развития ПОД. Предшествующее операции снижение когнитивной функции (низкий балл MMSE), высокий уровень креатинина являются ожидаемыми факторами риска развития ПОД. Тем не менее, более мягкие степени когнитивных нарушений, чем традиционный порог балла MMSE ≤ 23 , также значительно увеличивают риск ПОД. В исследовании, проведенном Kazmierski J. с соавторами, MCI был диагностирован у 24,8% пациентов, тогда как частота делирия составила 36%, а многомерный анализ показал, что лица с MCI подвергались значительно более высокому риску послеоперационного делирия. Согласно данным Robbert C. Bakker и соавторов, пожилые пациенты с показателем MMSE 27 или ниже демонстрируют повышенный риск развития делирия. По мнению D. Litaker с соавторами, факторами риска ПОД являются предоперационное использование наркотических средств или бензодиазепинов, ПОД в анамнезе, злоупотребление алкоголем, а также возраст больных более 70 лет и существующие когнитивные нарушения. В исследовании Danielle Greaves с соавторами было показано, что умеренными и большими и статистически значимыми факторами риска делирия являются предоперационные когнитивные нарушения, депрессия, инсульт в анамнезе, более высокий балл Европейской системы оценки кардиооперационного риска (EuroSCORE), интраоперационное увеличение времени интубации и послеоперационное наличие экстрасистолии и увеличение дней в отделении интенсивной терапии. Более высокие предоперационные когнитивные функции профилактировали возникновение делирия после операции. Выводы: таким образом, пациенты с признаками патологического старения головного мозга, клинически проявленного синдромом мягкого когнитивного снижения (MCI), составляют группу повышенного риска развития послеоперационного делирия, как осложнения кардиохирургического вмешательства.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА У СТУДЕНТОВ

Дмитриев М.Н., Худина Ю.С., Дмитриева Н.С.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

ЛДЦ «Авиценна»

Ростов-на-Дону

*FEATURES OF COMORBIDITY OF MANIFESTATIONS OF ATTENTION DEFICIT
HYPERACTIVITY DISORDER WITH AFFECTIVE DISORDERS OF THE BIPOLAR
SPECTRUM IN STUDENTS*

Dmitriev M.N., Khudina Yu.S., Dmitrieva N.S.

За последнее десятилетие с высокой частотой (до 50%) признаки синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) могут сохраняться в старших возрастных группах, достигая 2-4% взрослых. Поскольку изначально диагноз СДВГ вставляется в основном в детском возрасте, то такими пациентами чаще всего в нашей стране занимаются детские неврологи. Часто в поле зрения исследователей

попадают психовегетативные и поведенческие нарушения, в виде тревожных и депрессивных переживаний различной глубины, злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, суицидальных рисков. В силу значимой субъективной тяжести этих переживаний и очевидности таких проявлений они являются мотивом обращения за специализированной медицинской помощью. Имеется склонность рассматривать различные аффективные и вегетативные феномены (плаксивость, пониженная самооценка, тревога, функциональные головные боли, нарушения сна) как проявления именно гиперкинетических расстройств. С нашей точки зрения подобные психосоматические нарушения являются стартовыми продромальными симптомами синдромально незавершенных либо стертых аффективных эпизодов, которые с большой долей вероятности, в силу закономерностей синдромокинеза и синдромотаксиса аутохтонных (первичных, по МКБ-11) психических расстройств, трансформируются в очерченные эпизоды расстройств чаще биполярного спектра уже в раннем взрослом возрасте.

Существует значительный недоучет частоты расстройств биполярного спектра у молодежи, которые могут маскироваться нарушениями пищевого, полового поведения, соматическими масками, тревожными расстройствами. Стала признанной точка зрения о взаимосвязи проявлений СДВГ и расстройств биполярного спектра, даже у молодежи без четких диагностических критериев биполярного расстройства (БР). Существует гетерогенность показателей коморбидности этих расстройств, что может быть частично объяснено диагностической системой, размером выборки и географическим положением и этно-культуральными особенностями. Частота коморбидности СДВГ и БР колеблется от 5 до 47%, а проведенный метаанализ 2020г (Schiweck C. et al., 2021) установил, что у 7,95 % взрослых с СДВГ также диагностировано БР, а у 17,11 % взрослых с БД был выявлен СДВГ. По данным Pinna M. et al. (2019) есть разница этого показателя в гендерной выборке и клинических вариантах аффективной патологии. Так СДВГ был обнаружен у 25% испытуемых с БР, чаще среди мужчин и с БР I типа.

У коморбидных пациентов гораздо чаще, чем в популяции, встречаются семейные проблемы, антисоциальное поведение, склонность к злоупотреблению алкоголем и химическая зависимость, суицидальные попытки.

Сложности диагностики коморбидной патологии обусловили важность продолжения изучения данной проблемы. Далее приводим некоторые обобщенные данные собственных исследований, проведенных в 2016-2020гг. Для уточнения особенностей связи аффективных и гиперкинетических расстройств было проведено выборочное исследование 140 студентов Ростовского государственного медицинского университета и Южного Федерального Университета. В выборку вошло 82 женщины и 58 мужчин в возрасте от 19 до 25 лет. Поведенческие нарушения выявляли по стандартизированному тест-опроснику ASRS-v1.1 для оценки СДВГ у взрослых. Спектр аффективной патологии оценивали по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и оценочной шкале мании Янга (YMRS), риск формирования БР анализировали с помощью диагностического опросника гипомании (HCL-32). Диагностически значимые признаки разных кластеров СДВГ различных степеней выраженности выявили подавляющего большинства испытуемых - 72 % от общего количества выборки, что значительно превышает частоту СДВГ у взрослых по данным литературы. Частота встречаемости признаков СДВГ у юношей составляла 78%, у девушек - 68%. Частота возникновения списка симптомов из части А опросника была выявлена у 65% исследуемых. При этом уровень юношей в гендерной выборке находился в пределах 71%, девушек оказалось 61%. Преобладающее количество ответов по списку симптомов из части В

опросника имели 7 % исследуемых. Количественный уровень юношей и девушек не имел значимых различий (по 7% в каждой гендерной выборке).

По шкале HADS тревога была обнаружена у 24% испытуемых. Частота ее встречаемости у девушек в сравнении с юношами была превышена более чем в 7 раз (5% случаев в выборке юношей и 38% – в выборке девушек). Депрессия как отдельный психопатологический феномен была выявлена у 9% испытуемых. Количество юношей и девушек при анализе гендерных выборок различилось незначительно (юноши составили 7% случаев, девушки – 11%). Сочетание признаков тревоги и депрессии выявлялось у 15% испытуемых, при этом по гендерной пропорции юноши преобладали над девушками практически вдвое (26,5% случаев у юношей, 12,5% – у девушек).

По YMRS диагностически значимый уровень гипомании был обнаружен практически у четверти выборки – 26% случаев. В гендерных выборках разница была выражена незначительно (22% случаев выявлено у юношей, 28% – у девушек). Мания была выявлена у 3% респондентов. В гендерных выборках говорить о зависимости не представляется возможным за счет малых цифр встречаемости показателя в выборке (юноши – 2%, девушки – 4%).

Диагностически значимый уровень гипомании по шкале HCL-32 обнаружен у 34% студентов. Частота респондеров по этому показателю была одинаковой, в обоих полах – по 34%.

Коморбидность диагностических критериев: СДВГ + гипомании (YMRS) + тревоги выявлена у 14 испытуемых (10%), из них 12 девушек и 2 юноши (15% и 3% от гендерных групп); СДВГ + гипомании (YMRS) + депрессии выявлена у 1 испытуемого юноши (1% от общего количества, 2% от гендерной выборки). Сочетание СДВГ + гипомании (YMRS) + тревоги + депрессии выявлены у 13 испытуемых (9%), из них 5 девушек (6%) и 8 юношей (14%).

Коморбидность диагностических критериев: СДВГ + гипомании (HCL-32) + тревоги выявлена у 18 испытуемых (13%), из них 15 девушек и 3 юноши (18% и 5% от гендерных групп); СДВГ + гипомании (HCL-32) + депрессии выявлена у 3 испытуемых: 1 юноша и 2 девушки (2% от общего количества; по 2% от гендерных выборок). Сочетание СДВГ + гипомании (HCL-32) + тревоги + депрессии выявлена у 18 испытуемых (13%), из них 12 девушек (15%) и 6 юношей (10%).

Таким образом, полученные результаты подтвердили высокий уровень аффективных расстройств у студентов, который превышает общепопуляционные показатели, что согласуется с более поздними данными. Достаточно высокая частота коморбидности не просто аффективных нарушений, а расстройств биполярного спектра и СДВГ можно объяснить как перекрываемостью отдельных диагностических признаков в психометрических шкалах, так и реально высоким уровнем этой патологии у современных учащихся ВУЗов.

ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА ПО ДАННЫМ АФФЕКТИВНОГО СТРУП-ТЕСТА

Дмитришина Е.М., Марченко А.А., Лобачев А.В., Хабаров И.Ю., Лыткин В.М.,
Виноградова О.С., Колодин С.Н.

Военно-медицинская академия
Санкт-Петербург

ASSESSMENT OF SUICIDAL RISK ACCORDING TO AFFECTIVE STROOP TEST
Dmitrishina E.M., Marchenko A.A., Lobachev A.V., Khabarov I.Yu., Lytkin V.M.,
Vinogradova O.S., Kolodin S.N.

Оценка функционирования внимания человека имеет основополагающее значение для скрининга самоубийств, учитывая, что люди с суицидальными мыслями испытывают большие трудности в подавлении своих импульсов, чем здоровые люди.

Цель исследования: теоретический и эмпирический анализ когнитивных оснований оценки СР на примере механизмов, лежащих в основе эмоционального эффекта Струпа.

Материал и методы: в ходе исследования было обследовано 100 человек, которые были разделены на 2 группы по 50 человек (больные с депрессивными и тревожными расстройствами разной степени выраженности (клиническая группа) и здоровые лица (неклиническая группа)), исследование проводилось в четыре этапа: (1) получение слов для нейтральной реакции, (2) получение слов для положительных и отрицательных реакций, (3) проверка слов, (4) формулировка эмоционального теста Струпа и (5) проверка эмоционального теста Струпа путем сравнения клинической и неклинической группы. В ходе исследования использовался аффективный Струп-тест – оценка замедления времени реакции при назывании цвета эмоционального слова по сравнению с нейтральным (испытуемым нужно назвать цвет, которым написано слово). Эмоциональная задача Струпа (она же – аффективный Струп-тест) – один из способов демонстрации того, как эмоции влияют на внимание. Феномен общего замедления – один из объяснительных механизмов данного теста, согласно которому во время предъявления тревожного стимула все реакции организма, нерелевантные угрозе, замедляются, что и вызывает задержку в ответе при назывании цвета слова.

Для оценки результатов теста Струпа в ходе скрининга суицидального риска был проведен сравнительный анализ между неклинической и клинической группами с нейтральными, положительными и отрицательными словами, в ходе которого сравнивалось количество названных правильно цветов, в которые были окрашены эти слова.

Результаты и их обсуждение: в результате проведенного исследования были получены достоверные различия для всех трех групп слов ($p < 0,001$). Участники неклинической группы набрали более высокие баллы по каждой из них.

При корреляционном анализе между количеством негативных слов и уровнями суицидальных мыслей была обнаружена значимая отрицательная корреляция ($r = -0,840$; $p < 0,001$).

Участники из неклинической группы, по сравнению с клинической, набрали более низкие баллы: $M_{non-clinical} = 3,06$, $SD = 2,54$ и $M_{clinical} = 43,88$, $SD = 11,97$ соответственно [$t(98) = -23,57$; $p < 0,001$]. Это подтверждает наличие симптомов депрессии в клинической группе. Соответствующую тенденцию удалось выявить и при оценке суицидального риска: участники из неклинической группы в сравнении с участниками из клинической группы набрали значительно меньшее количество

баллов: $M_{non-clinical} = 2,22$, $SD = 3,12$ и $M_{clinical} = 83,46$, $SD = 19,97$ соответственно [$t(98) = -28,41$; $p < 0,001$].

Выводы: полученные результаты в плане практической значимости могут быть использованы для разработки альтернативных методов оценки суицидального риска, который понимается как совокупность когнитивных особенностей, основанных на анализе точностно-скоростных параметров переработки эмоционально нагруженного стимульного материала. Эти результаты могут учитываться при прогнозировании реакций различных групп людей в ситуациях угрозы.

Эмоциональный тест Струпа может применяться для оценки когнитивных функций, поскольку он измеряет избирательное внимание, исполнительные функции, когнитивную гибкость, торможение и смещение внимания, чем может помочь в случае диагностики психопатологии. Также данный тест может быть включен в инструментарий нейропсихологической диагностики, который не зависит от самоотчета об аутоагрессивных тенденциях и от опросников, являясь при этом важным психопрофилактическим ресурсом. Кроме того, эмоциональная задача Струпа может иметь большую значимость в оценке стресс-ассоциированной, в том числе боевой, психической патологии.

ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ И ДРУГИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

**Докукина Т.В., Кучинская А.А., Подоляк М.В., Иваницкая В.Б.,
Главинский И.С., Громова Н.В., Байкова А.В., Василенко В.А., Мухина Е.С.**
РНПЦ психического здоровья

Минск

*THE ISSUES OF MEDICAL CARE TO TRANSSEXUALS AND PEOPLE WITH OTHER
GENDER IDENTITY DISORDERS*

*Dakukina T.V., Kuchynskaya A.A., Padaliak M.V., Ivanitskaya V.B., Hlavinski I.S.,
Gromova N.V., Baikova A.V., Vasilenko O.P., Muchina E.S.*

Расстройства половой идентификации (F64) относятся к числу наиболее проблемных областей психиатрии и сексологии. Связано это с рядом неизученных клиничко-диагностических и лечебных аспектов, принятия обществом выбора человеком новой половой принадлежности.

В Республике Беларусь человек с признаками полового несоответствия обращается с заявлением о смене пола. Проводится обследование, которое, прежде всего, должно исключить факторы, связанные с психическим здоровьем. Необходимо определить и форму расстройства половой идентификации. Для этого выполняется сексологическая и психологическая диагностика. Пациенты проходят осмотр у специалистов с целью исключения заболеваний, которые могут препятствовать коррекции половой принадлежности, что минимизирует риск угрозы здоровью. В мультидисциплинарном обследовании участвуют врачи-специалисты: акушер-гинеколог и (или) уролог, терапевт, генетик. На протяжении года предполагаются встречи, динамическое наблюдение. Предполагается, что длительный срок диагностики и наблюдения необходим для оказания психологической поддержки, психотерапевтической помощи либо коррекции с целью интеграции пациента со своим биологическим полом, попытки помочь разобраться и по возможности вернуть самоощущения принадлежности к своему полу от рождения.

В полном объеме процедура изменения и коррекции половой принадлежности в Республике Беларусь включает несколько этапов и выполняется под курацией

специальной межведомственной комиссии. Правовому сопровождению и процессу принятия решения о смене пола уделяется должное внимание.

Основные задачи комиссии: разработка порядка проведения медико-психологического обследования лиц, желающих сменить пол; принятие решения о необходимости смены пола и представление его для утверждения в Министерство здравоохранения Республики Беларусь; определение порядка медико-психологической и социальной реабилитации лиц, желающих сменить пол, а также лиц, сменивших его.

Основные показания для смены пола:

установленный диагноз транссексуализм;

нарушение полового самосознания с начала его формирования (в возрасте до 5 лет);

наличие определенного уровня социальной адаптации в настоящее время,

возможность психиатрической и социальной адаптации к новым условиям жизни;

достаточная социальную зрелость для решения вопроса смены пола.

Дополнительные показания для смены пола:

наличие и степень выраженности эндокринных, психологических и физических признаков затребованного пола;

высокий суицидальный риск;

достижение совершеннолетия.

Комиссия выносит одно из следующих решений:

разрешить смену пола;

отказать в смене пола;

вернуться к рассмотрению вопроса о смене пола после получения дополнительной информации о лице, желающем его сменить, и (или) проведения в отношении него дополнительных обследований;

разрешить гормональную и (или) хирургическую коррекцию пола лицу, сменившему его.

Решение комиссии о смене пола является основанием для внесения изменений в документы. После получения паспорта не всегда выполняется хирургическое вмешательство, человек может на протяжении дальнейшей жизни находиться на гормональной терапии. Комиссия при наличии сомнений рекомендует продолжить наблюдение. Осторожность в принятии решения связана с рядом причин. Могут иметь место отказы от смены пола уже на этапе хирургического вмешательства.

Перед трансгендерным переходом пациента предупреждают о возможных последствиях, таких как аноргазмия, сокращение длительности жизни на фоне перманентной гормональной терапии. Важно наличие у лица, принявшего решение о смене половой принадлежности, работы и минимальный риск ее потерять в свете дальнейшей социальной адаптации.

Наличие партнера, который, как правило, способствует стабилизации ощущений себя в новой узаконенной гендерной роли.

Хирургический этап возможен в Республике Беларусь бесплатно, либо платно в других странах по желанию.

За последние 10 лет соотношение мужчин и женщин, испытывающих потребность в изменении и коррекции половой принадлежности, в нашей стране из женщины в мужчину в 2 раза больше, нежели наоборот. Как правило, это люди молодого возраста, от 19 до 25 лет.

В настоящее время под наблюдением от 1 месяца до 2 лет находятся около 200 человек, из них 42м обследованным амбулаторно и стационарно комиссия вынесла решение о разрешении смены пола.

Успешность смены пола в большей степени определяется психологической и социальной адаптацией, нежели хирургической коррекцией. Показано, что 3,8% –

11% пациентов, прошедших хирургическую смену пола, сожалели о своем решении (Olsson S.E., Möller A., 2018). В качестве основных причин неудовлетворенности сменой пола указываются неблагоприятный семейный фон, стигматизация, внутрисемейные отношения, разного рода ограничения в функционировании.

Недостаточно разработан и вопрос дифференциальной диагностики расстройств половой идентификации с другими психическими расстройствами, которая затрудняется тем, что при шизофрении также возможны расстройства половой идентификации, то есть одно не исключает другого.

Состояние после смены пола обычно ассоциируется с тяжелым дистрессом и рядом ограничений в личных аспектах жизни. Скрининг мета-анализов показал, что операция смены пола может улучшить лишь некоторые аспекты качества жизни, включая телесную боль, эмоциональную роль и психическое здоровье у транссексуалов, сменивших свой пол на женский, физическую функцию и физическую роль – у сменивших свой пол на мужской. Методов медицинской реабилитации и профилактики не предлагается. По данным Ciancio S. (2019) число суицидов среди лиц с нарушением половой идентификации в 60 раз выше, чем в популяции, сожаление о смене пола и желание вернуть исходный пол выражают 11% трансгендерных женщин и 4% трансгендерных мужчин. Поэтому необходимы проспективные исследования психического статуса и качества жизни сменивших пол или находящихся в процессе смены пола.

Анализ статистических данных обращаемости по смене пола по Республике Беларусь показал, что за период с 2009 по 2022 год (13 лет) по вопросу смены половой принадлежности обратилось 301 человек.

По анализу данных за пятилетние периоды (с 2000 по 2004 – 18, с 2005 по 2009 – 29, с 2010 по 2014 – 82, с 2014 по 2019 – 103, с 2020 по декабрь 2022 – 69 человек) отмечается устойчивый рост числа желающих сменить половую принадлежность.

Из указанных 301 обратившихся, получили разрешение на смену половой принадлежности 146 человек, из них 74 человека (51%) заявили о своем желании пройти гормональную и хирургическую коррекцию половой принадлежности, в связи с чем получили соответствующее разрешение, и 4 человека (2,7%) обратились с целью повторной смены половой принадлежности.

Распространенность транссексуализма в США и некоторых европейских странах оценивается как 1 к 20000-50000 человек в возрасте старше 15 лет. Если провести оценку только с указанным числом в 301 человек на 9 349 645 (численность населения Беларуси на 2021 год), то соотношение лиц с расстройством половой идентификации к населению страны составит 1 : 31061 человек, соответствует общемировым показателям. Распространенность транссексуализма в Беларуси среди населения старше 15 лет (8 008 152 человек на 2021 год) составит 1 : 26605, что также соответствует общемировым показателям.

При этом пациенты, имеющие устойчивое желание сменить половую принадлежность, представляют собой неоднородную группу, которая включает следующие варианты: 1) пациенты с транссексуализмом; 2) пациенты с гомосексуальной ориентацией и трансформацией полоролевого поведения; 3) пациенты, у которых стремление сменить свою половую принадлежность является одним из проявлений психического расстройства. Для установления показаний на смену половой принадлежности требуется строгая и последовательная дифференциация подобных состояний, что поможет исключить причинение вреда пациенту, а также совершенствование системы медицинской помощи, что будет иметь значение для демографической безопасности поскольку подавляющее большинство лиц с РПИ находятся в трудоспособном возрасте.

ИНДУЦИРОВАННОЕ БРЕДОВОЕ РАССТРОЙСТВО: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ С НЕОБЫЧНЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ

Дядичко А.Н., Сыртцев М.А., Мартынова Т.О.

Психоневрологический диспансер № 8, филиал ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»

Москва

INDUCED DELUSIONAL DISORDER: A CLINICAL CASE WITH AN UNUSUAL MECHANISM OF DEVELOPMENT

Dyadichko A.N., Syrtsev M.A., Martynova T.O.

Индукцированное бредовое расстройство (ИБР) – редкое бредовое расстройство, которое разделяется двумя или более лицами с тесными эмоциональными контактами.

В начале 1940-х годов А. Гральник в своем обзоре 103 случаев ИБР (*folie à deux*) описал четыре типа этого расстройства:

Folie imposee (навязанный психоз) – бред передается от человека с психозом к человеку без психоза в близких отношениях. Бред у индуцированного вскоре исчезает, когда они разделяются.

Folie simultanee (одновременный психоз) – оба партнера разделяют психоз одновременно. У обоих есть факторы риска в результате длительных социальных взаимодействий, которые предрасполагают их к развитию болезни.

Folie communicée (сообщаемый психоз) – бред у вторичного партнера возникает после длительного периода сопротивления. Индуцируемый сохраняет бред даже после отделения от своего индуктора.

Folie induite (индуцированный психоз) – новый бред передается от психотического пациента другому пациенту с психозом.

Некоторые факторы риска, связанные с ИБР, включают следующее:

Длительные отношения между индуктором и индуцируемым;

Близость отношений;

Социальная изоляция, приводящая к отсутствию социального сравнения и коррекции;

Расстройство личности у индуцируемых партнеров: как правило, зависимого или шизоидного типа;

Когнитивные нарушения у вторичных партнеров.

Коморбидность у вторичного партнера: наличие психического расстройства, включая шизофрению, биполярное аффективное расстройство, депрессию, деменцию или умственную отсталость, усиливает риск влияния другого психически больного человека.

Жизненные события: стрессовые ситуации могут способствовать принятию определенных заблуждений.

Трудности в общении, приводящие к социальной изоляции, непониманию иных точек зрения.

Отчет о клиническом случае.

Пациентка возрастом 42 года поступила на лечение в психиатрический дневной стационар. Жалобы на пониженное настроение, чувство вины, неуверенность в себе, пессимизм, апатию, безрадостность.

Анамнез: сын пациентки отстает в развитии, агрессивен в поведении. Пациентка имеет высшее экономическое образование. Увлекалась музыкой, плаванием, балльными танцами. Продолжает активно заниматься фитнесом. Со стороны родителей часто подвергалась упрекам в собственной несостоятельности. Свою карьеру строила, чтобы доказать им обратное. Работала экономистом, менеджером,

хорошо зарабатывала. Разведена, от брака двое детей. В отношениях с мужем была зависима, подчиняема.

Периоды ухудшения настроения пациентка отмечает более 10 лет. Принимала лечение антидепрессантами с положительным эффектом. Испытывала неустроенность в личной жизни после развода с мужем. Был также конфликт с родителями в связи с неудачной, по их мнению, покупкой квартиры. На фоне таких обстоятельств в торговом центре к пациентке подошла незнакомая женщина и стала предлагать свои услуги по «снятию порчи», угрожала ужасными последствиями в будущем, если та не прибегнет к ее помощи, обещала наладить личную жизнь. По указанию этой женщины пациентка стала проводить различные ритуальные магические действия и отдавать ей материальные ценности: передавала золото, завернутое в ношеную ночную сорочку, выставляла за дверь стакан молока, на улице клала кусок мяса, «чтобы покормить дьявола». Новая знакомая предлагала пациентке ночью голой совершать магические действия на кладбище, но та не согласилась. Тогда мошенница пообещала совершить эти действия сама, но с условием, что ей на время нужны деньги, «чтобы полежали». Вела видеотрансляцию с кладбища, показывала пациентке дьявола, который говорил, что деньги получил. Пациентка в это время видела на экране необычное существо «со странной бугристой кожей». При сомнениях пациентки мошенница обвиняла ее в неверии, стыдила ее, угрожала жуткой расплатой за неверие. В итоге пациентка потратила на мошенницу более 2 млн. руб. Настроение ухудшилось, когда пациентка поняла, что ее обманули.

При поступлении в ДС в психическом статусе отмечались остаточные явления внушенных бредовых идей магического содержания – «я же видела дьявола, он мне деньги показывал». Мышление фиксировано на психотравме и идее собственной несостоятельности. Пациентка тревожна, доверчива, инфантильна, ищет сочувствия, паникует, не удерживает внимания на теме беседы. Настроение подавленное. Пациентке установлен диагноз «F24 Индуцированное бредовое расстройство».

На фоне лечения сформировалась критика к перенесенным галлюцинаторно-бредовым переживаниям, улучшилось, но оставалось сниженным настроение. В связи с купированием параноидной симптоматики и сохранением депрессивных нарушений, ранее имевшимися эпизодами депрессии диагноз изменен на «F33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени». Обсуждение.

Представленный клинический случай интересен тем, что бредовое расстройство было индуцировано не психотическим пациентом, а здоровым человеком при совершении мошеннических действий. Бред колдовства базировался на архаических верованиях пациентки, которые умело использовала индуктор. Формированию бреда способствовали личностные особенности пациентки – доверчивость, внушаемость, неуверенность в себе, стремление к поддержке со стороны. Эпизод с призраком дьявола ночью на кладбище во время видеотрансляции можно трактовать как вызванные галлюцинации или иллюзии (если был сообщник).

Не характерным по сравнению с другими случаями ИБР являлись краткосрочные и поверхностные отношения с индуктором. Вероятно, этот защитный фактор был преодолен индуктором путем формирования своего непререкаемого авторитета в глазах пациентки за счет вызывания у нее чувства стыда за неверие, угрозами будущей кары от темных сил.

Также не отмечалась выраженная социальная изоляция и когнитивные нарушения у пациентки. Однако, у нее не было сформировано доверительных отношений с кем-то, с кем бы она могла обсудить свою личную жизнь и духовные переживания.

Из имеющихся факторов риска развития ИБР следует отметить:

личностные особенности пациентки по типу зависимой личности;
наличие депрессивного расстройства;
стрессовые воздействия в виде развода с мужем, неустроенности личной жизни, психологического давления со стороны родителей и бывшего мужа, агрессивного поведения сына;
архаических верований пациентки, что мешало ей внять здравому смыслу в своих духовных переживаниях.

Заключение.

Подводя итоги обсуждению данного клинического случая, можно предложить выделить еще один казуистический вариант развития ИБР: психоз, умышленно навязанный здоровым человеком своему уязвимому партнеру. Также можно сделать вывод, что наличие высшего образования, социальной успешности, разносторонних увлечений, множества поверхностных социальных связей не гарантирует от развития ИБР примитивного и нелепого содержания, если отсутствуют доверительные взаимоотношения с людьми на психологическом и духовном уровнях.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Евдокимова А.Л., Винникова И.Н.

QUALITY OF LIFE AND SOCIAL FUNCTIONING OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN IMPLEMENTATION OF COMPULSORY PSYCHIATRIC OUTPATIENT MONITORING AND TREATMENT

Evdokimova A.L., Vinnikova I.N.

В судебно-психиатрической практике внимание исследователей фокусируется на изучении качества жизни и социального функционирования пациентов преимущественно с точки зрения влияния данных показателей на формирование у них общественно опасных форм поведения. Такой подход представляется особенно интересным в отношении лиц, находящихся на принудительном наблюдении и лечении у психиатра в амбулаторных условиях (ПНЛА), с учетом минимальных ограничительных мероприятий данного вида принудительных мер медицинского характера.

Изучение показателей социального функционирования и качества жизни больных шизофренией, находящихся на ПНЛА, может служить основой для выделения отдельных групп пациентов, имеющих сходные социальные проблемы, что позволит более обоснованно подойти к вопросам разработки индивидуальных лечебно-реабилитационных программ, уточнения критериев длительности и рекомендаций по отмене данной принудительной меры медицинского характера и, как следствие, сохранения положительной тенденции сокращения повторных ООД, совершенных лицами, страдающими шизофренией.

Целью нашего исследования было проведение комплексной оценки показателей социального функционирования и качества жизни больных шизофренией, находящихся на принудительном наблюдении и лечении в амбулаторных условиях, для совершенствования дифференцированных подходов к реабилитационным мероприятиям и рекомендаций по длительности и отмене принудительных мер медицинского характера.

В результате исследования мы провели сравнительный анализ качества жизни и социального функционирования у пациентов с шизофренией, находящихся на ПНЛА, определили взаимосвязи между факторами риска социальной опасности

(употребление ПАВ, редкие посещения ПНД, нерегулярный прием психофармакотерапии, вербальная агрессия, административные правонарушения и т.д.) и показателями КЖ и СФ, определили взаимосвязи между клинικο-динамическими, социально-демографическими, личностными характеристиками, а также криминологическими сведениями и показателями КЖ и СФ, а также выделили наиболее значимые факторы, влияющие на КЖ и СФ пациентов, в условиях ПНЛА.

Для выполнения поставленных целей и задач были обследованы 141 пациент с шизофренией, совершившие общественно опасные деяния, признанные невменяемыми, и в отношении которых осуществлялись принудительные меры медицинского характера в виде принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях (ПНЛА), назначенные им судом. Основной диагностической формой явилась параноидная шизофрения F 20.0- 98 случаев (69,5%), второй по распространенности была психопатоподобная шизофрения F21.4- 24 случая (17,0%), затем шизотипическое расстройство F 21.8- 6 случаев (4,3%).

Принудительное наблюдение и лечение в амбулаторных условиях в качестве первичной ПММХ была назначена 27 пациентам (19,1%), остальным 114 (80,9%) обследованным – после стационарного принудительного лечения. Длительность предшествующего стационарного этапа принудительного лечения в среднем составила $1410,3 \pm 123,6$ койко-день.

Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, метод криминологического анализа, психометрический, клинико-катамнестический, статистический. Для объективизации данных, полученных в процессе клинического обследования, применялись психометрические методики: шкала позитивных и негативных симптомов, PANSS; шкала личностного и социального функционирования, PSP; опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных.

Возраст обследованных пациентов был от 18 до 66 лет, средний возраст составил $36,35 \pm 11,42$ года. Подавляющее большинство лиц, включенных в исследование, было представлено мужчинами – 118 наблюдений (83,7%), женщин в выборке 23 (16,3%). 114 пациентов (80,9%) находились на диспансерном наблюдении до совершения ООД, среди них 22 (15,6%) лиц состояли под активным диспансерным наблюдением (АДН).

Для больных с расстройствами шизофренического спектра, находящихся на ПНЛА, в целом было характерно накопление признаков социального неблагополучия (семейная и трудовая дезадаптация, социальная незащищенность), прогностически неблагоприятных проявлений шизофренического процесса (патохарактерологический преморбид, ранние дебюты заболевания, постепенное начало, высокая частота госпитализаций, сочетанная патология) а также достаточно устойчивых паттернов криминального поведения (молодой возраст приобретения криминального опыта, повторность привлечения к уголовной ответственности, недостаточная эффективность ранее применяемых ПММХ, наличие состояния опьянения (алкогольного, наркотического) на момент ООД, высокий удельный вес негативно-личностных психопатологических механизмов ООД).

Показатели социального функционирования по шкале PSP у обследованных больных соответствовали степени заметных либо значительных затруднений. Показатели среднего балла соответствовали значениям $68,45 \pm 14,22$. Анализ уровня по отдельным областям личностного и социального функционирования шкалы PSP свидетельствовал о том, что наиболее часто степень значительных нарушений

обнаруживалась в таких сферах, как «отношения с близкими и прочие социальные отношения» и «беспокоящее и агрессивное поведение».

Применение «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» позволило, прежде всего, в количественном эквиваленте, оценить уровень социального функционирования обследованных больных. Уровень социального функционирования был относительно удовлетворительным (от 0 до 1 балла) у 35 пациентов (24,8%), ниже удовлетворительного (2-3 балла) у 54 человек (в 38,3%), крайне низким (4 балла) у 52 пациентов (36,9%).

Результаты оценки качества жизни распределялись следующим образом. По показателям удовлетворенности в разных сферах жизни положительные ответы преобладали у 90 пациентов (63,8%), отрицательные у 51 пациента (36,2%).

Сопоставление результатов субъективной оценки пациентами степени удовлетворенности в отдельных сферах жизни с объективными показателями их социального функционирования позволил выделить 3 исследовательские группы.

Первую группу составили 46 пациентов (32,6%), у которых оценка своего качества жизни была достаточно реалистичной, вторую группу составили 30 пациентов (21,3%), которые оценивали свое качество жизни значительно ниже реалистичных, третью группу составили 65 пациентов (46,1%), которые, несмотря на объективно низкий уровень социального функционирования, оценивали свое качество жизни явно завышено.

Среди пациентов с расстройствами шизофренического спектра в подавляющем большинстве (по нашим данным 78,7%) случаев наблюдается неадекватная (неоправданно негативная либо позитивная) оценка качества своей жизни. Проведенный анализ в целом показал, что кумуляция социально-неблагоприятных факторов была наиболее характерна для пациентов с неадекватной оценкой качества своей жизни, причем в большей степени это свойственно пациентам с субъективно заниженным отношением.

Наибольшее количество пациентов, успешно завершивших ПНЛА, отмечалось в первой группе наблюдения и было практически в три раза выше, чем во второй или третьей.

Выявленные различия в исследуемых группах позволяют утверждать, что оценка субъективного отношения пациентов, находящихся на ПНЛА, к основным параметрам своей жизни является достаточно информативным показателем для определения прогноза и эффективности принудительного наблюдения и лечения в условиях ПНЛА.

РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЧИН В ФОРМИРОВАНИИ ТАКОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК САМОПОРЕЗЫ У ПОДРОСТКОВ

Ендржеевская Д.В.

Клиника Доктор САН

Санкт-Петербург

*THE ROLE OF BIOLOGICAL CAUSES IN THE FORMATION OF SUCH DESTRUCTIVE
BEHAVIOR AS SELF-CUTTING IN ADOLESCENTS*

Endrzheevskaia D.V.

Влияние биологических причин на возникновение такого деструктивного поведения у подростков и лиц молодого возраста как самопорезы.

В России, как и во всем мире, продолжает расти заболеваемость тревожными и аффективными расстройствами среди подростков и лиц юного возраста. Можно сказать, что подростки – это заложники лимбической системы. «Немного

необузданная и чрезмерно энергичная миндалина, как полагают, играет важную роль во взрывном поведении подростков» указывают в своей книге Френсис Э. Дженсен и Эми Эллис Натт «Мозг подростка». Часто такие молодые люди используют деструктивные способы справляться с сильными негативными эмоциями. Также это может быть связано с недостаточно развитыми лобными долями, неспособностью к анализу, продумыванию последствий своего поведения. Мной обследовано 93 подростка и лиц юного возраста в возрасте с 12 лет до 24 лет, наносящих себе самопорезы. Среди наносящих самопорезы лиц старше 24 лет не было. Большую часть впервые обратившихся составляли подростки в возрасте 14,15 и 16 лет. В то время как большая часть из них впервые наносили себе порезы в 12,13,14 и 15 лет. То есть в течение в среднем 2х лет они стараются скрывать эти действия. Это говорит об отсутствии элемента демонстративности, что также подтверждается областями нанесения порезов – это, как правило, ноги, боковые поверхности туловища или верхняя часть плеча. У 24 подростков было проведено психопатологическое тестирование, по результатам которого у 15 выявлена шизоидная акцентуация (в том числе в сочетании с сенситивными, психастеническими, эксплозивными, эпилептоидными чертами), у 5 выявлены психастенические и сенситивные черты, у 2х – дискордантность личностных черт и лишь в 2х случаях выявлены демонстративные черты. У всех тестируемых выявлялась высокая личностная и ситуативная тревожность и выраженная депрессия.

Также выявлены некоторые особенности на ЭЭГ у подростков, наносящих себе самопорезы. Было обследовано 35 подростков. Из них у 24 в заключениях ЭЭГ было указано наличие дисбаланса в деятельности структур лимбикоретикулярного комплекса или мезодиаэнцефальных структур, в 6 случаях легкие изменения и признаки вегетативной лабильности, в 2х отмечались умеренные изменения общего функционального состояния головного мозга и лишь в 3х случаях – норма. Но почему именно порезы? Возможно, что выраженная тревога или подавленность вызывает деперсонализацию и отчужденность от собственного тела, и это состояние мучительно и непереносимо для подростка. Большая часть подростков объясняет нанесение порезов выражениями: «переключиться с душевной боли на физическую», «сначала я ничего не почувствовала», «не поняла как произошло», «как будто отключилась». Стоит обратить внимание на пол обследуемых, из 93 человек, 89 – женского пола. Соответственно, можно предположить влияние именно женских половых гормонов на дисбаланс в деятельности мезодиаэнцефальных структур и структур лимбико-ретикулярного комплекса.

Таким образом, можно сделать выводы о преимущественно биологической природе деструктивного поведения у подростков и лиц молодого возраста. Но это не исключает наличия влияния психологических и социальных причин. Они могут усугублять ситуацию на фоне неблагоприятной биологической почвы. Но все это говорит о необходимости сочетанных методов лечения – фармакотерапии и психотерапии (индивидуальной и семейной и групповой). И главное, она должна быть доступна. Понимание затрагивания эмоциональной сферы во время полового созревания, должно заставить специалистов разного уровня обращать на это внимание. Например, во время диспансеризации подростков, должно проводиться тестирование на предмет уровня тревоги и депрессии. Также должна быть организована доступная психотерапия для подростков, в том числе групповая. Например, в поликлиниках, медико-педагогических центрах и непосредственно в образовательных учреждениях. Все это поможет своевременно выявлять аффективную патологию, заставляющую прибегать к таким деструктивным способам совладания как самопорезы, назначать адекватную фармакотерапию,

проводить психообразовательные мероприятия и формировать конструктивные способы справляться с непереносимыми эмоциями.

АССОЦИАЦИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 СЫВОРОТКИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ С КЛИНИЧЕСКИМИ И СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ

**Жиляева Т.В., Рукавишников Г.В., Мичурина И.А., Скоблик С.В.,
Гарбуз М.Е., Мазо Г.Э.**

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России; ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»
Минздрава России

Нижний Новгород, Санкт-Петербург

*ASSOCIATION OF SERUM INTERLEUKIN-6 IN SCHIZOPHRENIA WITH CLINICAL
AND SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS*

*Zhilyaeva T.V., Rukavishnikov G.V., Michurina I.A.,
Skoblik S.V., Garbuz M.E., Mazo G.E.*

Цель исследования: Оценка уровня ИЛ-6 сыворотки у пациентов с шизофренией в сравнении со здоровым контролем, а также изучение его ассоциации с клиническими проявлениями и социо-демографическими факторами.

Материалы и методы: Было проведено обследование 125 пациентов с шизофренией в период с апреля 2019 года по сентябрь 2021 года и 95 здоровых добровольцев с сентября 2019 по февраль 2022 года. Для каждой из групп были выделены критерии включения.

При отборе пациентов подтверждение диагноза шизофрении осуществлялось на основании интервью с применением опросника Mini International Neuropsychiatric Interview for Diagnostic and Statistical Manual, Version 5 (M.I.N.I. for DSM-5).

В контрольную группу отбирались добровольцы с отсутствием в анамнезе психического заболевания и консультаций у специалистов-психиатров в течение жизни, отсутствием социальной дезадаптации и анамнеза употребления ПАВ.

Для обеих исследуемых групп общими критериями являлись: добровольное согласие на участие в исследовании; отсутствие хронических воспалительных заболеваний; отсутствие приема синтетических витаминов, противовоспалительных препаратов и антиоксидантов в течение месяца до включения в исследование.

В связи с тем, что выборки пациентов и здоровых в совокупности различались по возрасту, в дальнейшем при статистических расчетах производился учет этого фактора. У участников исследования натошак брались образцы венозной крови, для проведения биохимических исследований использовалась сыворотка. Для объективности результатов проводилось ослепление лабораторных образцов в отношении группы (пациенты/контроль). Определение ИЛ-6 проводили методом иммуноферментного анализа.

В качестве инструментов обследования пациентов были выбраны следующие методы: Шкала для оценки позитивных и негативных синдромов шизофрении (PANSS), Шкала для оценки побочных эффектов терапии UKU ("The UKUSERS-Clin"), шкала Симпсон-Ангуса (SAS), шкала для оценки аномальных произвольных движений (AIMS), шкала акатизии Барнса (BARS), шкала Личного и социального функционирования (PSP), шкала Калгари для оценки депрессии при шизофрении (CDRS), шкала кататонии Баша-Франсиса (BFCRS), батарея для оценки когнитивных функций (BACS), шкала детской травмы (CTQ). Также были проанализированы сведения из медицинских карт пациентов об особенностях течения заболевания и лечения. Методом ПЦР в режиме реального времени было изучено носительство аллелей однонуклеотидных полиморфизмов (SNP) в генах, влияющих на синтез и

функционирование ИЛ-6: IL6ST-Gly148Arg(rs2228044), IL6ST-T1247A (rs1900173), IL6-G174C (rs1800795).

Результаты: По данным исследования были обнаружены статистически значимые корреляции уровня ИЛ-6 сыворотки с выраженностью когнитивных нарушений у пациентов: слухоречевой – слабая отрицательная, рабочей памятью, зрительно-моторной координацией, вербальной беглостью и проблемно-решающим поведением – очень слабая, суммарной тяжестью симптомов шизофрении PANSS, подшкалой продуктивных симптомов PANSS, а также возрастом манифестации и длительностью заболевания – очень слабая положительная. Уровень ИЛ-6 был наименьшим у пациентов, получавших антипсихотики (АП) 3 поколения, и наибольшим из 3-х поколений – у получавших АП 1 поколения, при этом у пациентов, получавших комбинации АП, уровень ИЛ-6 был наиболее высоким. Важно отметить, что пациенты, получавшие АП 3 поколения были моложе пациентов, получавших АП 1 поколения, и они чаще лечились амбулаторно и в дневных отделениях. Поэтому, вероятно, меньший уровень ИЛ-6 у пациентов, получавших АП 3 поколения, связан не с применяемым лечением, а с меньшим возрастом и с меньшей тяжестью заболевания. Интересно, что у пациентов, получавших АП 2 поколения (наиболее значимо влияющих на метаболический профиль), ассоциация уровня ИЛ-6 с индексом массы тела имеет тенденцию к слабой отрицательной корреляции, в то время как ассоциации уровня ИЛ-6 с индексом массы тела и весом не обнаружено ни среди пациентов, ни среди здоровых добровольцев.

Статистический анализ с использованием U-теста Манна-Уитни показал, что уровень ИЛ-6 практически в 2 раза выше у пациентов по сравнению с добровольцами, у пациенток-женщин уровень ИЛ-6 значимо выше, чем у здоровых женщин, у мужчин также выше, но не значимо. Различия уровня ИЛ-6 между мужчинами и женщинами не значимы как во всей изученной выборке, так и отдельно среди пациентов и добровольцев. Таким образом, отсутствие статистически значимых различий у мужчин, вероятно, может быть связано с меньшим объемом наблюдений в подгруппе здоровых добровольцев.

Кроме того, у пациентов стационара уровень ИЛ-6 был значимо выше, чем у амбулаторных пациентов и посещавших дневные стационары. Носительство изученных SNP не ассоциировано ни с заболеванием, ни с уровнем ИЛ-6 сыворотки.

Обсуждение: Несмотря на достаточно большое количество сведений о том, что уровень ИЛ-6 у пациентов с шизофренией выше, чем в общей популяции, данные о механизмах его повышения, этиопатогенетической роли, а также клинических характеристиках, ассоциированных с этим иммунологическим маркером, практически отсутствуют в имеющейся опубликованной литературе.

Полученные данные об ассоциации уровня ИЛ-6 с большинством изученных доменов когнитивных функций, а также с выраженностью нарушений по шкале общей психопатологии и общего балла PANSS, свидетельствует о том, что данный биохимический маркер может отражать тяжесть шизофренического процесса, его влияние на возможность социальной адаптации и инвалидизацию (из-за нарушений когнитивных функций).

Таким образом, полученные в данном исследовании результаты подтверждают гипотезу, что ИЛ-6 может быть зависимым от состояния маркером воспаления, исчезающим с уменьшением симптомов. Это позволяет рассматривать пациентов с наиболее выраженными симптомами шизофрении, особенно с выраженными когнитивными симптомами, в качестве кандидатов для таргетной диагностики иммуно-воспалительных маркеров и персонализированной коррекции иммуно-воспалительных нарушений.

Выводы: По итогам данного исследования подтверждена ассоциация уровня ИЛ-6 сыворотки с шизофренией, возрастом пациентов, длительностью течения заболевания и более поздним его началом, а также рядом клинических характеристик (когнитивными нарушениями, выраженностью симптомов подшкалы общей психопатологии PANSS, а также суммарным баллом PANSS). ИЛ-6 ассоциирован с широким кругом симптомов, которые плохо контролируются антипсихотиками и влияют на повседневную активность и трудоспособность пациентов. Этот факт позволяет рассматривать ИЛ-6 сыворотки в качестве биохимического маркера неблагоприятного течения шизофрении. Полученные результаты ставят вопрос о высокой актуальности оценки иммуно-воспалительных маркеров среди пациентов с шизофренией и их персонализированной коррекции с целью оптимизации терапии (снижения частоты неблагоприятных исходов) шизофрении.

ОТКЛОНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

**Жиляева Т.В., Пятойкина А.С., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В.,
Костина О.В., Богданова Т.В., Мичурина И.А., Мазо Г.Э.**

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России; ГБУЗ НО «КПБ №1 г. Н. Новгорода»;
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Нижний Новгород, Санкт-Петербург

DEVIATION OF BIOCHEMICAL INDICATORS OF BLOOD SERUM IN SCHIZOPHRENIA

*Zhilyaeva T.V., Piatoikina A.S., Kasyanov E.D., Rukavishnikov G.V., Kostina O.V.,
Bogdanova T.V., Michurina I.A., Mazo G.E.*

Цель: Представленное исследование направлено на оценку частоты наличия ряда биохимических нарушений у пациентов с шизофренией, которые, согласно данным литературы, имеют этиопатогенетическое значение при этом расстройстве, для обоснования целесообразности внедрения биохимического скрининга и коррекции соответствующих нарушений.

Материалы и методы: При включении пациентов в исследование диагноз шизофрении подтверждался с помощью структурированного клинического диагностического «Международного нейропсихиатрического интервью» Диагностического и статистического руководства 5-й версии (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI для DSM-5).

Критериями включения здоровых добровольцев в исследование являлись: отсутствие зарегистрированных ранее на протяжении жизни психических расстройств, социальной дезадаптации, злоупотребления психоактивными веществами.

Также при отборе участников обеих групп учитывалась способность дать осознанное добровольное согласие на участие в исследовании, отсутствие хронических соматических заболеваний и неврологических расстройств, ассоциированных с воспалением, оксидативным стрессом, гипергомоцистеинемией, нарушениями обмена фолатов, фенилаланина; отсутствие приема витаминов, противовоспалительных средств, антиоксидантов в течение месяца до включения в исследование.

У 125 пациентов с шизофренией и 95 здоровых добровольцев в сыворотке крови определялись уровни фолатов и кобаламина (В12) (хемилюминесцентный иммуноанализ на микрочастицах); гомоцистеина (ГЦ, ферментативный анализ), тетрагидробиоптерина (ВН4, конкурентный иммуноферментный анализ, ИФА); восстановленного глутатиона (GSH, спектрофотометрия с реактивом Элмана),

интерлейкина-6 (ИЛ-6, ИФА на основе трехстадийного "сэндвич-варианта"); С-реактивного белка (СРБ, иммунотурбодиметрический метод).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты: У пациентов с шизофренией уровень всех изученных биохимических маркеров сыворотки, кроме В12, статистически значимо отличался от соответствующих показателей здоровых добровольцев. Частота отклонений изученных показателей от нормы у пациентов статистически значимо выше по показателям обмена птеринов (фолаты, ВН4, ГЦ). 29,6% пациентов являются носителями 4 и более изученных биохимических отклонений, тогда как среди здоровых это встречается в 5,3% случаев.

Учитывая, что выборки пациентов и здоровых добровольцев отличались по полу, дополнительно проведен анализ гендерных различий изученных биохимических показателей внутри каждой выборки. И среди пациентов, и среди здоровых добровольцев мужчины имели значимо более высокий уровень ГЦ и низкий уровень В12, чем женщины. Кроме того, в группе здоровых мужчины имели меньший уровень фолатов, чем женщины. При этом среди женщин различия между пациентками и здоровыми и по фолатам, и по гомоцистеину статистически значимы; среди мужчин различия по фолатам между пациентами и здоровыми значимы, а по гомоцистеину не значимы.

Обсуждение: При оценке количественных показателей у пациентов с шизофренией статистически значимо в большей степени выражены все изученные в данном исследовании биохимические отклонения, кроме снижения уровня кобаламина сыворотки. При этом статистически значимо чаще, чем у здоровых добровольцев, выявляются нарушения обмена птеринов (дефицит фолатов и ВН4, гипергомоцистеинемия).

Согласно дополнительному гендерному анализу, только различия уровня гомоцистеина могут быть связаны с распределением по полу среди выборок пациентов и добровольцев, а именно преобладанием женщин в группе здоровых.

Включенные в данный анализ биохимические маркеры отражают разные потенциальные этиопатогенетические процессы, каждый из которых имеет независимый от других вклад в развитие симптомов шизофрении, поэтому можно предположить, что комплексная коррекция имеющихся биохимических отклонений у данной категории пациентов будет носить наиболее клинически значимый результат. Наиболее часто среди пациентов встречаются нарушения обмена птеринов и дефицит GSH, поэтому использование комбинированного подхода с назначением фолатов (преимущественно метилфолата) и прекурсора синтеза GSH (антиоксиданта N-ацетилцистеина) может быть наиболее эффективным.

Выводы: в проведенном исследовании получены убедительные результаты присутствия комплекса биохимических нарушений у пациентов с шизофренией, что ставит вопрос о разработке принципов мониторинга ряда биохимических маркеров и их внедрении в рутинную клиническую психиатрическую практику. Это может дать возможности не только выявления и коррекции биохимических нарушений, но также влияния на определенные домены шизофренического процесса и снижения бремени шизофрении.

**ОСНОВЫ ФЕНОМЕНОЛОГИИ ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ НАРУШЕНИЙ
ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ
СИНДРОМОМ ЖИЛЬ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА**

Зайцев И.Д., Зайцев Д.Е., Титов Н.А.

ООО «Психоневрологический центр Д.Е. Зайцева»

Санкт-Петербург

*FOUNDATIONS OF THE PHENOMENOLOGY OF PSYCHOPATHOLIKE BEHAVIOR
DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS SUFFERING WITH GILE DE LA
TOURETTE SYNDROME*

Zaytsev I.D., Zaytsev D.E., Titov N.A.

Актуальность. Синдром Жиль де ля Туретта (СТ) – нейروпсихическое расстройство, характеризующееся множественными (более двух) моторными тиками (МТ) и хотя бы одним вокальным тиком (ВТ), которые начинаются в возрасте от 2 до 18 лет и сохраняются в течение, как минимум, 1 года до того, как диагноз может быть установлен. Представленность среди детей 5–18 лет варьирует между 0,4 и 3,8%. СТ обычно сопровождается многими психическими расстройствами, такими как синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), обсессивно-компульсивное расстройство, расстройства настроения, вспышки ярости, депрессия и нарушения сна. Выделяют сложные симптомы тикоидного круга: членовредительство, непристойные, социально неприемлемые формы поведения, копрофеномены, эхофеномены, палифеномены. Средний возраст начала тиков 5,6 года с волнообразным течением, максимальной тяжестью в начале второго десятилетия, возможно снижение частоты и тяжести после полового созревания у большей части пациентов (59–85%). Хотя прогноз течения тиков благоприятный с взрослением человека, многие элементы психопатологии могут сохраняться в дальнейшей жизни. Общепризнано, что качество жизни представляет собой обобщенный образ из трёх сфер жизнедеятельности: физическая, психологическая сферы и социальное благополучие. В литературных источниках данные о влиянии тикоидного расстройства на различные сферы жизни недостаточно убедительны, однако существует мнение, что в отдельных когортах больных СТ, особенно у детей, сопутствующие психопатологические состояния более значимо влияют на качество жизни, чем тики сами по себе.

Цель. Определить динамику психопатологических феноменов, наблюдаемых в клинической картине Синдрома Жиль де ля Туретта.

Методы. Обследованы 58 детей (44 мальчика и 14 девочек) в возрасте $11,07 \pm 0,52$ года (4–18 лет) с периодом наблюдения от 1 до 10 лет с установленным диагнозом синдрома Жиль де ля Туретта. Все пациенты прошли обследование у детского психиатра, невролога, детского психолога для уточнения диагноза и сопутствующего психопатологического расстройства. Сопутствующие расстройства были определены клиническо-психопатологическим методом, а также посредством стандартизированных шкал.

Результаты. В ходе исследования определены основные коморбидные расстройства при синдроме Жиль де ля Туретта, а также их представленность, распространённость и связь с тикоидным расстройством. Результаты исследования позволяют дифференцировать коморбидные расстройства и сложные симптомы тикоидного круга. По данным, полученным в ходе исследования, коморбидные расстройства имеют тенденцию к самостоятельному независимому течению, в то время как ряд специфических симптомов синдрома Жиль де ля Туретта имеет тенденцию к увеличению представленности проявлений по мере развития основного тикоидного расстройства.

Выводы. Такие специфические нарушения, как членовредительство, непристойные, социально неприемлемые формы поведения, копрофеномены, эхофеномены, палифеномены предложено отнести к сложным симптомам тикоидного круга. На наш взгляд, следует дифференцировать и отдельно классифицировать специфические расстройства тикоидного круга от коморбидных психических расстройств, имеющих своё собственное развитие, вне зависимости от течения тиков при синдроме Жилья де ля Туретта. Предложено использовать термин психопатоподобные нарушения, как показатель влияния сложных симптомов тикоидного круга на личностные особенности пациентов, страдающих синдромом Жилья де ля Туретта.

МЕТОДЫ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНОЙ ИДЕАЦИЕЙ

Зинчук М.С., Кустов Г.В., Попова С.Б., Войнова Н.И., Аведисова А.С., Гехт А.Б.

ГБУЗ НПЦ им. З.П. Соловьева ДЗМ

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Москва

METHODS OF NONSUICIDAL SELF-INJURY IN PATIENTS WITH SUICIDAL IDEATION

Zinchuk M., Kustov G., Popova S., Voinova N., Avedisova A., Guekht A.

Введение и цель исследования.

Суицид остается одной из ведущих предотвратимых причин смерти, особенно среди лиц молодого возраста. За последние десятилетия показатель смертности в результате суицида не выявил значимого снижения по сравнению с показателями преждевременной смертности при некоторых соматических заболеваниях (например, онколо- и кардиозаболевания), что делает целесообразным продолжение исследований в данной области. Несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) является одним из наиболее значимых факторов риска совершения суицидальной попытки, в особенности среди подростков и молодых взрослых с суицидальными мыслями.

В то же время было показано, что НССП является комплексным феноменом, включающим широкий спектр мотиваций и методов нанесения самоповреждений, которые могут обладать неодинаковым просуицидальным потенциалом. Несмотря на то, что на протяжении нескольких десятилетий показатель суицидальной смертности в РФ превышает средний для Европейского региона, отмечается ограниченное число работ, посвященных проблеме НССП, проведенных на Российской популяции. При этом данные, полученные на выборках из других стран, не могут восполнить этого дефицита, так как ранее выявлялись существенные отличия как в распространенности, так и в клинических проявлениях НССП среди географически и культурально близких стран.

Целью исследования было получение данных о представленности различных методов НССП у пациентов с суицидальной идеацией в Российской популяции.

Пациенты и методы.

Исследование проведено на базе кризисного отделения ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ. В исследование методом последовательного набора включались пациенты с непсихотическими психическими расстройствами и суицидальной идеацией, имевшие минимум 1 эпизод НССП на протяжении жизни. Для получения информации о методах и частоте НССП использовался «Опросник утверждений о самоповреждениях» (The Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS)). Данный

самоопросник был разработан в 2009 году и к настоящему времени переведен на многие языки. Валидизация русскоязычной версии ISAS-I проведена Zinchuk et al. и ее психометрические свойства близки к оригинальной версии инструмента. Данные о социально-демографических и клинических показателях собирались при помощи регистрационной карты, разработанной для данного исследования.

Результаты и обсуждение.

В исследование было включено 714 пациентов (84.4% – женщины) с суицидальной идеацией и НССП. Средний возраст составил 24.9 (7.9) лет. Тремя наиболее распространенными диагнозами были биполярное расстройство (26.1%), униполярная депрессия (26.9%), расстройство личности (26.4%), тревожные расстройства (12.9%) и шизотипическое расстройство (12.5%); при этом у 9% пациентов было установлено 2 и более психиатрических диагнозов. Большинство участников (76.9%) наносили себе как минимум одно НССП в предшествующие 12 месяцев. Средний возраст участников исследования на момент первого эпизода НССП составил 15.3 (6.1) лет. Возраст первого появления суицидальных мыслей у пациентов составил 15.7 (6.4) лет. Как минимум одну суицидальную попытку на протяжении жизни совершили 45% участников исследования. Возраст на момент первой суицидальной попытки составил 18.2 (6.6) лет.

Базовые социо-демографические характеристики набранной группы согласуются с данными других исследователей о большей распространенности НССП среди молодых женщин. Более половины пациентов в нашей выборке имело диагноз уни- или биполярной депрессии и четверть расстройство личности, что совпадает с результатами ранее проведенного Норвежского национального исследования установившего высокий риск развития суицидальных мыслей и НССП у лиц данными расстройствами. Высокая распространенность суицидальных попыток в группе участников подтверждает данные литературы о том, что лица с суицидальной идеацией и НССП представляют собой группу очень высокого риска совершения суицидальной попытки. В основе данного феномена может лежать «привычность» пациентов к боли и виду крови из-за повторяющихся эпизодов НССП, что, по мнению Klonsky et al., 2017, облегчает в момент выраженных негативных переживаний переход от суицидальных мыслей к реализации попытки.

Анализ методов нанесения самоповреждений показал, что 94.1% участников применяли комбинацию различных методов (минимум двух). Среднее число используемых методов у одного пациента составило 5.7 (5.5). Пятью самыми распространенными методами были самопорезы (75.2%), удары (70.8%), нанесение царапин (65.1%), препятствие заживлению ран (59.4%) и укусы (53.9%). Остальные встречались менее чем в половине случаев и перечислены в порядке убывания: щипки (46.7%), вырывание волос (41.4%), нанесение ожогов (39.6%), вырезание (например, символов, букв, цифр) (37.1%), втыкание игл (25.1%), прием внутрь опасных веществ (24.1%) и трение о грубые поверхности (19.9%). Кроме того, 8% участников отметили, что используют еще и другие, не перечисленные в опроснике методы. Примером может служить такой вариант, как провоцирование на агрессию домашнего животного, о чем сообщило несколько участников исследования. Данный метод применялся пациентами с целью избежать стигмы, связанной с характерным для самоповреждений (особенно самопорезов) паттерном шрамов.

Профиль используемых пациентами методов НССП совпадает с исследованиями, проведенными на клинических выборках в других странах, где также выявлялась высокая частота «инструментальных» методов и травматичных методов (самопорезы, ожоги). При этом в неклинических выборках, часто преобладают такие методы как удары, щипки и вырывание волос. Высокая сочетаемость методов у одного участника также совпадает с ранее проведенными исследованиями, при этом

данный феномен также более выражен в клинических выборках. Ранее было показано, что лица, практикующие хотя бы один из «тяжелых» методов (ожог сигаретой, порезы), с высокой степенью вероятности прибегает и к менее травматичным. Наше исследование подтверждает результаты других работ, согласно которым вариант проглатывания опасных веществ относится к редким видам НССП. Данное поведение находится ближе к суицидальным формам самоповреждающего поведения, чем к суицидальным попыткам, но требует проверки данной гипотезы.

Выводы. Для пациентов с непсихотическими психическими расстройствами и суицидальной идеацией характерно использование нескольких методов нанесения самоповреждений и преобладание более травматичных вариантов, приводящих к нарушению целостности кожных покровов. Данные пациенты представляют собой группу высокого суицидального риска (раннее возникновение суицидальных мыслей и самоповреждений, опыт совершения суицидальной попытки в прошлом (встречается у половины обследованных), постоянный контакт с кровью и переживания боли из-за использования высокотравматичных методов НССП.

ИМПУЛЬСИВНОСТЬ ПРИ РИСКЕ МАНИФЕСТАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ

Зинькевич А.С., Омельченко М.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

IMPULSIVITY AT THE CLINICAL HIGH RISK OF SCHIZOPHRENIA

Zinkevich A.S., Omelchenko M.A.

Актуальность. Импульсивность часто встречается у больных шизофренией и по данным исследователей является ведущей причиной агрессии, совершения общественно-опасных действий, злоупотребления психоактивными веществами и самоубийств таких больных. Установлена наибольшая выраженность импульсивности на ранних этапах заболевания, не только в структуре первого психотического эпизода, но и на доманифестных этапах и даже может рассматриваться, как один из факторов риска манифестации шизофрении. До настоящего времени нет однозначного представления о патогенезе импульсивности и ее связи с симптомами шизофренического спектра. По данным ряда авторов импульсивность коррелирует со степенью выраженности позитивных симптомов и симптомов дезорганизации, по мнению других – с эмоционально-волевыми, т.е. негативными расстройствами. Также установлена связь импульсивности с явлениями ангедонии, когнитивным дефицитом и уровнем социального функционирования. Установлено, что некоторые факторы импульсивности, включая самоконтроль, связаны с агрессией, а также с агрессивным поведением на ситуации, вызывающие гнев. Все перечисленное определяет необходимость проведения исследований импульсивности на ранних этапах шизофренического процесса для уточнения вопросов ее формирования.

Цель. Установление степени выраженности импульсивности и ее корреляций с агрессией, а также позитивными и негативными симптомами у больных из группы риска манифестации шизофрении.

Материал и методы. Обследованы 42 больных юношеского возраста (ср. возраст 19,3±2,2 лет), госпитализированных в клинику ФГБНУ НЦПЗ с депрессивным эпизодом (F32 по МКБ-10), в структуре которого имели место аттенуированные симптомы шизофрении, позволяющие отнести этих больных к группе риска манифестации шизофренического процесса. Для психометрической оценки применялись шкала депрессии Гамильтона (HDRS), шкала продромальных

симптомов (SOPS), шкала оценки негативных симптомов (SANS), шкала оценки импульсивности Баррата и шкала оценки агрессии Басса-Перри.

По признаку наличия АСШ было выделено две группы: 1 группа больных с аттенуированными позитивными симптомами (АПС) (n=29); 2 группа – с аттенуированными негативными симптомами (АНС) (n=13).

Критерии включения в 1 группу: 3 и более баллов по крайней мере по одному из пунктов П1 (Необычное содержание мыслей / Бредовые мысли), П2 (Подозрительность / Идеи преследования) и П4 (Перцептивные нарушения / Галлюцинации) подшкалы позитивных симптомов SOPS.

Критерии включения во 2 группу: выраженные негативные симптомы (более 5 баллов) хотя бы по одному пункту подшкалы негативных симптомов SOPS (Н1 – Социальная изоляция и избегание, Н2 – Самоустранение, Н3 – Уменьшение эмоциональной экспрессии, Н4 – Уменьшение эмоциональной чувствительности, Н5 – Ослабление идеаторной активности, Н6 – Нарушения в ролевом функционировании).

Критерии невключения: наличие анамнестических данных о нарушениях психического развития, отчетливые психотические симптомы, позволяющие диагностировать психотическую депрессию, выраженные негативные симптомы, сопутствующая психическая патология, клинически значимые хронические соматические, неврологические и инфекционные заболевания.

Статистический анализ проводился с применением программы Statistica 64 со сравнением двух независимых групп и по непараметрическому критерию Манна-Уитни, а также корреляционный анализ по критерию Спирмана.

Результаты и обсуждение. Выраженность импульсивности у обследованных больных по шкале Баррата составила $69,6 \pm 7,1$ баллов, выраженность агрессии по шкале Басса-Перри – $57,5 \pm 14,9$ баллов, что свидетельствует о высоком уровне импульсивности, граничащей с патологической при средних значениях агрессии. При межгрупповом сравнении были установлены статистически достоверные различия с большей выраженностью импульсивности у больных 1 группы ($U=113,0$; $p=0,04$), при этом различий по уровню агрессии выявлено не было ($U=147,5$; $p=0,27$).

Корреляционный анализ показал положительную связь между импульсивностью и агрессией у больных из группы риска манифестации шизофрении ($r=0,440$; $p<0,05$).

Импульсивность положительно коррелировала с суммарным баллом по подшкале позитивных симптомов шкалы SOPS ($r=0,425$; $p<0,05$), общих симптомов шкалы SOPS ($r=0,413$; $p<0,05$), суммарным баллом по шкале SOPS ($r=0,395$; $p<0,05$), суммарным баллом по шкале HDRS ($r=0,397$; $p<0,05$). Также была выявлена положительная корреляционная связь между уровнем агрессии по шкале Басса-Перри и суммарному баллу по подшкале симптомов дезорганизации шкалы SOPS ($r=0,319$; $p<0,05$), суммарного балла шкалы SOPS ($r=0,345$; $p<0,05$), суммарному баллу шкалы HDRS ($r=0,408$; $p<0,05$), суммарному баллу шкалы SANS ($r=0,356$; $p<0,05$), а также ее подшкал «Аффективное уплощение» ($r=0,335$; $p<0,05$) и «Алогия» ($r=0,316$; $p<0,05$).

Полученные результаты свидетельствуют о повышении уровня импульсивности у больных на ранних этапах шизофренического процесса, что в сочетании со средним уровнем агрессии у таких больных и ее положительной корреляционной связью с импульсивностью дает возможность представить динамику развития импульсивности с последующим формированием агрессивных форм поведения по мере нарастания прогрессивности болезненного процесса.

Установлены более высокие уровни импульсивности у больных с АПС, а также положительные корреляционные связи со степенью выраженности позитивных симптомов и общих симптомов шкалы SOPS, что отражает общую тяжесть состояния и согласуется с данными других исследователей. Положительные корреляции со

степенью выраженности депрессии, по данным авторов связаны с общим патогенетическим механизмом серотонинового дефицита. Важно отметить, что уровень агрессии по шкале Басса-Перри, в отличие от импульсивности, коррелировал не только с позитивными симптомами, но и с симптомами дезорганизации, а также с негативными симптомами по шкале SANS, в первую очередь с аффективным уплощением и алогией, т.е. проявлениями дефицита в эмоциональной сфере. По современным представлениям, именно негативные симптомы являются «ядерными» при шизофрении, таким образом, положительная их корреляция с агрессией позволяет предположить, что формирование агрессивного поведения происходит при условии достаточной степени выраженности начинающегося эндогенного процесса, достижения им некой критической точки, сопровождающейся истощением компенсаторных механизмов и последующего лавинообразного нарастания психопатологической симптоматики. Таким образом, появление симптомов агрессии на фоне высоких значений импульсивности у больных из группы риска манифестации шизофрении может служить предиктором нарастания степени прогрессивности эндогенного процесса и, возможно, скорого развития первого психотического приступа.

Выводы.

Полученные результаты дают представление о динамике импульсивности и агрессии на ранних этапах шизофренического процесса, их связи с психопатологическими расстройствами и позволяют проанализировать последовательность появления, нарастания и усложнения симптоматики, что при дальнейших исследованиях позволит выявить маркеры не только риска манифестации шизофрении, но также и сроков манифестации.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ

Злоказова М.В., Семакина Н.В.

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет»

Минздрава России

Киров

*CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF ADOLESCENTS WHO HAVE
COMMITTED SUICIDE ATTEMPTS*

Zlokazova M.V., Semakina N.V.

Актуальность. Психическое здоровье нации определяет будущее современного государства. В связи с этим приоритетные направления национальных проектов направлены на охрану и профилактику здоровья несовершеннолетних. Одной из актуальных психосоциальных проблем являются суициды среди несовершеннолетних. Однако остаются недостаточно изученными факторы риска у подростков, совершивших суицидальные попытки, что необходимо для разработки психопрофилактических мероприятий.

Цель. Анализ клинико-психопатологических особенностей у подростков, совершивших суицидальные попытки.

Материалы и методы. Были обследованы 46 подростков, находившихся на лечении в КОГКБУЗ «Центр психиатрии и психического здоровья им. академика В.М. Бехтерева» в связи с суицидальными попытками (средний возраст – 16,1±2,3 лет, девушек – 80,4%, юношей – 19,6%, соотношение 4:1). Среди респондентов преобладали учащиеся средних общеобразовательных школ – 76,1%, учащиеся лицеев и колледжей – 15,2%, были ничем не заняты – 6,5%, работали – 2,2%.

Использовались методы: клинико-психопатологический, психодиагностический с применением госпитальной клинической шкалы (HADS) и патохарактерологического диагностического опросника А.Е. Личко и Н.Я. Иванова (ПДО) и описательной статистики.

Результаты. У большинства подростков, совершивших суицидальную попытку, были диагностированы другие смешанные расстройства поведения и эмоций с преобладанием депрессивного аффекта (F92.8) – 58,7% и реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43) – 33,0%. Расстройства поведения (F91) выявлялись в 17,4% случаев, депрессивный эпизод (F32.10) – 4,3%, тревожно депрессивное расстройство (F41.2) – 4,3%.

При клиническом обследовании подростки предъявляли жалобы на длительное (более 1 месяца) подавленное настроение – 67,4%, которое сочеталось с приступами тревожности (32,6%) или возбудимости (10,9%).

Суицидальные попытки были совершены следующими способами: отравление – 37,0%, порезы сосудов – 28,3%, падение с высоты – 6,5%, удушение – 6,5%. Были выявлены следующие причины суицидального поведения: отсутствие интереса к жизни – 23,9%, конфликт с родными – 21,7%, демонстративно-шантажный – 13,0%, на фоне употребления алкоголя и ПАВ – 8,7%, разрыв/ссора с близким другом/подругой – 8,7%. У 23,9% мотив установить не удалось.

Повторная попытка суицида была отмечена у 4,3% пациентов.

Самоповреждения в виде множественных порезов на теле были зарегистрированы у 58,7% подростков, наличие татуировок – 15,2%, из них у 13,0% были еще и проколы под пирсинг.

В анамнезе у суицидентов были зафиксированы факты употребления алкогольных напитков у 32,6% пациентов; постоянно употребляли никотинсодержащие сигареты, вейпы, снюсы – 21,7%; отмечали, что пробовали психоактивные вещества (ПАВ) такие, как спайсы, «соль», мефедрон, «скорость» – 10,9%. Из них 4,3% уже состояли под наблюдением у нарколога.

Делинквентное поведение (уходы из дома, асоциальные компании, прогулы занятий) наблюдалось у 21,7% пациента.

Психодиагностика по госпитальной клинической шкале (HADS) показала высокий уровень депрессии у 36,9% обследованных, тревоги – 30,4%.

Акцентуации характера по ПДО был выявлен у 80,4%, из них демонстративно-возбудимый тип – 28,3%, шизоидно-психастенический – 19,6%, сенситивный – 17,4%, циклоидный – 8,7%, паранойяльный – 6,5%.

Выводы. Таким образом, у подростков, совершивших суицидальные попытки, чаще регистрируются смешанные расстройства поведения и эмоций с преобладанием депрессивного аффекта и реакции на тяжелый стресс с нарушениями адаптации. Среди способов суицида преобладают отравления и нанесения порезов, среди причин – отсутствие интереса к жизни и конфликты с родными. Более половины имеют множественные самопорезы на теле, что можно рассматривать как фактор, свидетельствующий о высокой вероятности совершения суицидов. У каждого третьего зафиксированы факты употребления ПАВ. Среди акцентуаций характера преобладали демонстративно-возбудимый, шизоидно-психастенический и сенситивный типы.

Полученные данные необходимо использовать для проведения психопрофилактической и психокоррекционной работы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ВТОРИЧНОЙ СУГГЕСТИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОНВЕРСИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

Зобин Я.С., Курасов Е.С.

Военно-медицинская академия клиника психиатрии
Санкт-Петербург

*USING THE METHOD OF SECONDARY SUGGESTION
IN THE TREATMENT OF CONVERSION PATHOLOGY*

Zobin Ya.S., Kurasov E.S.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства возникают под влиянием выраженных стрессовых факторов, часто внезапны и имеют тенденцию к спонтанному обратному развитию через несколько недель или месяцев после травмирующего события. Однако, не исключен затяжной характер психопатологической симптоматики, особенно в случаях двигательных нарушений и (или) потери чувствительности. При этом, зачастую, проявления расстройства поддерживаются неразрешенными проблемами и межличностными противоречиями с элементами вторичной выгоды. Все это требует выбора адекватного метода лечения, где применение фармакотерапии, как правило, является менее эффективным, чем определенные методы психотерапии. Однако, большинство ее подходов требует длительного времени для достижения значимого терапевтического результата. Одним же из наиболее зарекомендовавших себя методов лечения является вторичная суггестия.

Цель исследования. Определить эффективность применения метода вторичной суггестии в терапии конверсионной (двигательной, чувствительной) патологии.

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов мужского пола (средний возраст 18 ± 30 лет), проходивших стационарное лечение в клинике психиатрии по поводу конверсионных двигательных и чувствительных расстройств. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я ($n_1=12$) – лица с умеренным заиканием (логоневрозом) и 2-я ($n_2=8$) – лица с конверсионными проявлениями (псевдопараличи и нарушения чувствительности верхних и нижних конечностей конверсионного генеза). Метод включал в себя 3 этапа: первый – психотерапевтическая подготовка («приобщение») пациента к процедуре, разъяснение особенностей проведения. Второй – непосредственно процедура, которая включала в себя внутривенное введение препаратов железа. При этом главным суггестивным фактором выступал черный цвет препарата, с последующим внутривенным введением 4,0 мл 1% р-ра никотиновой кислоты. На этом субэтапе главным суггестивным компонентом выступали ощущения чувства жара и покалывания по всему телу. Третий этап – оценка положительного результата и принятие решения о дальнейшем проведении процедуры. Терапевтический эффект оценивался: в случае пациентов с умеренным заиканием – положительным достижением считалась полная редукция проявлений заикания, в случае пациентов с псевдопараличами и нарушениями чувствительности верхних и нижних конечностей – полное (значительное) восстановление двигательных и чувствительных функций.

Результаты и их обсуждение. Применяемый метод вторичной суггестии показал, что в случае пациентов 1-й группы положительный эффект отмечался у 9 пациентов (75,0 %), а у оставшихся 3 пациентов (25,0 %) отмечалась неполная редукция проявлений заикания. У пациентов 2-й группы положительный эффект отмечался у 7 пациентов (87,5 %), тогда как лишь у одного пациента (12,5 %) отмечалась неполное восстановление двигательной и чувствительной функции конечности.

Проведение углубленного клинико-психопатологического обследования в группе пациентов, у которых не отмечалось полной редукции патологических проявлений,

выявило наличие неразрешенных проблем в межличностных отношениях пациентов, как правило внутрисемейного («тлеющего») характера. Срок обращения за психиатрической помощью у таких пациентов превышал 6 месяцев. Таким образом, главными признаками положительного прогноза являлись кратчайшие сроки оказания медицинской помощи, и минимальная представленность вторичной выгоды у пациентов.

Заключение. Проведенное исследование показало, что использование метода вторичной суггестии у пациентов с конверсионной патологией может быть эффективным, однако необходимо учитывать сроки оказания психиатрической и психотерапевтической помощи, а также наличие элемента вторичной выгоды в структуре межличностных взаимоотношений таких лиц.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Зозуля С.А., Романов Д.В., Лобанова В.М., Смудевич А.Б., Ключник Т.П.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Москва

IMMUNOLOGICAL HETEROGENEITY OF DELUSIONAL DISORDERS IN PARANOID SCHIZOPHRENIA

Zozulya S.A., Romanov D.V., Lobanova V.M., Smulevich A.B., Klyushnik T.P.

Актуальность. Многочисленные исследования свидетельствуют о ключевой роли воспаления в патофизиологии шизофрении. В крови пациентов выявляются повышенные уровни воспалительных маркеров, коррелирующие с выраженностью и тяжестью психопатологических расстройств; ряд синдромокомплексов (депрессивные, астенические, кататонические) характеризуются не только количественными, но и качественными особенностями спектра иммунных маркеров, имеющими прогностическое значение в плане дальнейшего течения заболевания.

Цель исследования: определение ряда воспалительных и аутоиммунных маркеров во взаимосвязи с психопатологическими особенностями пациентов с разными формами бредовых расстройств в рамках параноидной шизофрении.

Материалы и методы. В исследование включено 60 пациентов с диагнозом «шизофрения параноидная, непрерывный тип течения» (F20.00 по МКБ-10) (средний возраст – 38,4±1,11 лет), состояние которых на момент обследования определялось стойкими бредовыми, либо галлюцинаторно-бредовыми расстройствами. Психометрическое обследование включало клинические рейтинговые шкалы PANSS, SAPS и SANS. Группу контроля составили 17 здоровых добровольцев без признаков психических расстройств.

Критерии невключения: пациенты с затяжными аффективными психозами: мания с психотическими симптомами (F30.2), депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами (F32.3), а также органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство (F06.2) и вызванные употреблением психоактивных веществ шизофреноподобное расстройство (F1x.50) либо бредовое расстройство (F1x.51); пациенты с параноидной шизофренией с коморбидными зависимостями от ПАВ и органической патологией головного мозга.

В крови обследованных определяли иммунологические показатели – активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и α 1-протеиназного ингибитора (α 1-ПИ) (спектрофотометрические кинетические методы), а также уровень аутоантител к S100B и ОБМ (метод иммуноферментного анализа).

По совокупности анализируемых иммунных показателей проводилась комплексная оценка уровня активации иммунной системы, учитывающей взаимодействие врожденного и приобретенного звеньев иммунитета.

Статистическая обработка полученных данных проведена в программе IBM SPSS Statistics 26. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. По результатам психопатологического и психометрического обследования выделено три группы пациентов: 1-я группа – с интерпретативным бредом, 2-я группа – с бредом воздействия с явлениями психического автоматизма и 3-я группа – со смешанными формами бреда, включающими как интерпретативный бред, так и бред воздействия с явлениями психического автоматизма.

Интерпретативный бред (1-я группа, 27 пациентов, 45,0%) представлен, прежде всего, персекуторными идеями с аллопсихической (опора на реалии окружающей жизни) ориентацией, включающий феномен враждебности (вектор угрозы «против личности» – идеи преследования, сговора, слежки, сенситивные идеи отношения и др.). Дименсиональная структура параноида ограничена пределами бредового регистра. Функциональная активность представлена аффилиацией с негативными изменениями. Интеграция с личностными аномалиями завершается трансформацией позитивных расстройств в патохарактерологические, соответствующие постпроцессуальному развитию личности.

Бред воздействия (2-я группа, 22 пациентов, 36,7%) – фантастический бред, включающий феномен отчуждения психических актов («расщепления» личности) с идеями воздействия, овладения, одержимости и формирующийся по механизмам психического автоматизма. Коррелирует с быстрым развёртыванием - акселерацией психоза, имеющего конечной точкой усложнение и максимальное расширение спектра позитивных расстройств. Дименсиональная структура представлена широким спектром психопатологических расстройств; когнитивные расстройства, аффилированные с позитивными дименсиями; функциональная активность высокая; интеграция с личностными аномалиями завершается формированием «новой» субпсихотической структуры – «психотического характера».

Смешанная форма бредовых расстройств (3-я группа, 11 пациентов, 18,3%) – течение в форме «общих синдромов» интерпретативного бреда и бреда воздействия с явлениями психического автоматизма (транзиторные вспышки психического автоматизма, психогенно спровоцированные галлюцинаторно-параноидные экзакцербации на фоне интерпретативного бреда).

Иммунологическое обследование показало, что все выделенные группы пациентов с бредовыми расстройствами характеризовались достоверным повышением активности воспалительных маркеров ЛЭ и $\alpha 1$ -ПИ по сравнению с контролем ($p < 0,05$). Во 2-й группе наблюдалось также повышение уровня антител к S100B ($p < 0,05$).

В общей группе пациентов были обнаружены значимые корреляционные связи между активностью ЛЭ и выраженностью когнитивных расстройств позитивного и негативного доменов шкалы PANSS: P2 (дезорганизация мышления) ($\rho = 0,56$, $p = 0,004$), N5 (нарушение абстрактного мышления) ($\rho = - 0,459$, $p = 0,024$) и N7 (стереотипное мышление) ($\rho = - 0,483$, $p = 0,017$).

Вариабельность показателей активности ЛЭ в рамках каждой клинической группы послужила основанием для разделения общей выборки пациентов на три кластера:

1-й кластер (24 пациента, 40%) характеризовался умеренным уровнем активации иммунной системы (повышение лишь воспалительных маркеров). Этот кластер был представлен преимущественно пациентами 1-й группы – с интерпретативным бредом.

2-й кластер (27 пациентов, 45%) отличался высоким уровнем активации иммунной системы (высокая активность воспалительных маркеров и повышение уровня аутоантител). В кластер вошли преимущественно пациенты 2-й группы – с бредом воздействия.

3-й кластер (9 пациентов, 15%) также характеризовался высоким уровнем активации иммунной системы, что подтверждалось высокой активностью α 1-ПИ и высоким уровнем аутоантител к нейроантигенам. Отличительной особенностью этого кластера являлась низкая активность ЛЭ. Эту группу также составили преимущественно пациенты 2-й группы – с бредом воздействия.

Таким образом, выделенные иммунологические кластеры различаются по уровню активации иммунной системы, при этом наиболее высокий уровень иммунной активации соответствует 2-му и 3-му кластеру, представленными, преимущественно, пациентами с бредом воздействия. Профиль иммунных маркеров, характерный для 3-го кластера, может быть интерпретирован как качественно новое состояние иммунной системы, ассоциированное, предположительно, с критическим повышением проницаемости ГЭБ и трансмиграцией нейтрофилов в паренхиму мозга и/или их функциональной истощенностью вследствие длительно текущего патологического процесса.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют, что с выделенными психопатологическими формами бредовых расстройств ассоциированы различные профили иммунных показателей крови, отражающие различный уровень активации иммунной системы. Наивысший уровень активации иммунной системы, а также особенности спектра иммунных маркеров, отражающие, предположительно, критическое нарушение проницаемости гематоэнцефалического барьера, характерен преимущественно для пациентов с бредом воздействия с явлениями психического автоматизма.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Зоркина Я.А., Алексеева П.Н.

НКИЦН ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева; ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава
России
Москва

ACTUAL PROBLEMS OF DIAGNOSING DEPRESSION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIC SPECTRUM DISORDERS

Zorkina Ya.A., Alekseeva P.N.

Актуальность. У лиц с первичным диагнозом шизофрении коморбидная депрессия может быть фактором риска самоубийства, ухудшения уровня функционирования и более высокой частоты рецидивов. Оценка депрессии в этой популяции создает множество проблем в связи с дифференциацией этого состояния в рамках сложной картины шизофрении. Оценки распространенности депрессии при шизофрении варьируются от 20% до 80% по данным разных авторов, и на это, по-видимому, влияют меры, используемые для оценки депрессии. Депрессия при шизофрении может быть как следствием психотического состояния, или возникнуть вследствие медикаментозного лечения. Основные депрессивные симптомы, являющиеся следствием психотического состояния, могут быть как первичными, так и вторичными по отношению к шизофрении. Некоторые врачи и исследователи рассматривают депрессию, в том числе как психологическую реакцию на шизофрению. Поскольку каждое из этих расстройств имеет различные методы

лечения, клиницистам предстоит искать более надежные средства и уделять больше внимания дифференциации депрессивных состояний.

Цель. Целями исследования были сравнение симптомов депрессии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра с помощью психометрических шкал PANSS, Calgary и экспериментальной шкалы ФОКС-П, а также оценка корреляции с вышеуказанными шкалами и возможностью использования экспериментальной шкалы ФОКС-П.

Были поставлены следующие задачи:

1. Оценить депрессивную симптоматику у пациентов при помощи психометрических шкал PANSS, Calgary и ФОКС-П.
2. Оценить возможность использования экспериментальной психометрической шкалы ФОКС-П.
3. Выявить возможную корреляцию с наиболее известными шкалами для депрессивных симптомов у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.
4. Определить перспективы применения экспериментальной шкалы ФОКС-П в клинической практике.

Материал/пациенты и методы. Для участия в исследовании были отобраны пациенты (n=77), проходившие лечение на базе ПКБ №1 с расстройствами рубрики F20, F21, F23, F25 по МКБ-10. В исследовании участвовали 69 женщин и 8 мужчин. Средний возраст женщин составил 35(±9) лет, мужчин 34(±9) года, с длительностью болезни 6-7 лет. Среди пациентов 70% имели высшее образование, 76% жили в одиночестве, у четверти в семейном анамнезе наблюдались манифестные психозы. Пациенты обследовались с применением клинико-психопатологического метода и опросников Calgary, PANSS и ФОКС-П с целью объективизации симптомов депрессии и выявления возможной корреляции баллов между опросниками.

Результаты и обсуждение. В нашем исследовании процент пациентов с умеренной и тяжелой депрессией по шкалам Calgary, ФОКС-П и PANSS разным шкалам составил 9,22 и 55 соответственно. Проведенный корреляционный анализ выявил слабую корреляцию между шкалами Calgary и ФОКС-П ($r=0.24$, $p=0.035$). Для всех остальных сочетаний статистически значимой корреляции обнаружено не было. Согласно данным литературы, шкала CDSS, разработанная специально для этой группы больных, более точно определяет депрессию, если имеются сопутствующие негативные симптомы или побочные эффекты нейролептических препаратов, сбивающие с толку представление о депрессии. Принимая во внимание оценку депрессии по этой шкале как наиболее истинную, следует отметить, что оценки по новой экспериментальной шкале ФОКС-П показали корреляции именно с ней, а не с PANSS, процент выявленных депрессий по данной шкале также был больше.

Выводы. Таким образом, можно говорить о том, что данная шкала может адекватно оценивать депрессивную симптоматику у данной группы пациентов.

Ограничениями нашего исследования является маленькая выборка. Требуется исследование новой шкалы на более крупных выборках для определения дальнейших перспектив её использования в клинической практике. Это исследование было профинансировано Московским центром инновационных технологий в здравоохранении, грант № 2707-2/22.

КОМПЛЕКСНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ДЕТСТВЕ

Иванов М.В., Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г.,
Куликов А.В., Балакирева Е.Е.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Москва

*COMPREHENSIVE CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL APPROACH TO THE DIAGNOSIS
OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN CHILDHOOD*

Ivanov M.V., Koval-Zaitsev A.A., Nikitina S.G., Kulikov A.V., Balakireva E.E.

Внимание современных исследователей сосредоточено вокруг медицинских, психологических, образовательных и социальных проблем детей с нарушениями психического развития, в числе которых аутизм и другие расстройства аутистического спектра (РАС).

В последнее время число людей, у которых обнаружен аутизм, возросло, отчасти из-за изменившихся диагностических подходов и появления новых нозологических классификаций. Ранние диагностические критерии отражали качественно выраженные поведенческие симптомы, связанные с серьезными задержками речевого и познавательного развития. Кроме этого ключевые клинические симптомы аутизма могут варьировать по степени своей выраженности, что может приводить к противоречиям не только в диагностике, но и соответственно, в эпидемиологических оценках. Еще одной из причин роста распространенности РАС за последние годы является социальный фактор, широкий общественный резонанс. Проблема аутизма из области психиатрической перешла в общемедицинскую, а затем в общественную, социальную. На различия в диагностических и эпидемиологических оценках могут влиять не только изменения в диагностических парадигмах, но и традиции медицинских сообществ, источники данных медицинской статистики (клинические диагнозы, родительские опросы, тесты).

В России, как и большинстве стран мира, диагностикой аутизма правомочен заниматься только врач-психиатр, который на основе анамнестических сведений, данных истории развития и другой медицинской документации, очного осмотра пациента, оценки клинической картины и дополнительных методов обследования верифицирует состояние по критериям МКБ-10. В детской психиатрии большое внимание отводится данным патопсихологического обследования пациента. Психологическое обследование проводится медицинским психологом и направлено на выявление индивидуальных особенностей ребенка, характеристику его коммуникативных возможностей, познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и должно дать информацию об индивидуально-психологических свойствах и психическом состоянии пациента, которые необходимы для уточнения диагноза и персонификации терапевтической тактики.

Патопсихологические и клиничко-динамические задачи при работе с пациентами с РАС решаются посредством использования как стандартизированных психологических методик, так и с моделированием известных методик под специфику задач обследования. Материалы обследования анализируются в полном объеме, проводится оценка выполнения методик по их «широкой» и «узкой» направленности, данные сопоставляются с результатами наблюдения и анамнестическими сведениями.

С 2000-х гг. в США, а затем и в других странах, в том числе и в России, наметилась тенденция при постановке диагноза «аутизм» или РАС придерживаться исключительно психометрического подхода – использование количественных диагностических инструментов, которые получили название «золотого стандарта»

диагностики, а именно ADOS-2 и ADI-R и других методик. Использование «золотого стандарта» в отечественной практике осложнено тем, что данные методики, внедряемые в повседневную практику, не прошли процедуру адаптации и стандартизации на русскоязычной выборке. В России фактически не представлены зарубежные методики диагностики РАС у детей, которые удовлетворяли бы минимальным психометрическим требованиям, предъявляемым к диагностическим методикам. В основном процесс адаптации известных зарубежных методик ограничивается их переводом на русский язык.

В настоящее время появляются работы, пересматривающие «золотой стандарт» диагностики РАС, несмотря на это, в России продолжается их внедрение в практику учреждений здравоохранения и образования. При этом зарубежными коллегами отмечается, что к клинической оценке психиатра дополнительно рекомендуется использование традиционных психологических и нейропсихологических методик исследования памяти, внимания, мышления, личности, что методологически совпадает с клинической оценкой врача-психиатра и диагностическими клиническими критериями.

В России имеется положительный опыт сотрудничества патопсихологов и клиницистов в детской психиатрической клинике. В отделе детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ проводятся мультидисциплинарные исследования пациентов детского возраста с РАС. Так, при помощи патопсихологического обследования детей с РАС описаны профили основных типов РАС в рамках концепции когнитивного дизонтогенеза. Так, при синдроме Аспергера (F84.5) – искаженный вид когнитивного дизонтогенеза, асинхронное психическое развитие; при детском аутизме дизонтогенетическом (F84.0) – искаженный вид когнитивного дизонтогенеза, легкий когнитивный дефицит; при детском психозе (F84.02) – искаженный либо дефицитарный виды когнитивного дизонтогенеза, легкий / умеренный когнитивный дефицит; при синдроме Каннера (F84.01) – дефицитарный вид когнитивного дизонтогенеза, тяжелый когнитивный дефицит; при атипичном аутизме (на примере синдрома ломкой X-хромосомы у больных с синдромом Мартина-Белл F84.11, Q99.2) – дефектирующий вид когнитивного дизонтогенеза, когнитивный дефект; при атипичном детском психозе (F84.12) – сочетание дефицитарного и регрессивно-дефектирующего видов когнитивного дизонтогенеза (когнитивный дефект).

Заключение. Реализация персонализированного подхода к диагностике разных типов РАС, основанная на диагностических критериях по МКБ-10, клинической оценке врача-психиатра, клинико-возрастной динамике, системном качественном патопсихологическом анализе, выделении и описании патопсихологического профиля пациентов способствует более точному определению глубины и выраженности аутистических проявлений, а также оценке динамики развития ребенка, что поможет адресно оказывать эффективную помощь.

КЛИНИКО-НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Изнак А.Ф., Изнак Е.В., Зозуля С.А., Дамянович Е.В., Олейчик И.В.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

*CLINICAL-NEUROBIOLOGICAL CORRELATIONS IN DEPRESSIVE PATIENTS AFTER
COVID-19*

Iznak A.F., Iznak E.V., Zozulya S.A., Damyanovich E.V., Oleichik I.V.

Коронавирусная инфекция оказывает системное влияние на организм, вызывает развитие и осложнения тяжелых легочных, сердечно-сосудистых, неврологических и психических заболеваний, а также имеет долговременные последствия. Одним из патофизиологических механизмов постковидных нарушений может быть модуляция процессов нейровоспаления, играющих важную роль в патогенезе многих психических расстройств, в том числе, депрессии.

Цель работы – оценка влияния перенесенного заболевания COVID-19 на взаимосвязи количественных клинических, ЭЭГ и нейроиммунологических показателей у пациенток молодого возраста с депрессивными состояниями.

Материал и методы.

В исследование было включено две группы больных. Основная группа (группа «COVID») включала 46 больных, 16-25 лет, с депрессивными расстройствами (в рамках рубрик F31.3-F31.4, F34.0, F21.3-4+F34.0, по МКБ-10), переболевших коронавирусной инфекцией в легкой или бессимптомной форме в период от 2-х месяцев до 1 года до обследования. Группа сравнения (группа «до COVID») включала 40 больных, не болевших COVID-19, но соответствующих по полу, возрасту, диагнозам и синдромальной структуре расстройств больным основной группы. Все больные подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Количественная оценка депрессивного состояния больных до начала терапии осуществлялась по шкале HDRS-17. Наряду с общей суммой баллов шкалы HDRS-17 учитывались также показатели выраженности отдельных синдромов депрессивного состояния, образующие кластеры: депрессии (сумма баллов по пунктам 1, 2, 3, 7 и 8 шкалы HDRS-17), тревоги (сумма баллов по пунктам 9, 10 и 11 шкалы HDRS-17), нарушений сна (сумма баллов по пунктам 4, 5 и 6 шкалы HDRS-17) и соматических расстройств (сумма баллов по пунктам 12, 13 и 14 шкалы HDRS-17).

До начала курса терапии у всех пациенток регистрировали многоканальную фоновую ЭЭГ с последующим анализом спектральной мощности (СпМ) ЭЭГ в узких частотных поддиапазонах.

Также в начале лечения у больных в плазме крови измерялись иммунологические показатели с использованием технологии «Нейро-иммуно-тест». В качестве маркеров нейровоспаления измерялись значения активности лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и ее антагониста – альфа1-протеиназного ингибитора (α 1-ПИ). Маркерами нейропластических процессов служили значения уровней аутоантител к основному белку миелина (ААТ-ОБМ) и к белку S100b (ААТ-S100b).

Статистический анализ полученных данных осуществлялся с использованием пакета IBM SPSS Statistics, v.22. Для межгрупповых сравнений использовался критерий Манна-Уитни, для выявления связей между клиническими, ЭЭГ и нейроиммунологическими параметрами – метод ранговой корреляции (по Спирмену).

Результаты и их обсуждение.

Две группы статистически не различались ни по среднему возрасту, ни по значениям общей суммы баллов, ни по сумме баллов других кластеров шкалы HDRS-

17 (депрессии, тревоги, нарушений сна). Исключение составило достоверно большее ($p > 0.01$) число баллов по кластеру соматических расстройств (слабость, тяжесть в конечностях, боли в мышцах, чувство утраты энергии, упадка сил, снижение либидо) у больных, перенесших COVID-19. Также в группе «COVID» СпМ ЭЭГ в дельта (2-4 Гц) и тета2 (6-8 Гц) частотных поддиапазонах в теменно-затылочных отведениях оказалась несколько выше, чем у больных группы «до COVID», что согласуется с данными литературы о замедлении ЭЭГ под влиянием коронавирусной инфекции. Однако, эти различия тоже не достигли уровня статистической достоверности ($p > 0.05$). Такое относительно слабое влияние перенесенного заболевания COVID-19 на общую тяжесть депрессивного состояния и снижение функционального состояния головного мозга, возможно обусловлено тем, что пациентки группы «COVID» переболели в легкой или бессимптомной форме, что характерно для лиц молодого возраста. При анализе нейроиммунологических данных оказалось, что обе группы больных характеризовались активацией как воспалительных реакций, так и нейропластических процессов, в виде достоверно больших ($p < 0.001$) средних значений их маркеров (ЛЭ, $\alpha 1$ -ПИ, ААТ-S100b и ААТ-ОБМ), по сравнению с нормой. Хотя средние значения всех использованных нейроиммунологических показателей в группе «COVID» оказались несколько выше, чем в группе не болевших COVID-19, эти различия не достигли уровня статистической достоверности ($p > 0.05$).

Анализ связей между количественными клиническими оценками (по шкале HDRS-17) и СпМ ЭЭГ в группе «COVID» выявил достоверно отличные от нуля ($p < 0.05$) отрицательные корреляции между суммой баллов кластера соматических расстройств и значениями СпМ высокочастотного компонента альфа-ритма ЭЭГ (альфа3, 11-13 Гц) в отведениях F4, F8, C4 и T4, а также со значениями СпМ высокочастотного бета2 компонента ЭЭГ (20-30 Гц) в отведении C4. Отрицательный знак этих корреляций указывает на то, что большая выраженность соматических расстройств ассоциируется с ЭЭГ-признаками недостаточной активации лобно-центрально-височных отделов правого полушария коры головного мозга. Эти данные согласуются с регулярно отмечаемыми в литературе астеническими последствиями COVID-19, что, предположительно, может быть связано с «истощением» центральных механизмов регуляции вегетативных функций после перенесенного заболевания COVID-19.

Среди нейроиммунологических показателей достоверные корреляции с СпМ ЭЭГ обнаружили только маркеры нейропластичности.

В группе «COVID» значения уровня ААТ-ОБМ положительно коррелировали со значениями СпМ дельта-диапазона ЭЭГ (2-4 Гц) в отведениях C3, P3, P4, O1 и O2, а значения уровня ААТ-S100b – со значениями СпМ дельта-диапазона в отведениях P3 и O1. Таким образом, значения маркеров нейропластичности коррелировали положительно со значениями СпМ только медленноволнового частотного компонента ЭЭГ (дельта, 2-4 Гц), который отражает сниженное функциональное состояние коры головного мозга. По-видимому, у больных этой группы уровень ААТ-ОБМ является маркером повреждений нервной ткани, вызванных коронавирусной инфекцией. Это согласуется с предположениями, что COVID-19 ассоциируется с энцефалопатией.

В группе «до COVID» значения уровня ААТ-S100b коррелировали со значениями СпМ не медленноволновой, а «нормальной» альфа2 (9-11 Гц) и альфа3 (11-13 Гц) ЭЭГ-активности. Этот факт указывает на то, что в этой группе уровень ААТ-S100b отражает не деструктивные, а скорее репаративные процессы нейропластичности.

Выводы.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что заболевание коронавирусной инфекцией, даже перенесенное в легкой или бессимптомной форме, оказывает

влияние на клинические, нейрофизиологические, нейроиммунологические показатели и их взаимосвязи у больных депрессией пациенток молодого возраста. В группе больных, перенесших COVID-19, отмечена достоверно большая выраженность соматических расстройств по сравнению с пациентами, не болевшими коронавирусной инфекцией, что ассоциируется с ЭЭГ-признаками относительно меньшей активации правого полушария коры головного мозга и может быть связано с «истощением» центральных механизмов регуляции вегетативных функций после перенесенного заболевания COVID-19. Пациентки, перенесшие COVID-19, характеризовались активацией как воспалительных реакций, так и нейропластических процессов, в виде достоверно больших средних значений их нейроиммунологических маркеров по сравнению с нормой. Судя по структуре корреляций между иммунологическими и ЭЭГ параметрами, у этой группы больных повышенные уровни маркера нейропластичности – аутоантител к основному белку миелина, отражают повреждения нервной ткани, вызванные коронавирусной инфекцией. Исследование поддержано Российским Научным Фондом (грант РФФ №21-18-00129).

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА, СВЯЗАННОГО С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19, НА СПЕКТРАЛЬНО-КОГЕРЕНТНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЭЭГ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ

Изнак А.Ф., Изнак Е.В., Олейчик И.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

*EFFECT OF SOCIAL STRESS ASSOCIATED WITH THE COVID-19 PANDEMIC ON
SPECTRAL-COHERENT EEG PARAMETERS IN DEPRESSIVE PATIENTS*

Iznak A.F., Iznak E.V., Oleichik I.V.

Коронавирусная инфекция сопровождается развитием тяжелых осложнений легочных, сердечно-сосудистых, неврологических и других заболеваний. Кроме того, пандемия COVID-19 спровоцировала появление обширного комплекса социально-психологических стрессогенных факторов, негативно влияющих на психологическое состояние и качество жизни всего населения, в том числе, и неинфицированных лиц. В начале пандемии в ряде обзоров предполагалось, что не только сама коронавирусная инфекция, но и связанный с пандемией социально-психологический стресс могут привести к утяжелению симптоматики депрессивных расстройств.

Целью исследования была оценка влияния комплекса социальных стрессогенных факторов, связанных с пандемией COVID-19, на психическое состояние и функциональное состояние головного мозга больных депрессией.

Материал и методы.

Пациенты: Основная группа включала 42 больных женского пола 16-25 лет с депрессивными состояниями различной степени тяжести без психотических симптомов (F31.4-F31.5, F33.2, F34.0, по МКБ-10), поступивших на лечение в клинику ФГБНУ НЦПЗ в период пандемии COVID-19, то есть подвергшихся влиянию комплекса социальных стрессогенных факторов, связанных с пандемией COVID-19 (группа «COVID»), но не болевших коронавирусной инфекцией.

В качестве группы сравнения была сформирована группа пациентов (40 больных), проходивших лечение в клинике ФГБНУ НЦПЗ в период 2018-2019 гг., то есть не подвергшихся влиянию комплекса социальных стрессогенных факторов, связанных с пандемией COVID-19, но соответствующих по полу, возрасту, диагнозам и

синдромальной структуре расстройств больным основной группы (группа «до COVID»).

Согласно требованиям Хельсинской декларации, все пациентки подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Клиническая оценка состояния больных. Выраженность депрессивных расстройств у исследованных пациентов количественно оценивали по шкале HDRS-21.

Регистрация и анализ ЭЭГ. Всем пациенткам до начала курса терапии проводили многоканальную (16 каналов) регистрацию фоновой ЭЭГ в монополярных отведениях: F7, F3, F4, F8, T3, C3, Cz, C4, T4, T5, P3, Pz, P4, T6, O1 и O2, по Международной системе 10-20, в состоянии спокойного бодрствования с закрытыми глазами с использованием аппаратно-программного комплекса «Нейро-КМ» и компьютерной программы «BrainSys». Спектрально-когерентный анализ проводили в 8-ми узких частотных поддиапазонах: дельта – 2-4 Гц, тета1 – 4-6 Гц, тета2 – 6-8 Гц, альфа1 – 8-9 Гц, альфа2 – 9-11 Гц, альфа3 – 11-13 Гц, бета1 – 13-20 Гц и бета2 – 20-30 Гц. Анализировали межгрупповые различия значений спектральной мощности (СпМ) ЭЭГ, а также числа «высококогерентных связей» – пар отведений ЭЭГ со значениями когерентности выше 0,9.

Для статистического сравнения клинических и ЭЭГ характеристик исследованных групп пациентов использовали метод ANOVA и непараметрический критерий Манна-Уитни для независимых выборок пакета программ IBM SPSS v.22.

Результаты и их обсуждение.

При сравнительном анализе количественных клинических оценок пациенток групп «COVID» и «до COVID» оказалось, что по среднему возрасту и по значениям общей суммы баллов шкалы HDRS-21 эти группы статистически не различались. Таким образом, комплекс связанных с пандемией COVID-19 социально-психологических стрессогенных факторов не обнаружил достоверного влияния на тяжесть депрессивного состояния исследованной группы больных молодого возраста.

Сравнительный анализ функционального состояния головного мозга до начала курса терапии пациенток групп «COVID» и «до COVID» выявил следующие особенности ЭЭГ.

При визуальном анализе топографических карт СпМ ЭЭГ у пациентов группы «COVID» несколько выше, чем в группе «до COVID», оказалась СпМ тета2 (6-8 Гц) поддиапазона ЭЭГ в центрально-теменно-затылочных отведениях. Кроме того, у пациенток группы «COVID» в лобно-передневисочных отведениях проявился легкий левополушарный акцент СпМ дельта (2-4 Гц) поддиапазона ЭЭГ, что не отмечалось в группе «до COVID». Однако при статистическом анализе количественных ЭЭГ данных эти минимальные различия спектральной мощности ЭЭГ между группами «COVID» и «до COVID» не достигли уровня статистической достоверности ($p < 0.06$).

При анализе показателей когерентности ЭЭГ выявлено достоверно большее количество «высоко когерентных связей» (пар отведений ЭЭГ со значениями когерентности выше 0,9) у пациентов группы «COVID», по сравнению с ЭЭГ больных группы «до COVID» (4.0 ± 0.83 и 1.0 ± 0.83 , соответственно; $p < 0.01$). У пациенток группы «COVID» они образуют «треугольник связей» в лобно-центральных областях правого полушария (F4-C4-Cz) в тета2 (6-8 Гц), альфа1 (8-9 Гц), альфа2 (9-11 Гц), альфа3 (11-13 Гц) и бета1 (13-20 Гц) частотных поддиапазонах ЭЭГ, к которому в поддиапазонах альфа1 и альфа2 присоединяются связи с правым передневисочным (F8) и правым средневисочным (T4) отведениями. В группе «до COVID» такой картины внутрикорковых функциональных связей не отмечается.

В совокупности эти особенности пространственно-частотной организации ЭЭГ пациенток группы «COVID» по сравнению с больными группы «до COVID» указывают на несколько более сниженное функциональное состояние лобных отделов левого

полушария коры головного мозга, ответственных, согласно классическим представлениям психофизиологии и нейропсихологии, за исполнительные функции и позитивные эмоции, а также на несколько большую активацию передних отделов коры правого полушария, ответственных за негативные эмоции и патогенез депрессии, у пациенток группы «COVID».

Полученные данные показали, что выраженность негативного влияния социально-психологического стресса, связанного с пандемией COVID-19, на утяжеление состояния больных депрессией оказалась существенно слабее, чем предполагалось в начале пандемии, поскольку количественные различия клинических оценок (по шкале HDRS-21) и значений СпМ ЭЭГ между группами «COVID» и «до COVID» не достигли уровня статистической достоверности.

Выводы.

Комплекс связанных с пандемией COVID-19 социально-психологических стрессогенных факторов (при исключении фактора заболевания коронавирусной инфекцией) не обнаружил столь существенного влияния на тяжесть клинического состояния и на ЭЭГ-показатели функционального состояния головного мозга исследованной группы пациенток молодого возраста с депрессивными расстройствами, как это предполагалось ранее в начале пандемии.

Предположительно это может быть связано с молодым возрастом исследованной выборки пациенток, больных депрессией, менее эмоционально реагирующих на социальные стрессогенные факторы пандемии, с быстрой адаптацией этих больных к санитарно-эпидемиологическим ограничениям, направленным на предотвращение распространения коронавирусной инфекции, а также с более существенной ролью основного заболевания (депрессивного расстройства) в определении состояния пациентов, по сравнению с влиянием социального стресса, связанного с пандемией COVID-19.

Исследование поддержано Российским Научным Фондом (грант РФФ №21-18-00129).

КОРРЕЛЯЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ЭЭГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Изнак А.Ф., Изнак Е.В., Олейчик М.И.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

CORRELATIONS OF PSYCHOLOGICAL AND EEG PARAMETERS IN PATIENTS WITH DEPRESSION WHO UNDERWENT COVID-19

Iznak A.F., Iznak E.V., Oleichik M.I.

На фоне пандемии COVID-19 возросло число больных депрессией, в том числе, молодого возраста. По данным литературы, больные, перенесшие коронавирусную инфекцию, в течение длительного времени испытывают психологический и соматический дискомфорт – long covid, вызывающий снижение работоспособности и качества жизни.

Целью исследования был анализ соотношений психологических и ЭЭГ показателей у больных депрессией пациенток молодого возраста, перенесших COVID-19, для уточнения нейрофизиологических механизмов ухудшения психологического состояния после коронавирусной инфекции.

Материал и методы.

Психолого-нейрофизиологическое исследование проведено на базе лаборатории нейрофизиологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ).

Пациенты: В исследование было включено 54 пациентки, все праворукие, в возрасте 16-25 лет (средний возраст $18,4 \pm 2,6$ лет) с депрессивными состояниями в рамках рубрик F31.3-4, F34.0 и F21.3-4+F34.0, по МКБ-10, которые находились на стационарном лечении в клинике ФГБНУ НЦПЗ. Ранее они перенесли коронавирусную инфекцию в легкой или бессимптомной форме в период от 2-х месяцев до 1 года до обследования. Все больные подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Количественная оценка психологического состояния: До начала курса терапии все больные заполнили симптоматический опросник SCL-90-R. По результатам ответов пациенток вычислялись индексы показателей по 9-ти отдельным оценочным шкалам опросника: «соматизация», «навязчивость», «сенситивность», «депрессия», «тревожность», «враждебность», «фобия», «паранойя» и «психотизм».

Регистрация и анализ ЭЭГ: Также всем больным до начала курса терапии проводилась многоканальная регистрация фоновой ЭЭГ в состоянии спокойного бодрствования с закрытыми глазами в 16-ти монополярных отведениях, по Международной системе 10-20. Спектральная мощность (СпМ) ЭЭГ анализировалась в 8-ми узких частотных поддиапазонах: дельта – 2-4 Гц, тета1 – 4-6 Гц, тета2 – 6-8 Гц, альфа1 – 8-9 Гц, альфа2 – 9-11 Гц, альфа3 – 11-13 Гц, бета1 – 13-20 Гц и бета2 – 20-30 Гц.

Статистический анализ соотношений психологических и ЭЭГ показателей осуществлялся методом ранговой корреляции (по Спирмену) с использованием пакета статистических программ IBM SPSS v.22.

Результаты и их обсуждение.

Значения индексов всех отдельных подшкал опросника SCL-90-R в группе обследованных пациенток, были высоко достоверно ($p < 0.001$) больше нормативных значений.

Значения индексов ряда показателей по отдельным шкалам опросника SCL-90-R обнаружили достоверно положительные корреляции со значениями спектральной мощности некоторых частотных поддиапазонов ЭЭГ.

Значения индекса показателя «сенситивность» достоверно положительно ($p < 0.01$) коррелировали со значениями СпМ тета2 (6-8 Гц) и альфа1 (8-9 Гц) в центральных (С3, С4) и в теменных (Р3, Р4) отведениях. Значения индекса показателя «враждебность» достоверно положительно ($p < 0.05$) коррелировали со значениями СпМ тета2 (6-8 Гц) в лобных (F3, F4), в передневисочных (F7, F8) и в центральных (С3, С4) отведениях. Значения индекса показателя «паранойя» достоверно положительно ($p < 0.05 \div 0.01$) коррелировали со значениями СпМ тета1 (4-6 Гц) в центральных (С3, С4) и в теменных (Р3, Р4) отведениях, а также достоверно положительно ($p < 0.01$) – со значениями СпМ тета2 (6-8 Гц) и альфа1 (8-9 Гц) частотных поддиапазонов ЭЭГ в центральных (С3, С4), в средневисочных (Т3, Т4) и в теменных (Р3, Р4) отведениях.

Эти пространственно-частотные параметры ЭЭГ, с одной стороны, согласно классическим представлениям клинической нейрофизиологии, отражают повышенную активацию лимбических структур головного мозга. С другой стороны, они соответствуют частотному диапазону и корковой локализации так называемого «медленного сенсомоторного ритма». Наличие этого ритма, согласно ранее полученным нами результатам и по данным литературы, ассоциируется с клиническими и нейропсихологическими признаками дисфункции лобных отделов коры головного мозга.

Значения индекса показателя «паранойя» также достоверно положительно ($p < 0.05$) коррелировали со значениями СпМ дельта (2-4 Гц) и тета1 (4-6 Гц) частотных поддиапазонов ЭЭГ в лобных отведениях (F3, F4). Наличие медленноволновой ЭЭГ-

активности в этих зонах прямо отражает сниженное функциональное состояние лобных областей коры – «гипофронтальность».

Значения индексов показателей «фобия» и «психотизм» достоверно положительно коррелировали со значениями СпМ альфа3 (11-13 Гц) и бета1 (13-20 Гц) поддиапазонов ЭЭГ в теменных (P3, P4) отведениях ($p < 0.05$). Кроме того, значения индекса показателя «фобия» положительно коррелировали ($p < 0.05$) со значениями СпМ бета1 (13-20 Гц) в передневисочных (F7, F8) и в средневисочных (T3, T4) отведениях. Высокочастотные компоненты ЭЭГ – альфа3 и бета-активность отражают повышенную активацию стволовых структур головного мозга, а также дефицит торможения в височно-теменных областях коры за счет ослабления нисходящих тормозных влияний со стороны ее лобных отделов. Таким образом, их наличие, наряду с «медленным сенсомоторным ритмом», также косвенно свидетельствует о лобной дисфункции.

Значения коэффициентов корреляции остальных отдельных показателей опросника SCL-90-R («соматизация», «навязчивость», «депрессия» и «тревожность») со значениями СпМ ЭЭГ не достигли уровня статистической достоверности.

Наличие положительных корреляций выраженности психологических симптомов, беспокоящих обследованных больных депрессией, перенесших COVID-19, со спектральными параметрами ЭЭГ свидетельствует о том, что психологический дискомфорт, сохраняющийся после заболевания (long covid), связан с изменениями функционального состояния головного мозга.

При этом индексы таких показателей опросника SCL-90-R как «сенситивность», «враждебность» и «паранойя», отражающие выраженность симптомов, связанных с дефицитом тормозного контроля деятельности, коррелируют с ЭЭГ-признаками активации лимбических структур и с косвенными ЭЭГ-признаками лобной дисфункции в виде «медленного сенсомоторного ритма». Показатель паранойяльности как серьезного нарушения мышления, включающего как дефицит тормозного контроля деятельности, так и искаженную интерпретацию окружающего, ассоциируется, наряду с «медленным сенсомоторным ритмом», с прямыми ЭЭГ-признаками «гипофронтальности» в виде значений СпМ дельта и тета1 частотных поддиапазонов ЭЭГ в лобных отведениях.

Индексы таких показателей опросника SCL-90-R как «фобия», и «психотизм», отражающие выраженность симптомов, связанных с повышенной возбудимостью в эмоциональной сфере, коррелируют с ЭЭГ-признаками дефицита торможения в коре и повышенной активации стволовых структур головного мозга в виде высокочастотной альфа3 и бета активности ЭЭГ, что наряду с «медленным сенсомоторным ритмом», также косвенно свидетельствует о лобной дисфункции.

Выводы.

Полученные результаты согласуются с данными литературы о психиатрических и психологических последствиях коронавирусной инфекции, включая ее негативное влияние на психофизиологическое состояние, в том числе, у больных депрессией, и позволяют предполагать, что психологический дискомфорт, длительно сохраняющийся после заболевания COVID-19 (long covid), связан со снижением функционального состояния лобных областей коры и «растормаживанием» стволовых и лимбических структур головного мозга.

Исследование поддержано Российским Научным Фондом (грант РФФИ №21-18-00129).

ЭЭГ И НЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ

Изнак Е.В., Дамянович Е.В., Зозуля С.А., Изнак А.Ф.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

EEG AND NEUROIMMUNOLOGICAL CORRELATES OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN DEPRESSIVE PATIENTS

Iznak E.V., Damyanovich E.V., Zozulya S.A., Iznak A.F.

Проблема суицидов, особенно среди молодежи, стоит очень остро во всем мире. Значительную часть суицидов совершают пациенты с депрессивными расстройствами.

Одним из путей предотвращения суицидов является определение лиц с повышенным суицидальным риском для последующей профилактической медико-психологической работы. Предикторами суицидального поведения является наличие в анамнезе суицидальных попыток, несуйцидальных самоповреждений (НССП), а также суицидальных мыслей. Далеко не все психические больные, особенно молодого возраста, охотно делятся с врачами своими суицидальными намерениями. В связи с этим перспективными дополнительными маркерами риска суицида представляются объективные нейробиологические показатели, в частности параметры ЭЭГ, а также иммунологические маркеры процессов нейровоспаления.

Процессы нейровоспаления играют важную роль в патогенезе психических расстройств, в том числе, аутоагрессивного поведения. У пациентов, имевших в анамнезе суицидальные попытки, НССП и выраженные суицидальные намерения, обнаружены повышенные уровни ряда маркеров нейровоспаления.

Нейрофизиологические маркеры аутоагрессивного поведения, в частности, показатели межполушарной асимметрии ЭЭГ, изучены недостаточно. Исследования связи показателей иммунитета и параметров ЭЭГ при психических расстройствах также немногочисленны.

Целью исследования было выявление взаимосвязей количественных клинических, ЭЭГ и нейроиммунологических показателей у пациенток молодого возраста с депрессивными состояниями и аутоагрессивным поведением для выявления нейробиологических коррелятов и уточнения мозговых механизмов НССП и суицидального поведения.

Материал и методы.

Пациенты: В исследование были включены больные женского пола в возрасте 16-25 лет с депрессивным состоянием и аутоагрессивным поведением. В первую группу вошли 35 пациенток с суицидальными попытками в анамнезе (средний возраст 18.5 ± 2.8 лет; общая сумма баллов по шкале HDRS-17 – 26.9 ± 8.6 баллов). Во вторую группу входили 40 пациенток (средний возраст 17.4 ± 1.8 лет; общая сумма баллов по шкале HDRS-17 – 25.6 ± 6.5 баллов) с эпизодами НССП без намерения лишить себя жизни. Группы статистически не различались ни по среднему возрасту, ни по исходной (до начала курса терапии) тяжести депрессии.

Методы: Количественная клиническая оценка состояния пациенток проводилась по шкале HDRS-17. Учитывалась общая сумма баллов, сумма баллов кластера депрессии (сумма пп. 1, 2, 3, 7 и 8 шкалы HDRS-17) и сумма баллов кластера тревоги (сумма пп. 9, 10 и 11 шкалы HDRS-17).

У всех больных регистрировали фоновую ЭЭГ в состоянии спокойного бодрствования с закрытыми глазами по 16 каналам с последующим анализом спектральной мощности ЭЭГ (СпМ) в 8-ми узких частотных поддиапазонах.

Значения маркеров нейровоспаления – активности лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и ее антагониста альфа1-протеиназного ингибитора (α 1-ПИ), а также маркеров нейропластичности – уровней аутоантител к белку S100B и к основному белку миелина измерялись с использованием лабораторной технологии «Нейро-иммуно-тест».

Статистический анализ количественных клинических и нейробиологических данных проводился методами непараметрической статистики и ранговой корреляции по Спирмену.

Результаты и их обсуждение.

У больных с суицидальными попытками в анамнезе активность ЛЭ положительно коррелировала с суммой баллов кластера тревоги шкалы HDRS-17 и с СпМ альфа-3 (11-13 Гц) почти по всему скальпу, а также с СпМ бета-1 (13-20 Гц) и бета-2 (20-30 Гц) в левом лобном отведении. Активность α 1-ПИ обнаружила противоположные корреляции. Таким образом, у этих больных маркеры нейровоспаления ассоциируются с ЭЭГ-признаками повышенной активации коры головного мозга в виде высокочастотных альфа3 и бета ритмов и с большей выраженностью тревожного компонента депрессивного состояния.

В группе с НССП структура корреляций клинико-нейробиологических показателей выглядела иначе. Активность α 1-ПИ отрицательно коррелировала с суммой баллов кластера депрессии шкалы HDRS-17. Уровни аутоантител к белку S100B положительно коррелировали с СпМ основного ритма ЭЭГ альфа-2 (9-11 Гц) и альфа-3 (11-13 Гц) поддиапазонов в центральных теменных, височных и затылочных отведениях, и отрицательно – с СпМ бета-2 (20-30 Гц) в правом передневисочном отведении. В этой группе меньшей выраженности симптомов депрессии соответствует более высокая активность α 1-ПИ, подавляющую провоспалительную активность ЛЭ. Повышенные значения уровня аутоантител к белку S100B связаны с ЭЭГ-признаками меньшей выраженности депрессии, так что здесь уровень аутоантител к белку S100B является маркером скорее репаративных, нежели деструктивных, процессов нейропластичности.

Две группы пациенток с разными формами аутоагрессивного поведения также различались по частотной структуре и пространственной организации ЭЭГ. В группе больных с суицидальными попытками в анамнезе СпМ высокочастотного компонента альфа-ритма (11-13 Гц) в затылочных областях была выше, чем низкочастотного (8-9 Гц), а в группе с НССП, наоборот, СпМ компонента 8-9 Гц превалировали над СпМ компонента 11-13 Гц затылочного альфа-ритма.

При анализе межполушарной асимметрии ЭЭГ оказалось, что в группе с суицидальными попытками в анамнезе фокус СпМ затылочного альфа-ритма локализован в правом полушарии, а в группе с НССП – в левом полушарии. Правосторонний акцент альфа-ритма в первой группе указывает на относительно большую активацию левого полушария, что более характерно для ЭЭГ лиц с повышенным суицидальным риском. Большая активация левого полушария, связанного с планированием и контролем поведения, по-видимому, позволяет этим пациентам на фоне депрессивного состояния задумывать, планировать, подготавливать, в том числе нередко незаметно для окружающих, и осуществлять суицидальные попытки. Левосторонний акцент альфа-ритма у больных с НССП свидетельствует о повышенном уровне активации правого полушария, что может лежать в основе менее осознанных, импульсивных несуйцидальных аутоагрессивных действий.

Выводы. Процессы нейровоспаления принимают участие в патогенезе аутоагрессивного поведения у больных депрессией. При этом у больных, совершивших суицидальные попытки, иммунологические маркеры

нейровоспаления ассоциируются с ЭЭГ-признаками повышенной активации коры головного мозга и с большей выраженностью тревожного компонента депрессивного состояния. У больных с НССП процессы нейровоспаления выражены относительно слабо или компенсированы противовоспалительными механизмами, по сравнению с больными, имевшими в анамнезе суицидальные попытки. Показатели частотной структуры и, особенно, межполушарной асимметрии основного альфа-ритма ЭЭГ можно использовать для уточнения степени суицидального риска у больных депрессией. В частности, повышенного внимания требуют больные с правополушарной локализацией фокуса альфа-ритма.

КЛИНИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ

**Калинина М. А., Боравова А. И., Козловская Г. В.,
Балакирева Е.Е., Шимонова Г.Н.**

**ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Москва**

CLINICAL AND NEUROPHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN AT HIGH RISK OF ENDOGENOUS PSYCHOSIS

Kalinina M.A., Boravova A.I., Kozlovskaya G.V., Balakireva E.E., Shimonova G.N.

В понимании патогенетических механизмов девиаций психического развития важнейшая роль отводится изучению различных аспектов деятельности головного мозга. Особое внимание среди них уделяется исследованию функциональной межполушарной асимметрии, связанной с изменением функционального состояния организма, регулируемой неспецифическими системами активации мозга. Как показано, в патогенезе шизофрении ключевую роль играют нарушения системного взаимодействия подкорковых образований и ассоциативных зон коры с левосторонней локализацией поражения, что приводит к снижению формально-динамических показателей психической активности, препятствует обеспечению самоконтроля за психической деятельностью и состоянием психической активности. Последнее, по современным представлениям, тесно связано с энергетическим состоянием головного мозга. Такой показатель, как Уровень Постоянного Потенциала (УПП) является непрямым характеристикой энергетического состояния мозга, которое обеспечивает текущее ресурсное состояние полушарий мозга.

Целью исследования являлось выяснение особенностей энергетических характеристик мозга с помощью ЭЭГ и УПП при разных формах эндогенных психических расстройств в детско-подростковом возрасте, а также поиск возможных клиничко-нейрофизиологических корреляций, имеющих отдаленное прогностическое значение для оценки психического состояния детей из группы высокого риска по шизофрении.

Материал и методы. Исследования выполнялись, согласно комплексному плану в лаборатории возрастной физиологии мозга НИИ мозга РАМН совместно с отделом НЦПЗ РАМН, начиная с 1991г. в течение более 20 лет. Изучение психической патологии раннего возраста у детей первых лет жизни из группы высокого риска по шизофрении проходило в несколько этапов, сопровождалось анализом спонтанной активности мозга детей по данным ЭЭГ, УПП. В дальнейшем проводился корреляционный анализ клинических и биоэлектрических показателей. В настоящем сообщении представлен фрагмент этой работы.

Экспериментальную выборку составили 60 человек с шизофренией и шизотипическим расстройством. Сравнительный анализ данных проведен для двух

групп детей, отвечающих диагностическим критериям МКБ10. Первую группу составили 31 больной (24 мальчика и 7 девочек) шизофренией – F 20.8. Во вторую диагностическую группу вошли 29 детей (20 мальчиков и 9 девочек) с шизотипическим расстройством личности разной степени выраженности (F21.8). Средний возраст пациентов двух клинических групп составил $8,8 \pm 3,5$ и $8,0 \pm 3,6$ лет, в 1-й и 2-й группах соответственно. Психическое состояние детей оценивалось с помощью традиционных клинических методов (психопатологический, неврологический) и количественно с использованием психодиагностической шкалы PANSS, адаптированной к детскому возрасту. Для проведения статистического анализа подсчитывались так называемые «сырые» баллы по подшкалам PANSS, отражающие выраженность позитивных и негативных синдромов, проявление общей психопатологии и суммарный балл в целом. Также вычислялись баллы по кластерам признаков – анергии, параноидного поведения, депрессии, нарушений мышления, возбуждения.

Нейрофизиологические данные касались особенностей протекания энергетических процессов в различных корковых областях, установленных на основании измерения уровня постоянных потенциалов головного мозга (УПП). Особенности изменения энергетического обмена оценивались с учетом электроэнцефалографических признаков нарушения деятельности мозга (ЭЭГ), в частности, регуляторного характера, обусловленных дисфункцией стволовых структур. Эти признаки определялись частотой возникновения и грубостью проявления билатерально-синхронных комплексов «альфа-тета волна» в задних отделах полушарий. Статистическая обработка данных была проведена с помощью статистической программы Statistica-7.

Результаты. Первую группу больных составили дети с текущими процессуальными расстройствами в виде непрерывной и приступообразно-прогредиентной шизофрении в стадии обострения или частичной ремиссии. Во вторую группу детей с личностными расстройствами развития разной степени выраженности, обнаруживались специфические особенности поведения, колебания настроения, кратковременные шизофреноподобные реакций субпсихотического уровня, никогда не носивших длительный или развернутый характер.

Отмечаемая в обеих группах патологическая симптоматика в форме анергии, нарушения мышления, возбуждения, параноидного поведения была грубее выражена у детей, больных шизофренией, с достоверностью $p < 0,002-0,0005$. При сопоставлении показателей энергетического обмена между двумя клиническими группами оказалось, что УПП при шизофрении был ниже во всех регистрируемых областях без значимых достоверных различий.

Для выяснения роли нейрофизиологических факторов (данные УПП и ЭЭГ) в оценке специфики и выраженности психопатологической симптоматики были выделены подгруппы больных с наличием и без ЭЭГ признаков дисфункции стволовых структур мозга. Для выявления значимости ЭЭГ показателей было проведено количественное сопоставление показателей по шкале PANSS у пациентов исследуемой когорты больных в подгруппах с наличием и отсутствием ЭЭГ признаков дисфункции стволовых структур мозга. Данные, касающиеся энергетического обмена мозга у детей 1-й и 2-й клинических групп с отсутствием ЭЭГ признаков дисфункции стволовых образований мозга, показали достоверные различия между группами, которые касались энергетического обмена в правой ($p < 0,03$) и левой ($p < 0,05$) височной областях.

Существенные различия между первой и второй группой в этих наблюдениях обнаружены и при анализе клинических симптомов. У пациентов с шизофренией среднегрупповые оценки по шкале PANSS в «сырых баллах» и кластерных оценках

были выше, чем у детей с шизотипическим расстройством с достоверным различием по суммарному баллу шкалы PANSS и кластерам анергии, нарушения мышления, возбуждения, параноидного поведения.

Сопоставление психометрических оценок и УПП показало, что в группе шизофрении наблюдается тесная обратная корреляционная связь УПП левой височной области и подшкалы общих психологических симптомов ($r = -0,71$), суммарной оценки ($r = -0,67$) шкалы PANSS, а также с индивидуальными показателями параноидного поведения ($r = -0,63$) и анергии ($r = -0,7$). В то же время у детей с шизотипическим расстройством прослеживается тесная положительная корреляционная связь выраженности общей психопатологической симптоматики с УПП левой височной области ($r = 0,6$) и отрицательная связь с межполушарной разницей УПП Td-Ts ($r = -0,58$). Кроме того, УПП правой височной области отрицательно коррелирует с позитивной симптоматикой ($r = -0,76$). Обращает на себя внимание тот факт, что активность левой височной области имеет отношение к проявлению общей психической патологии в каждой группе детей без органического нарушения мозга с тем отличием, что в одном случае эта связь обратная, а в другом прямая. Помимо этого, у детей с шизотипическим расстройством в отличие от случаев шизофрении отсутствует тесная связь УПП левой височной области с кластерами анергии и параноидного поведения.

Заключение. Полученные результаты указывают на важную роль уровня энергозатратных процессов головного мозга, в особенности активности височных областей, в возможной взаимосвязи психопатологических нарушений с обнаруженными в исследуемой когорте больных нейрофизиологическими паттернами. Показанное в работе снижение энергетического метаболизма в височной области левого полушария, наблюдаемое у части больных шизофренией, свидетельствует о недостаточности левого полушария, дефицит функции которого, по-видимому, играет ключевую роль в патогенезе шизофрении.

Выводы. Установленное в работе снижение активности левой височной области у больных шизофренией, связанное с комплексом психопатологических симптомов, дает основания предположить, что асимметричные функциональные сдвиги могут принимать участие в модуляции психопатологической картины в клинике расстройств шизофренического спектра.

ОЦЕНКА ПЕДОФИЛЬНОГО ИНТЕРЕСА ПОСРЕДСТВОМ КОРНЕАЛЬНОГО И ПУПИЛЛЯРНОГО РЕФЛЕКСОВ

Каменсков М.Ю.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Москва

ASSESSMENT OF PEDOPHILE INTEREST THROUGH CORNEAL AND PUPILLARY REFLEXES

Kamenskov M.Yu.

В настоящее время до сих пор остаётся недостаточно изученным вопрос, касающийся изменений диаметра зрачка (пупиллярного рефлекса) и моргательного (корнеального) рефлекса при экспозиции визуального эротического контента, что не позволяет судить о диагностическом вкладе этих физиологических параметров в оценку значимости предъявляемых стимулов. Более того, полученные в различных научных исследованиях результаты оказываются достаточно противоречивыми. В связи с этим с целью изучения диагностического значения пупиллярного и корнеального рефлексов для оценки сексуального интереса было обследовано 60 мужчин молодого и зрелого возраста, привлекавшихся к уголовной ответственности

за совершение преступлений против половой неприкосновенности детей. Первую группу составили 30 правонарушителей с педофильным расстройством, вторую – 30 человек без педофильного расстройства. При проведении психофизиологического обследования использовалась высокоскоростная система дистанционного бинокулярного трекинга SMI iViewX RED. Эротические стимулы предъявлялись на жидкокристаллическом мониторе на расстоянии 60–70 см от глаз и в качестве стимулов сравнения использовались фотографии женщин (нормативные стимулы), а релевантные (педофильные) стимулы были представлены фотографиями детей обоего пола. Всего использовалось 6 стимулов с изображением разных моделей, которые предъявлялись четырежды и в разной последовательности со временем экспозиции 15 секунд. Структура сета была следующей: 1С-1R-2R-3R-4R-2С, где С – стимулы сравнения, R – релевантные стимулы. В соответствии с проведенным внутригрупповым анализом при педофилии были выявлены меньшие абсолютные значения общей продолжительности морганий при предъявлении педофильного стимула в сопоставлении с нормативным (1236 мс vs 1582 мс, $p=0,04$), а во 2-й группе меньшее количество моргательных движений совершалось при демонстрации нормативного стимула, но не педофильного (3,6 vs 5,1, $p=0,1$). При анализе изменений диаметра зрачка выявлены следующие внутригрупповые различия: у обследуемых 2-й группы достоверное расширение зрачка отмечалось при предъявлении нормативного стимула по сравнению с педофильным (4,2 vs 4,09, $p=0,005$). При педофилии подобных внутригрупповых различий в изменениях диаметра зрачка в ходе экспозиции нормативного и педофильного стимулов не обнаружено. Некоторые исследователи рассматривают корнеальный и пупиллярный рефлекс как показатели эмоциональной реакции, возникшей в ответ на предъявление раздражителя. В то же время усматривается связь между проявлениями сексуальности и эмоциями. Так было показано, что стартл-реакция, регистрируемая с помощью частоты моргательных движений, угасает при экспозиции тестируемым сексуально привлекательных стимулов. Предлагается данный феномен рассматривать в качестве «аппетитной эмоции», вызывающей субъективно приятное эмоциональное состояние. В нашем исследовании с участием лиц с педофилией и сексуальных правонарушителей без признаков парафилий была обнаружена тенденция между урежением морганий/общей продолжительностью морганий и демонстрацией того стимула, который соответствует сексуальным предпочтениям тестируемых. Таким образом, данные показатели косвенно могут свидетельствовать о привлекательности экспонируемых объектов. Тем не менее, корнеальный рефлекс в большей степени измеряет эмоциональную реакцию субъекта на раздражитель, но не само сексуальное возбуждение, в связи с этим целесообразно использовать его анализ параллельно с другими методиками, которые оценивают генитальную реакцию. Другим параметром реакции глаза, связанным с вниманием и в особенности с сексуальным интересом, является расширение зрачка. Показано, что уровень интереса и внимания участника к визуальному стимулу, а также уровень физического удовольствия и генитального возбуждения обследуемого пропорционально связаны с диаметром зрачка – его увеличением, интерпретируемым как показатель активации внимания и большего сексуального возбуждения. Преимуществом анализа изменений диаметра зрачка является то, что его расширение связано с автономной нервной системой и, следовательно, трудно поддается сознательному контролю и может служить надёжным психофизиологическим критерием для оценки привлекательности стимула. В проведенном нами исследовании было выявлено достоверное расширение зрачка в ответ на предъявление гетеросексуального стимула мужчинам без парафильных расстройств. Однако у лиц с педофильным расстройством

подобных закономерностей не обнаруживается: при демонстрации им девиантного стимула пупиллярный рефлекс носит недифференцированный характер. В некоторых гендерных исследованиях были получены схожие результаты, которые выявили, что у мужчин отмечается существенное расширение зрачка на сексуально предпочтительный стимул, в то время как у женщин оно менее определённое. В иных исследованиях, связанных с сексуальной ориентацией, также показано, что гетеросексуальные мужчины и гомосексуальные женщины выявляют самое большое расширение зрачка относительно объектов своих эротических предпочтений, тогда как бисексуальные мужчины и бисексуальные и гетеросексуальные женщины демонстрируют менее определённые и недифференцированные результаты. Такое сходство результатов наших и гендерных исследований позволяет выдвинуть предположение, что менее дифференцированное восприятие нормативных и девиантных стимулов у гетеросексуальных женщин и мужчин с педофильным расстройством связано с особенностями церебральной организации, которая приближена к женской у лиц с педофилией: ведь и социальные, и сексуальные проявления половой идентичности являются только фенотипическими маркерами более глубоких биологических процессов: в частности, формирование женской половой идентичности у мужчин увязывается прежде всего с половой дифференцировкой мозга, с его неполной маскулинизацией. Другие авторы, говоря о схожести пупиллярного рефлекса и генитального возбуждения у гетеросексуальных мужчин и гомосексуальных женщин, высказывают схожее предположение, отмечая, что это может быть вызвано повышенным воздействием пренатальных андрогенов на женский плод, что обуславливает постнатальное маскулинизированное поведение у гомосексуальных женщин. В целом полученные данные позволили обнаружить некоторую тенденцию в различиях корнеального и пупиллярного рефлексов при педофилии и в норме в ходе предъявления эротического контента. Так, для лиц, страдающих педофилией, оказывается более характерным угасание корнеального рефлекса при экспозиции педофильного стимула, а для здоровых в психосексуальном отношении обследуемых – нормативного. Относительно изменений пупиллярного рефлекса были получены не столь однозначные результаты: у лиц с педофилией он носит менее дифференцированный характер при предъявлении педофильных и нормативных стимулов по сравнению с тем, как это наблюдается у тестируемых без расстройств сексуального предпочтения, которые, наоборот, проявляют более дифференцированную реакцию в отношении нормативного гетеросексуального объекта, – у них отмечается существенное расширение зрачка в ответ на демонстрацию гетеросексуального стимула. Таким образом, полученные данные позволяют использовать оценку пупиллярного и корнеального рефлексов для выявления сексуального интереса к экспонируемым объектам.

МИКРОТРЕМОР ГЛАЗ И КОНТРАСТНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В НОРМЕ И ПРИ ШИЗОФРЕНИИ С ГАЛЛЮЦИНАТОРНОЙ И БРЕДОВОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

Карлова А. В., Гусейнова З.Т., Ляпунов И.С., Ляпунов С.И., Иванов М.В.,
Шошина И.И.

Санкт-Петербургский государственный университет
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
ИОФ РАН

Санкт-Петербург

*TREMOR EYE MOVEMENTS AND CONTRAST SENSITIVITY IN NORM AND IN
SCHIZOPHRENIA WITH HALLUCINATORY AND DELUSIONAL SYMPTOMS*

*Karlova A.V., Guseinova Z.T., Lyapunov I.S., Lyapunov S.I.,
Ivanov M.V., Shoshina I.I.*

Начальный этап обработки зрительной информации обеспечивается магноцеллюлярной нейронной системой, отвечающей за глобальный анализ зрительного поля и чувствительной к низким пространственным и высоким временным частотам, и парвоцеллюлярной нейронной системой, ответственной за локальный анализ визуальной информации и чувствительной к высоким пространственным и низким временным частотам. В связи с этим, регистрация контрастной чувствительности зрительной системы в различных диапазонах пространственных частот, используется для оценки активности магно- и парвоцеллюлярной нейронных систем. Согласованная работа данных систем обеспечивает целостность восприятия и взаимосвязана с высшими психическими процессами. В соответствии с положениями теории треморно-модуляционного сигнала в зрительной системе, контрастная чувствительность взаимосвязана с характеристиками треморных движений глаз. Микротремор глаз относится к высокочастотным фиксационным движениям глаз с подкорковым и корковым уровнями управления. Регистрация микротремора глаз в настоящее время находит применение в зарубежной клинической практике для оценки глубины анестезии и прогнозирования выхода из комы. Таким образом, логично предположить, что показатели контрастной чувствительности и микротремора глаз могут выступать в качестве надежных маркеров функционального состояния центральной нервной системы и состояния сознания как такового.

В исследовании приняли участие больные шизофренией с выраженной галлюцинаторной и бредовой симптоматикой, а также здоровый контроль без психоневрологических нарушений в анамнезе. Функциональное состояние магно- и парвоцеллюлярной систем оценивали с помощью визоконтрастометрии при предъявлении элементов Габора с пространственными частотами от 0,2 до 10 цикл/град. Параметры микротремора глаз регистрировали с помощью специально разработанной оптической системы. Программно рассчитывали частоту и амплитуду микротремора.

Установлены статистически значимые различия в контрастной чувствительности между участниками с галлюцинаторной и бредовой симптоматикой по сравнению со здоровым контролем в диапазоне высоких пространственных частот, к которым специфичны нейроны парвоцеллюлярной системы. Данные свидетельствуют о снижении активности этой системы у пациентов исследуемых групп, соответственно, доминировании активности магноцеллюлярной системы. Также показаны значимые различия частоты и амплитуды микротремора глаз у пациентов с бредовой и галлюцинаторной симптоматикой в диапазоне 70-100 Гц, различия в амплитуде тремора даже в несколько более широком диапазоне частот от 60 до 110

Гц. При сравнении со здоровым контролем значимые различия установлены с обеими группами пациентов в диапазоне частоты тремора 100-110 Гц. Пациенты с бредовой симптоматикой различались со здоровым контролем и по амплитуде тремора глаз в частотном диапазоне от 40 до 110 Гц.

Таким образом, характеристики микротремора глаз у пациентов с выраженной галлюцинаторной и бредовой симптоматикой значительно отличались между собой и в сравнении с психически здоровыми испытуемыми. Показатели контрастной чувствительности у групп пациентов свидетельствуют о нарушении согласованной работы магноцеллюлярной и парвоцеллюлярной систем.

РАЗРАБОТКА И ВАЛИДАЦИЯ ЭЛЕКТРОННОГО СТРУКТУРИРОВАННОГО ОПРОСНИКА ДЛЯ СКРИНИНГА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

**Касьянов Е.Д., Яковлева Я.В., Мудракова Т.А., Касьянова А.А.,
Вербицкая Е.В., Мазо Г.Э.**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева» Минздрава России
Санкт-Петербург

DESIGNING AND VALIDATING OF A COMPUTERIZED STRUCTURED QUESTIONNAIRE FOR SCREENING OF AFFECTIVE DISORDERS (CSQ-SAD) IN THE RUSSIAN POPULATION: PRELIMINARY RESULTS

*Kasyanov E.D., Yakovleva Y.V., Mudrakova T.A., Kasyanova A.A.,
Verbitskaya E.V., Mazo G.E.*

Актуальность: Внедрение электронного структурированного опросника для скрининга аффективных расстройств, валидированного на российской популяции, имеет важное практическое, социальное и экономическое значение. Скрининг и оценка распространённости аффективных расстройств (в т.ч. в течение жизни) позволит определить группы риска и, таким образом, оптимизировать оказание им специализированной помощи. В особенности, это касается лиц с высоким риском суицидного поведения за счёт превентивного скрининга на наличие депрессивной симптоматики. Кроме того, более точная оценка распространённости аффективных расстройств среди населения имеет важное значение для планирования здравоохранения.

Методы: Данное кросс-секционное мультицентровое валидационное исследование нацелено на изучение точности верификации диагнозов рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) или биполярного аффективного расстройства (БАР) новым скрининговым инструментом. На основе диагностических критериев DSM-5 для РДР и БАР были разработаны вопросы и структура опросника. Участники исследования сначала заполняли скрининговый опросник в электронной форме и затем проходили структурированное интервью по Mini International Neuropsychiatric Interview с исследователем, который был ослеплён от результатов скринингового теста. Статистический анализ производился в RStudio v1.4.1717. Для оценки стандартных показателей эффективности скринингового опросника с помощью таблиц 2 x 2 рассчитывались чувствительность (Sn) и специфичность (Sp) с их 95% доверительными интервалами (ДИ), а также точность (Ac).

Результаты: В исследование было включено 45 пациентов с БАР, 24 пациента с РДР, а также 32 участника группы сравнения, куда входили как здоровые лица, так и пациенты с тревожными расстройствами. В ходе анализа результатов электронного структурированного опросника для скрининга аффективных расстройств были получены следующие оценки стандартных показателей эффективности: РДР (Sn=95% (ДИ 95% [74-99]), Sp=81% (ДИ 95% [63-91], Ac=86%), БАР (Sn=98% (ДИ 95%

[88-99]), Sp=87% (ДИ 95% [69-96], Ac=94%), любое расстройство настроения (Sn=97% (ДИ 95% [89-99]), Sp=69% (ДИ 95% [53-82], Ac=87%). Дополнительно оценивалась способность исследуемого скринингового опросника дифференцировать РДР и БАР (Sn=98% (ДИ 95% [89-99]), Sp=77% (ДИ 95% [50-92], Ac=93%).

Заключение: Высокие показатели чувствительности и специфичности электронного структурированного опросника, выявленные в ходе анализа предварительных результатов, указывают на потенциальную клиническую значимость нового инструмента для скрининга расстройств настроения в популяции. Тем не менее требуется продолжение валидационного исследования для увеличения размера выборки и обучения высокоэффективных моделей прогнозирования расстройств настроения на основе данных электронного структурированного опросника. Исследование поддержано грантом РФФИ #23-25-00379.

НАРУШЕНИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ЧИСЛОМ КЛЕТОК СЕМЕЙСТВА ОЛИГОДЕНДРОЦИТОВ В РАЗЛИЧНЫХ ОБЛАСТЯХ АССОЦИАТИВНОЙ КОРЫ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Коломеец Н.С., Уранова Н.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

ABNORMAL RELATIONSHIPS BETWEEN THE NUMBERS OF CELLS OF THE OLIGODENDROCYTE FAMILY IN VARIOUS AREAS OF THE ASSOCIATIVE CORTEX IN SCHIZOPHRENIA

Kolomeets N.S., Uranova N.A.

Синдром дисфункции важнейших нейронных сетей в мозге больных шизофренией тесно связан с нарушениями миелинизации трактов, проходящих в белом веществе мозга, и аксонов в сером веществе коры.

Миелиновые оболочки аксонов, образованные отростками олигодендроцитов (ОЛ), обеспечивают увеличение скорости распространения сигнала по аксону в десятки раз при значительном снижении затрат энергии. Функционально-зависимые модификации миелиновых оболочек позволяют регулировать скорость передачи сигнала по аксонам и синхронизировать импульсы, что является важным условием синаптической пластичности. Эти модификации миелиновых оболочек осуществляют предшественники олигодендроцитов (ОП) на последних этапах дифференцировки. Численность популяции ОП в мозге взрослого человека составляет 3-9% клеточного состава, они могут быть легко идентифицированы на срезах мозга, окрашенных по методу Ниссля, как небольшие группы (кластеры) клеток, морфологически идентичных олигодендроцитам. Олигодендроциты-сателлиты (Сат-ОЛ) также являются потомством ОП, однако их возможные взаимосвязи с другими клетками семейства олигодендроцитов в мозге человека не исследованы.

Особый интерес представляет миелин серого вещества коры, который оказывает наиболее существенное влияние на функционирование межнейронных связей, так как регулирует конечный участок распространения сигнала по аксону внутри коры. Ранее мы показали снижение численной плотности (Nv) олигодендроцитов (NvОл), кластеров олигодендроцитов (NvОлК) и числа Сат-Ол на нейрон в 3 подслоях слоя 3 и слое 5 роstralной префронтальной (поле 10) и нижней теменной коры (поля 39 и 40) при шизофрении.

Цель исследования. Сравнительная оценка корреляционных связей между числом миелинизирующих олигодендроцитов, олигодендроцитов-сателлитов и их

предшественников (кластеров олигодендроцитов) в 3 и 5 слоях префронтальной и нижней теменной коры в норме и при шизофрении.

Материал и методы. Применяли метод Пирсона для исследования корреляционных связей между $NvOлK$, $NvOл$ и числом Сат-Ол на нейрон в 3 подслоях слоя 3 и в слое 5 ростральной префронтальной (поле 10) и нижней теменной коры (поля 39 и 40) в контроле и при шизофрении. Корреляционный анализ выполнен на основе результатов проведенных ранее исследований с применением метода оптического диссектора на окрашенных по методу Ниссля срезах 10, 39 и 40 полей коры для определения $NvOл$ и $NvOлC$ при шизофрении и в контрольной группе. Число Сат-Ол на нейрон подсчитывали на тех же срезах соответствующих полей коры.

Результаты исследования и обсуждение. В полях 10 и 40 картина корреляций была идентичной. В контрольной группе выявлены положительные корреляции между $NvOл$ и $NvOлK$ в подслоях 3а ($R=0.51-0,6; p \leq 0.002$), 3в ($R=0.59-0,64; p \leq 0.001$) и 3с ($R=0.61-0,66; p \leq 0.001$) слоя 3, а также в слое 5 ($R=0.72-0,9; p < 0,001$) полей 10 и 40. При шизофрении положительные корреляции между параметрами обнаружены в слое 5 ($R=0.63-0,87; p \leq 0.001$) полей 10 и 40, но отсутствовали во всех подслоях слоя 3. В поле 39 картина была кардинально отличной: мощные положительные корреляции между $NvOлK$ и числом Сат-Ол на нейрон выявлены и в контроле ($R=0.72-0,86; p \leq 0.001$) и при шизофрении ($R=0.72-0,86; p \leq 0.001$) во всех подслоях слоя 3. В слое 5 поля 39 полностью отсутствовали корреляции между числом клеток семейства олигодендроцитов как при шизофрении, так и в контроле.

Исследованные в настоящей работе поля коры принадлежат к лобно-теменной когнитивной сети и сети пассивного режима работы мозга, нарушения функционирования которых рассматриваются как ключевые элементы дисфункции мозга при шизофрении. Выраженное подавление связей и дефицит внутрикоркового миелина при шизофрении описаны в лобно-теменной когнитивной сети, включающей в себя кору лобного полюса (поле 10) и поле 40 нижней теменной доли как ключевые области. Что касается поля 39, по классическим представлениям оно задействовано в языковых, фонологических и семантических задачах. Считается, что благодаря этим функциям поле 39 является важной составляющей нейронной сети пассивного режима работы мозга. Однако на сегодняшний день имеются данные о более глобальных функциях этой области коры: ее рассматривают как буфер всей входящей внешней и внутренней информации и считают одной из областей мозга с наибольшей плотностью функциональных связей.

Следует отметить, что были выявлены только корреляции между $NvOлK$, содержащих предшественники олигодендроцитов, и их потомством – миелинизирующими ОЛ либо Сат-Ол. Экспериментальные данные свидетельствуют, что как пролиферация и дифференцировка ПО, так и процесс образования миелина, зависят от конкретных характеристик активности соответствующих нейронов, что определяется наличием глутаматергических синапсов на ПО. Что касается корреляций между $NvOлK$ и числом Сат-Ол на нейрон, такая связь нами была выявлена впервые. Известно, что Сат-Ол способны воспринимать активность нейронов-хозяев и могут регулировать генерацию ими потенциалов действия. Характеристики потенциалов действия нейронов имеют фундаментальное значение для проведения информации по нейронным сетям, что существенно влияет на процессинг информации в коре мозга. Данные экспериментального исследования также свидетельствуют о возможности миелинизации близлежащих аксонов сателлитами, однако необходимо дальнейшее исследование механизмов взаимодействия между Сат-Ол и другими клетками семейства олигодендроцитов.

Выводы. Тесно связанные функционально и структурно области префронтальной и теменной коры (поля 10 и 40) демонстрируют идентичную картину взаимосвязей между числом клеток семейства олигодендроцитов, тогда как особый характер корреляционных связей выявлен в поле 39, характеризующимся особым «глобальным» характером связей и высокой интенсивностью активности нейронов. Это позволяет предположить, что характеристики функциональной активности различных нейронных сетей и их изменений при шизофрении тесно связаны с особенностями взаимодействий между клетками семейства олигодендроцитов.

МОДЕЛЬ АССЕРТИВНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ТЕРАПИИ В КОНТЕКСТЕ НОВОГО ПОРЯДКА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Конопленко Э.Р., Полякова А.С.

ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая психиатрическая больница»
Архангельск

*REHABILITATION MODEL OF ASSERTIVE COMMUNITY
THERAPY IN THE CONTEXT OF NEW ORDER DISPENSARY CARE: OPPORTUNITIES
AND PROSPECTS*

Konoplenko E.R., Polyakova A.S.

Тягостные проявления психического расстройства в виде дезадаптирующей болезненной симптоматики, ограничений во многих сферах функционирования, нежелательных эффектов лекарственной терапии и иных внешних факторов способствуют ослаблению терапевтического альянса, нарастанию общего дистресса и углублению социально-трудовой дезадаптации больных. В описанных обстоятельствах диспансерное наблюдение с непрерывной курацией больных способствует снижению суммарной длительности стационарного и полустационарного лечения.

Вступивший в силу с 01.03.2023 новый порядок диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжёлыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (Приказ от 30 июня 2022г. N 453н), формирует новые вызовы в плане организации оказания психиатрической помощи населению. Перспектива резкого увеличения группы диспансерных больных, а также необходимость обобщения и анализа их обслуживания представляется остро возникшей проблемой ввиду дефицита кадровых ресурсов и трудностей оказания персонализированной помощи, ориентированной на проблемы и потребности каждого конкретного пациента. Создание мультидисциплинарной бригады специалистов, задействование медицинских психологов и специалистов по социальной работе видится одним из наиболее перспективных алгоритмов оценки клинико-социальных аспектов функционирования больных с последующим стратегическим воздействием на выявленные дефициты.

Одним из развивающихся направлений психосоциальной реабилитации вне стен медицинского учреждения является модель Ассертивной внебольничной терапии (далее – АТ), реализующаяся на базе амбулаторного звена ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница». Данный вид вмешательств является адаптацией модели FACT (Flexible Assertive Community Treatment), адаптированной к российским условиям и стандартам оказания психиатрической помощи.

Реабилитационное направление предусматривает долгосрочную комплексную внебольничную помощь, поддержку лицам с тяжелыми хроническими психическими заболеваниями в любой комфортной для пациента среде. Спецификой модели

является ассертивность (от англ. assertive – настойчивый): соблюдение оптимального баланса между стимулирующим воздействием и опорой на инициативу и сильные стороны личности пациента. Полипрофессиональная бригада специалистов – врачи-психиатры, медицинские психологи, специалисты по социальной работе – активно взаимодействуют с участниками программы. Помощь оказывается по нескольким направлениям: психосоциальная поддержка, социально-бытовая реабилитация, социально-правовое социально-трудовое сопровождение.

Участковыми врачами-психиатрами выявляются пациенты, труднодоступные для лечения в амбулаторных условиях, требующие активных медико-социальных вмешательств и соответствующие следующим критериям: принадлежность к группе диспансерного наблюдения, частые госпитализации в круглосуточный психиатрический стационар (от 2-х в год и более); серьёзные ограничения в межличностном и социальном функционировании; системный и долгосрочный характер проблем; наличие реабилитационного потенциала (отсутствие выраженного эмоционально-волевого и/или интеллектуального дефекта). Специалисты программы АТ изучают медицинскую документацию пациента и договариваются с ним о первичной встрече. Посещение участников на дому осуществляется не реже 1 раза в неделю. В соответствии с актуальным запросом и потребностями составляется план реабилитационных мероприятий.

Индивидуализированный подход сочетается с активным вовлечением пациентов в групповую работу: на базе диспансерного отделения регулярно проходят психообразовательные лекции и тренинговые занятия, что помимо основных задач (формирование специфических знаний и навыков) способствует повышению личной инициативы пациентов, сопровождается положительным эмоциональным опытом пребывания в стенах медицинского учреждения и вторично оказывает влияние на комплаенс.

Важным аспектом реализации программы является использование дистанционных технологий: коммуникации посредством телефонных и видео-звонков, СМС-сообщений и социальных сетей. Лица, страдающие психическими расстройствами, ввиду содержания болезненных переживаний, общего недоверия к медицинскому персоналу нередко с опасением относятся к необходимости общения со специалистами, однако при установлении должного доверительного контакта воспринимается более доброжелательно.

Участники программы еженедельно распределяются по нескольким группам наблюдения в зависимости от особенностей их состояния и нуждаемости в помощи: группа ежедневного интенсивного наблюдения (пациенты с ухудшением психического состояния, недавно включённые в программу, находящиеся в трудных жизненных обстоятельствах и имеющие риск развития жизнеугрожающих состояний); группа лиц из категории Д-5 (имеющие риск совершения общественно опасных деяний и требующие более пристального внимания); больные, находящиеся на лечении в психиатрическом стационаре (осуществляется взаимодействие с сотрудниками отделений); группа, не требующая интенсивного наблюдения (относительная стабилизация состояния, достаточная мотивация на лечение). Увеличение количества пациентов, вовлечённых в оказание персонализированной помощи, осуществляется за счёт перехода участников в группу, не требующую интенсивного наблюдения.

На февраль 2023 года в программу включено 50 пациентов, 35 человек (70%) страдают расстройствами шизофренического спектра, аффективными расстройствами – 4 человека (8%), расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте – 4 человека (8%), органическими психическими расстройствами – 7 человек (14%).

Бригада специалистов участвует в ведении медицинской документации, фиксируя в амбулаторной карте (на физическом носителе и посредством программы САМСОН) краткое содержание визита с указанием психологического и социального статуса, заявленных пациентом проблем, характера оказанной помощи, что позволяет руководителю организации или участковому врачу-психиатру учитывать совокупность данных для принятия решения о необходимости дополнительных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Целевым показателем эффективности программы является сокращение количества повторных госпитализаций в психиатрический стационар, что снижает уровень субъективного дистресса лиц с хроническими психическими расстройствами, препятствует закреплению самостигматизирующих установок, позволяет взять под контроль болезненные проявления и стабилизирует многие сферы межличностного и социально-трудового функционирования.

Несомненно, не все больные, взятые под диспансерное наблюдение, соответствуют критериям включения в программу АТ. Многие из них сохраняют достаточный уровень социально-трудовой адаптации, настроены на получение помощи исключительно в стенах медицинского учреждения (посещение реабилитационных центров с дневной занятостью, самостоятельное взаимодействие с центрами социального обслуживания, участие в группах самопомощи).

Таким образом, внедрение и совершенствование программ внебольничной психосоциальной помощи способствует не только развитию реабилитационного направления, но и выступает в качестве способа оптимизации обслуживания лиц группы диспансерного наблюдения в условиях кадрового дефицита. Помимо этого, комплексная полипрофессиональная психиатрическая помощь служит и дополнительной задачей – созданию терапевтических сообществ самопомощи больных с взаимной сетью поддержки.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ КАК КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ОСНОВА ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
Санкт-Петербург

*BIOPSYCHOSOCIAL MODEL AS A CONCEPTUAL BASIS FOR DIFFERENTIAL
DIAGNOSIS OF SCHIZOTYPAL DISORDER*

Kotsubinsky A.P., Butoma B.G.

Изучению психических расстройств в трансдисциплинарном пространстве отвечает биопсихосоциальная модель развития психических расстройств, которая предполагает междисциплинарный подход, направленный на выявление связей аномалий функционального характера с морфологическими нарушениями.

Используемый в связи с этим выбор методов исследования (фрактальный анализ ЭЭГ, исследование иммунологических показателей, исследование когнитивных стилей) был обусловлен стремлением авторов выявить особенности указанных форм патологии на фундаментальных уровнях биологической организации процесса и психического функционирования индивида.

Используемый нами метод основан на анализе фрактального хаоса ЭЭГ, уровень которого определялся особенностями флюктуаций амплитудных значений мощности α - и θ -ритма. Фрактальный анализ флюктуаций показателей системы позволял количественно оценить ее устойчивость. ЭЭГ регистрировалась по международной системе "10–20". Математической обработке (пакет программ

"MATLAB" версии 6.0 и "BORLAND C++ BUILDER" версии 6.0) подвергалась ЭЭГ в состоянии пассивного бодрствования на участках не содержащих физиологических и технических артефактов, а также лишенных пароксизмальной биоэлектрической активности. Основными численными характеристиками результатов фрактального анализа ЭЭГ являлись: b1 – фрактальный индекс низкочастотных флюктуаций мощности ритма; b2 – фрактальный индекс среднечастотных флюктуаций мощности ритма. Было обследовано 55 пациентов от 20 до 43 лет, страдающих разными формами шизофрении и шизотипическим расстройством. Результаты проведенного исследования позволили предположить, что: 1) отсутствие психопатологической продукции в форме бреда и галлюцинаций при шизотипическом расстройстве связано с «хаотической интактностью» электрической активности правого полушария, а «полисемантизм», столь характерный для семиотических систем шизотипических пациентов (и как следствие его – неспособность к адекватной интернализации социально-приемлемых паттернов поведения), объясняется дискордантными по отношению к норме фрактальными феноменами в лобных отделах левого полушария»; 2) легкость образования «психотических» феноменов в клинической картине параноидных пациентов связана с «хаотической заинтересованностью» электрической активности правого полушария.

Полученные нами данные в ходе фрактального анализа в определенной степени согласуются с исследованиями, позволившими в качестве претендента на шизотипический эндофенотип (эндофенотипический маркер), понимаемый как континуум между личностными чертами и расстройствами шизофренического спектра рассматривать так называемое сенсорное дозирование, сенсомоторный гейтинг (от англ. gate – ворота) или предимпульсное торможение (prepulse inhibition) в преморбидном периоде – процесс дозирования и фильтрации информации, поступающей из окружающей среды (при помощи которого мозг регулирует величину ответов на сенсорные стимулы из окружающей среды), играющий существенную роль при формировании континуально понимаемого феномена шизотипии. Генетическая связь шизотипического расстройства (и расстройства личности кластера А – по классификации DSM) с шизофренией показано достаточно убедительно при использовании близнецового и семейного генетических методов. Поддержку их аргументов обеспечивают генетические исследования и исследования, показывающие значительное совпадение профилей генетических ассоциаций при шизотипическом расстройстве и шизофрении.

Также была проведена дифференцированная оценка состояния иммунной системы у 57 больных шизотипическим расстройством и прогрессивными формами шизофрении, что отражает один из гипотетических механизмов развития расстройств шизофренического спектра, связанного с воспалением. Для оценки состояния иммунной системы определялись в периферической крови следующие количественные и функциональные показатели: 1) численность (в процентах) субпопуляции лимфоидных клеток – зрелых Т-лимфоцитов – CD 3+ ; Т-лимфоцитов-хелперов – CD 4+; Т-лимфоцитов супрессорных/цитотоксических – CD8+; В-лимфоцитов – CD 20+; иммунорегуляторный индекс (ИРИ) – отношение CD 4+/CD8+; 2) концентрация в плазме крови иммуноглобулинов классов А, G, М; 3) активность (бактерицидность) нейтрофилов по НСТ-тесту; 4) чувствительность (сенсбилизация) иммуноцитов к нейроспецифическим антигенам (белку S-100, антигену нейрональных мембран, основному белку миелина, галактоцереброзидам С-1-типа); 5) концентрация в плазме крови ЦИК; 6) интерфероновый статус и цитокиновый профиль. Были обнаружены существенные различия по ряду показателей в сравниваемых группах.

В исследовании было проведено изучение стилевых профилей у больных с шизотипическим расстройством и больных с параноидной шизофренией (40 и 50 пациентов соответственно). Совокупность когнитивных стилей личности определялась как стилевой профиль. Важно отметить, что психическая деятельность в целом, а также психологическая адаптация в частности, во многом обусловлены особенностями когнитивных процессов, а стилевой профиль личности становится важной компонентой оценки адаптивных возможностей индивидуума. Использовались следующие методики: «Скрытые фигуры»; «Скорость завершения рисунка»; «Свободная сортировка слов», «Свободная сортировка цветов»; «Словесно-цветовая интерференция»; «Сравнение похожих рисунков»: Роршах-тест и Копинг-тест. В изученных группах выделены доминирующие когнитивные профили.

Оказалось, что для пациентов, страдающих шизотипическим расстройством, характерно сочетание полнезависимости и ригидности с рефлексивностью, дифференциацией и толерантностью к нереалистическому опыту. В отличие от этого, у больных параноидной шизофренией полнезависимость и ригидность сочеталась с импульсивностью, склонностью к интеграции, интолерантностью к нереалистическому опыту.

Было обнаружено, что шизотипические пациенты отличались неартикулированностью системы психического отражения (восприятия поля, эмоциональной реактивности, личностной идентичности и образа телесного Я) и отсутствием познавательной пластичности, что, по всей вероятности, компенсируется у них повышенной рефлексивностью, сужением диапазона эквивалентности и расширением диапазона приемлемости психических феноменов. Таким образом, получены достоверные различия между исследуемыми группами больных с шизотипическим расстройством и прогрессивными формами шизофрении по всем трем группам показателей: а) биоэлектрической активности головного мозга, исследованной с помощью факторного анализа ЭЭГ; б) иммунной системы; в) когнитивных стилей, отражающих возможности социально-психологической адаптации пациентов.

Данная работа подтверждает представление о шизотипическом континууме, которое получило своё терминологическое оформление в обобщающем термине «шизотипия».

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА С СИМПТОМАМИ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА В АНАМНЕЗЕ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Кошевой Р.С., Сергиенко А.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

ФГБОУ ВО МГППУ

Москва

*NEUROCOGNITIVE STATUS OF PRIMARY SCHOOL CHILDREN WITH
SCHIZOPHRENIC SPECTRUM DISORDERS WITH A HISTORY OF SCHIZOTYPAL
DIATHESIS SYMPTOMS (PILOT STUDY)*

Koshevoy R.S., Sergienko A.A.

На настоящий момент времени всё большее число исследователей приходит к выводу, о том что, шизотипический диатез способен трансформироваться в различные нервно-психические расстройства, такие как шизофрения, шизотипические расстройства, РДА, РАС.

В нашем исследовании производится попытка соотнесения симптомов, являющихся признаками шизотипического диатеза и свидетельствующих о дефицитарной

работе определённых мозговых структур, с текущим нейрокогнитивным статусом детей младшего школьного возраста с расстройствами шизофренического спектра в плане развития нейропсихологического подхода к пониманию предикторов шизофрении. Нейрокогнитивный статус в данной работе определяется как совокупность данных, полученных с помощью методов нейропсихологической диагностики, характеризующих уровень сформированности нейропсихологических факторов, как структурно-функциональных единиц, реализующих определенный принцип работы головного мозга.

Целью работы является изучение особенностей нейрокогнитивного статуса детей младшего школьного возраста с расстройствами спектра шизофрении, имевших в анамнезе симптомы шизотипического диатеза.

Материал и методы. Экспериментальную группу составили дети от 8 до 10 лет с верифицированным диагнозом из спектра шизофрении (N=12). Среди них десять с диагнозом шизотипическое расстройство (F21), двое с диагнозом шизофрения детский тип (F20.8). В контрольную группу вошли дети от 8 до 10 лет без психиатрического диагноза у них и их родителей (N=15). Методами исследования являлись: нейропсихологическая диагностика на основе методики А. Р. Лурии – Л. С. Цветковой, заполнение авторской анкеты диагностики шизотипического диатеза, разработанной на основе анализа 107 анамнестических данных пациентов ФГБНУ «НЦПЗ», ретроспективный анализ медицинской документации. В нейрокогнитивном статусе оценивались: фактор программирования, регуляции и контроля и такие его компоненты как тормозный контроль, общий контроль и программирование, кинетический фактор, кинестетический фактор, фактор фонематического слуха, фактор неречевого гнозиса, фактор слухоречевой памяти, фактор межполушарного взаимодействия, пространственный фактор и такие его компоненты как соматотопическое восприятие, оптико-пространственное восприятие, «квазипространственное» восприятие, фактор зрительных предметных образов представлений, фактор зрительного восприятия, фактор зрительной памяти, энергетический фактор. Дополнительно оценивалась сформированность наглядно-образного и вербально-логического мышления. В статистической обработке использовались следующие непараметрические критерии: критерий Манна-Уитни, критерий корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. При сравнении двух групп испытуемых были выявлены статистически значимые различия по всем, исследуемым нами параметрам нейрокогнитивного статуса ($p < 0,001$). На основе анализа частот встречаемости выраженного (более 2 баллов) дефицита параметров нейрокогнитивного статуса было выявлено следующее:

1. В структуре нейрокогнитивного статуса на первый план выступает нарушение произвольной регуляции деятельности (отмечалось у 91,7% детей экспериментальной группы), в частности, такого параметра как тормозного контроля – способности к отторжению, ингибции определённого типа поведения. Выраженный дефицит общего контроля отмечался в 25% случаев, выраженный дефицит в звене программирования деятельности встречался в 16,7% случаев.
2. На второй план выступает дефицит фактора межполушарного взаимодействия и энергетического – 83,3% и 75% соответственно. Дети из экспериментальной группы хуже справляются с пробами на реципрокную координацию, имеют снижение нейродинамических параметров деятельности.
3. На третий план выступает дефицит пространственного фактора. Выраженный дефицит отмечался в 66,7% случаев. Выраженный дефицит составляющих пространственного фактора – оптико-пространственного восприятия,

соматотопического восприятия и «квазипространственного» отмечались в 63,6%, 58,3% и 70% соответственно.

Дети с расстройствами шизофренического спектра имеют больше симптомов шизотипического диатеза в сравнении с условно здоровыми сверстниками ($p < 0,01$). Была предпринята попытка классифицировать симптомы шизотипического диатеза, в результате которой были сформированы следующие группы: 1. Гностическая сфера; 2. Сфера произвольной регуляции; 3. Эмоциональная сфера; 4. Сфера речевого развития; 5. Нейродинамическая сфера; 6. Вегетативная сфера; 7. Двигательная сфера.

При оценке различий между группами, было выявлено преобладание симптомов шизотипического диатеза, относящихся к сфере произвольной регуляции и к эмоциональной сфере ($p < 0,001$) у детей из экспериментальной группы в сравнении с нормативно развивающимися сверстниками. Таким образом, у детей из экспериментальной группы в анамнезе чаще отмечаются симптомы по типу инертности в деятельности, пресыщаемости, нарушения чувства социальной дистанции, трудностей адаптации, замедленного или нестойкого формирования навыков самообслуживания, безразличия к другим людям, стремления к одиночеству, агрессии, негативизма, уплощения или, наоборот, подверженности аффекту. В остальных группах симптомов достоверных различий обнаружено не было.

Был произведён корреляционный анализ количества симптомов шизотипического диатеза с параметрами нейрокогнитивного статуса. Обнаружена прямая средней силы связь между степенью функциональной сформированности фактора программирования собственной деятельности и общим количеством симптомов шизотипического диатеза ($p < 0,05$; $r = 0,59$).

Количество симптомов шизотипического диатеза в сфере произвольной регуляции имеет взаимосвязь с фактором неречевого гнозиса ($p < 0,05$; $r = - 0,7$) и уровнем сформированности наглядно-образного мышления ($p < 0,05$; $r = 0,63$).

Шизотипический диатез в эмоциональной сфере коррелирует с наглядно-образным мышлением ($p < 0,05$; $r = 0,73$).

Шизотипический диатез в сфере речевого развития имеет корреляционную взаимосвязь с тормозным контролем ($p < 0,05$ $r = 0,61$), оптико-пространственным восприятием ($p < 0,05$ $r = 0,59$), фактором зрительного восприятия ($p < 0,01$ $r = 0,73$).

Шизотипический диатез в двигательной сфере демонстрирует множественные корреляционные взаимосвязи с целым рядом факторов и психических функций: взаимосвязь с программированием ($p < 0,05$ $r = 0,62$), тормозным контролем ($p < 0,05$ $r = 0,66$), сомато-топическим восприятием ($p < 0,05$ $r = 0,63$), наглядно-образным мышлением ($p < 0,05$ $r = 0,7$), вербально-логическим мышлением ($p < 0,01$ $r = 0,74$). В контрольной группе подобных корреляций не наблюдалось.

Выводы. В нейрокогнитивном статусе детей с расстройствами шизофренического спектра преобладает выраженный дефицит со стороны третьего и первого функционального блока мозга. Учитывая большее, в сравнении со сверстниками, число симптомов шизотипического диатеза, связанных, преимущественно, с этими же структурами (симптомы шизотипического диатеза в сфере произвольной регуляции и в эмоциональной сфере), можно предположить изначально высокую заинтересованность лобных и подкорковых структур (в частности, лимбической системы) в патогенезе шизофрении.

Отсутствие достоверных различий между контрольной и экспериментальной группой при сравнении других групп симптомов шизотипического диатеза наталкивает на предположение об отсутствии у них ведущей роли в развитии расстройств шизофренического спектра. Также, в соответствии с концепцией С. Ю.

Циркина о психопатологическом диатезе, наличие симптомов диатеза не всегда приводит к шизофрении. В связи с этим, можно предположить, что симптомы, относящиеся к этим группам, легче поддаются самопроизвольной компенсации и потому не приводят к декомпенсации.

Симптомы шизотипического диатеза, вероятно, вносят свой вклад в состояние некоторых параметров нейрокогнитивного статуса детей с расстройствами шизофренического спектра. Для выяснения этого вопроса и подтверждения полученных данных требуется продолжать исследование на большей по количеству испытуемых выборке детей.

ДИАГНОСТИКА РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА С ПОЗДНИМ НАЧАЛОМ

Кунафина Е.Р.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Уфа

*DIAGNOSIS OF EARLY MANIFESTATIONS OF ALZHEIMER'S DISEASE
WITH LATE ONSET*

Kunafina E.R.

Одной из наиболее значимых задач современной геронтопсихиатрии является изучение проблем деменции. Увеличение численности пожилого населения и изменение его возрастного состава привели к росту числа пожилых людей, страдающих нарушением когнитивных функций и деменцией. Согласно отчету Международной федерации ассоциаций по борьбе с болезнью Альцгеймера (Alzheimer's Disease International), на сегодняшний день в мире насчитывается более 55 млн. пациентов с деменцией, а к 2050 году этот показатель может достигнуть 139 млн. По общему мнению исследователей, наиболее частая причина слабоумия среди лиц старше 65 лет – болезнь Альцгеймера (БА). В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) при БА выделены следующие типы:

- 1) Деменция при БА с ранним началом (или БА, тип 2; пресенильная деменция альцгеймеровского типа).
- 2) Деменция при БА с поздним началом (или БА, тип 1; сенильная деменция альцгеймеровского типа), где имеется клинически установленное время начала заболевания после 65 лет или обычно после 75, или позже.
- 3) Деменция при БА, атипичная или смешанного типа. Сюда должны быть включены деменции, которые не подходят к описанию и диагностическим указаниям для пресенильной и сенильной БА, а также смешанные формы БА и сосудистой деменции.

Факторами риска БА считают следующие: возраст, наличие в семье секундарных случаев болезни Альцгеймера или других деменций позднего возраста, ApoE4(+) генотип. Как вероятные факторы риска рассматриваются черепно-мозговая травма, заболевания щитовидной железы в анамнезе, поздний возраст матери при родах и низкий уровень образования.

Деменция при БА с поздним началом (сенильная деменция альцгеймеровского типа – СДАТ) представляет собой первичную дегенеративную деменцию, начинающуюся в преобладающем большинстве случаев в старческом и (реже) в пожилом возрасте с малозаметных нарушений памяти, интеллектуальных функций и личностных изменений, которые, неуклонно прогрессируя, приводят к развитию тотальной деменции амнестического типа с общим нарушением высших корковых функций. Ранняя диагностика деменции является предметом научных исследований в мире, что обусловлено не только важностью своевременного начала симптоматического

лечения, но и необходимостью обеспечения социально-психологической поддержкой родственников больных при прогрессировании заболевания.

Цель исследования. Изучались начальные проявления СДАТ.

Материал и методы исследования. Обследовано 63 больных (6 мужчин и 57 женщин) в возрасте от 49 до 96 лет (в среднем — 77 лет). Больные наблюдались клинически и тестировались по нейропсихологическим шкалам. Изучались показатели, отражающие состояние памяти, ориентировки, степень связи с реальностью, а также речевых функций.

Результаты. Обнаружено, что одним из самых ранних проявлений расплывчатости представлений больных о реальности, которое можно выявить в беседах, является нарушение представлений о характере родственных взаимоотношений. Была выявлена тенденция к объединению, в сознании больных, родственников в более обобщенные группы по степени родственной близости и затруднению точной идентификации лиц в пределах одной такой группы. Последнее поначалу определяется только в представлениях больных (при свидании с родственниками пациенты сразу узнавали их, называли правильно). В то же время больные допускали промахи, но при идентификации окружающих, менее тесно связанных с личностью, объединяя их по общим признакам.

Ранние афатические расстройства проявляются, с одной стороны, в тенденции к объединению ряда предметов, близких по своему предназначению, в более обобщенные классы и называнию их каким-либо одним, наиболее часто встречающимся в обиходе наименованием; и с другой – в стремлении к называнию деталей предмета вместо самого предмета в целом.

На самых ранних стадиях заболевания имеется истинное критическое осознание болезни с адекватной эмоциональной реакцией и компенсаторными формами поведения, которое сменяется формальной критикой тогда, когда изменение собственно мнестических функций еще невелико и самообслуживание мало нарушено. Изменение характера критического отношения происходит параллельно с возникновением нарушений четкости представлений о реальности.

Уже в самом начале болезни отмечается изменение характера речевого контакта: снижение целенаправленности в беседе, падение интереса к содержательной стороне общения. Это нарушение достоверно коррелирует как с расстройствами критики ($r=0,79$), так и с нарушениями связей с реальностью ($r=0,73$).

Обнаружен этап снижения физической и психической активности, который наблюдался на той стадии заболевания, когда нарушения речевого контакта незначительны и имеется частичная критика к своей несостоятельности. По мере углубления деменции активность вновь повышается, однако, теряет свою целенаправленность.

Когнитивный статус является ведущим моментом в оценке состояния больного, однако, обращалось внимание и на изменения поведения больных. К ним можно отнести снижение работоспособности, лабильность настроения, мнительность, тревожность. Стоит отметить, что данные поведенческие симптомы должны быть устойчивы и не связаны с событиями, произошедшими в жизни больного в недавнем времени (испуг, смерть близкого родственника и др.).

Выявленные взаимосвязи подтверждаются данными, полученными при лечении мемантином. Это лекарство воздействует на глутаматную систему головного мозга, блокируя NMDA-рецепторы глутамата. Согласно современным исследованиям, мемантин в дозе 20 мг/сутки можно считать эффективным средством для терапии болезни Альцгеймера. У ряда больных на фоне терапии наблюдалось восстановление истинной критики, улучшение речевого контакта, также повышение целенаправленной активности. Это сопровождалось достоверным

улучшением связей с реальностью (в то время как улучшение памяти и ориентировки не достигали степени достоверности). В тех случаях, где подобного улучшения не отмечалось, не было и значимого уменьшения расплывчатости самых основных понятий и представлений.

Таким образом, учитывая увеличение числа пожилых людей, распространенность болезни Альцгеймера и длительное латентное, бессимптомное течение, которое практически не удается диагностировать на ранних этапах развития, в целом, экономические затраты и их динамику при прогрессировании заболевания, необходимо усовершенствование организации геронтопсихиатрической помощи, поиск простых, доступных, современных методов ранней диагностики болезни Альцгеймера.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Кунафина Е.Р.

ФГБОУ ВО ЮГМУ Минздрава России

Уфа

*INFLUENCE OF PSYCHOGENIC FACTORS IN THE GENESIS OF DEPRESSIVE
DISORDERS IN OLD AGE*

Kunafina E.R.

С увеличением числа пожилых и престарелых людей во всём мире и увеличением продолжительности их жизни происходит рост числа депрессивных и тревожных расстройств в популяции людей старшего возраста. Изучение особенностей формирования психопатологических расстройств у лиц пожилого возраста представляется весьма актуальным с учетом современной демографической ситуации, роста числа этих больных и трудностей социальной адаптации. Процесс старения и связанные с ним психофизиологические изменения в организме приводят к снижению адаптационных возможностей человеческого организма. По данным Всемирной организации здравоохранения у 40% пациентов старше 55 лет, обратившихся к врачу общей практики в связи с различными заболеваниями, имеют место депрессивные симптомы. Среди лиц старше 65 лет распространенность депрессивных нарушений достигает 15–20%, причем у многих пожилых больных депрессивная симптоматика впервые появляется после 60 лет. Решающую роль в развитии депрессии в пожилом возрасте играют психотравмирующие события, к факторам риска относят отсутствие социальной поддержки, соматические заболевания. Следует отметить высокий суицидальный риск и тенденцию к хронизации депрессии в этой возрастной группе. Причины депрессий в старости разнообразны. Они могут быть связаны с органическим поражением головного мозга в результате сосудистых нарушений, инсульта или специфических для этого возрастного периода заболеваний (болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера). Развитие депрессии может быть обусловлено эндокринными или терапевтическими заболеваниями, а также приемом некоторых медикаментов. При описании психологической ситуации эти больные говорят о таких проблемах, как «конфронтация с приближающейся смертью», «утрата перспектив», «напряженность и трения с новым поколением». Часто депрессивные состояния провоцируются внутрисемейными конфликтами, также могут развиваться в результате увольнения пожилых людей с работы («пенсионная депрессия»). Увеличение стрессовой нагрузки в связи с нарушением мировоззрения приводят пожилых людей к социальной дезадаптации.

Целью исследования явилось изучение роли психогений в формировании структуры и динамики психических расстройств у пожилых больных. Обследовано 45 пациентов (средний возраст – $67,5 \pm 12,8$ года), с диагнозами по МКБ-10 "депрессивный эпизод легкой степени", "депрессивный эпизод средней степени", "депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов". Из них органическими заболеваниями головного мозга страдали 24 чел., только депрессивными расстройствами – 21. Средняя продолжительность текущего депрессивного эпизода на момент обследования не превышала 5 месяцев и составляла в среднем $2,8 \pm 0,3$ месяца. Сопутствующая хроническая соматическая патология отмечена у 25 пациентов.

Результаты. Клиническая картина депрессивных состояний характеризовалась значительным полиморфизмом и была представлена депрессивной, тревожно-депрессивной, ипохондрической симптоматикой; наблюдались идеи самообвинения и самоуничтожения, явления *anaesthesia psychica dolorosa*, адинамия, вялость, безучастность, повышенная утомляемость, стойкие нарушения сна. Психотравмирующие жизненные события (смерть супруга или детей, развод, нежеланная перемена места жительства, одиночество и т.д.) наиболее часто предшествовали развитию эпизодов тревожной, тоскливой или слезливой депрессии. Обнаружено, что влияние психотравмирующих событий в пожилом и старческом возрасте наиболее часто проявлялось при органическом эмоционально лабильном (астеническом) расстройстве церебрально-сосудистого генеза. Нарастающая ригидность личности повышала ее уязвимость в отношении психогенных факторов. Больные с депрессивным аффектом были фиксированы на неблагоприятных жизненных обстоятельствах, одиночестве. При высоком уровне самосознания они в большей мере осознавали трудности своего положения, пессимистически оценивали будущее. Преобладающим психическим расстройством являлось органическое расстройство личности, клинические признаки которого отмечались в 16 случаях (35,5%). Духовные кризисы и моральные травмы, связанные с проявлениями жестокости со стороны близких людей, были причиной суицидальных попыток (2%). Психические расстройства сосудистого генеза в исследуемом материале в целом отличались волнообразным течением, «мерцанием» симптоматики, периоды ухудшения психического состояния часто возникали на фоне утяжеления соматического и неврологического состояния, под влиянием совокупности неблагоприятных внешних, психогенных факторов, преходящих нарушений мозгового кровообращения.

Проведенное исследование показывает, что поздний возраст отличается накоплением депривирующих негативных жизненных событий, оказывающих стрессогенное воздействие. Среди причин, вызывающих психогенные расстройства в позднем возрасте, наряду с соматическими заболеваниями, изменениями жизненного стереотипа, особое место занимают обусловленные возрастом потери, переживание одиночества. При этом, в позднем возрасте речь идет о воздействии стресса как на психическую, так и на соматическую сферу больного. Отсюда многоплановый характер реагирования больных, повышающий возможные риски для здоровья, в том числе и смертности, для пожилых и старых людей. Анализ причинности депрессивных расстройств позволит более успешно и эффективно проводить комплексные лечебные, профилактические и реабилитационные мероприятия.

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ (ПО ДАННЫМ
СОМАТОГЕРИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ)**

Кунафина Е.Р., Гизатуллин Т.Р.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России; ГБУЗ РБ РКПБ

Уфа

*CLINICAL AND SOCIAL FEATURES OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN
THE ELDERLY (ACCORDING TO THE SOMATOGERIATRIC DEPARTMENT)*

Kunafina E.R., Gizatullin T.R.

Изменения в возрастном составе населения большинства стран приводят к заметному возрастанию доли пожилых в обществе. Помимо чисто экономических проблем, неуклонное увеличение удельного веса и абсолютной численности лиц старших возрастных групп создает для государства серьезные медицинские проблемы, в связи с высоким риском развития психической патологии, характерной для пожилого возраста. Кроме того, с возрастом происходит накопление количества заболеваний, протекающих у пожилого пациента одновременно, особенно болезней, которые ассоциируются с процессами старения и старости, таких как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, нарушение мозгового кровообращения, сахарный диабет, онкологические заболевания и т.д. Психические расстройства позднего возраста, в свою очередь, включают галлюцинаторные параноидные психозы, тяжелые депрессивные состояния, острые органические психозы и деменцию с расстройствами поведения и нередко требуют стационарной психиатрической помощи и комплексного терапевтического подхода.

На базе Республиканской клинической психиатрической больницы МЗ Республики Башкортостан функционирует соматогериатрическое отделение для лиц пожилого и старческого возраста. Пациенты размещаются в двух полноценных блоках, палаты рассчитаны на 2-4 койко-места. В служебном блоке размещены кабинеты заведующего отделением, врачей психиатров, старшей медицинской сестры, психолога, социального работника, кабинет трудотерапии и реабилитации, просторная посетительская для родственников пациентов. В отделении имеются физиотерапевтический кабинет, кабинет ультразвуковой диагностики и электрокардиографии. Отделение оказывает платные услуги по индивидуальному уходу и наблюдению, проводит комплекс мероприятий по социальной реабилитации и психологической адаптации пациентов пожилого возраста, комплекс клинико-психологических исследований для оценки факторов риска и адаптивных ресурсов психики пациента, занимается оформлением медицинских карт для интернатов. В отделение поступают пациенты с различными психическими расстройствами, которые нуждаются в круглосуточном уходе и наблюдении, решением социальных вопросов, который осуществляют палатные медицинские сестры и младший медицинский персонал.

Большую часть психических расстройств в пожилом возрасте составляют непсихотические психические расстройства. По исследованию И.Б. Карпухина (2005), среди лиц, никогда не обращавшихся за психиатрической помощью, старше 60 лет у 51,5% выявляются психические расстройства непсихотического уровня.

Цель исследования: изучение клинико-социальных характеристик пожилых пациентов с непсихотической психической патологией, находящихся на стационарном лечении в соматогериатрическом отделении.

В связи с этим, было обследовано 42 пациента пожилого и старческого возраста. Средний возраст больных к моменту исследования равнялся $62,2 \pm 0,4$ года. В исследовании использовался клинико-психопатологический метод.

Результаты. Социальная характеристика больных показала, что женщины составляют более 2/3 (77,6 %) обследованных; доминируют лица старческого возраста (60,0 %); 31,8 % имеют среднее специальное и 25,4 % – высшее образование; одинокие и одиноко проживающие составляют 89,8 %; преобладающим социальным статусом является статус «инвалид», выявленный у 92,4 % обследованных, во всех возрастных категориях доминирующей является 2 группа инвалидности (82,3 %) по соматическому заболеванию.

Клиническая картина непсихотических психических расстройств позднего возраста гетерогенна и представлена расстройствами невротического, депрессивного и психопатоподобного типов. При невротических нарушениях помимо психогений в возникновении психических расстройств особое значение приобретают факторы, тесно связанные с возрастом больного, при одинаковой для всех возрастных периодов этапности: невротическая реакция, невротическое состояние, невротическое развитие. Для депрессивного типа расстройств характерен высокий уровень коморбидности с иными психопатологическими феноменами. Клинико-динамическое изучение обнаружило различие типологических характеристик. В зависимости от возрастной фазы инволюционного и старческого регресса выявлены невротический (неврастенический и ипохондрический); депрессивный, коморбидный с тревожными, когнитивными расстройствами, и психопатоподобный (неврозоподобный) типы. Среди личностных расстройств установлено преобладание психопатоподобного варианта в рамках возбудимых, тормозимых, истероидных и паранойяльных радикалов. Клиническая картина невротических расстройств обусловлена как структурой преморбидной личности, так и содержанием психогений позднего периода. Ипохондрическая фиксация переживаний приводила к нивелировке преморбидных личностных особенностей вследствие сужения круга интересов на собственном Я и формированию «ипохондрического эгоцентризма». Течение невротических расстройств носило подострый и затяжной характер с относительной стабильностью проявлений. В генезе невротических расстройств преобладающее патогенное значение имели неблагоприятные семейные отношения (49,4 %), сочетание психических травм (33,3 %), психогенные факторы в сфере производственных отношений (10,5%); сексуальные и бытовые психические травмы (4,3% и 2,5%). Помимо ведущей роли психогений, в возникновении неврозов немаловажное значение принадлежало факторам, тесно связанным с возрастом больного. Невротические расстройства у больных 60-70 лет развивались на фоне соматического неблагополучия, начальных явлений атеросклероза, инволюционных сдвигов. У пациентов с депрессивным типом расстройств (39,5%) при ассоциации депрессии и тревожных расстройств возраст наиболее активной симптоматики приходится на период до 74 лет ($p < 0,05$), по мере нарастания когнитивных изменений в психическом статусе число этих пациентов снижается (28,2%; $p < 0,05$). Для инициального периода депрессивных расстройств, коморбидных с когнитивными нарушениями, характерны полиморфизм клинических симптоматики, её стойкость. Динамический стереотип алкоголизации при поздних депрессиях характеризовался бессистемностью потребления и незавершенностью основных наркопатологических феноменов. В динамике психопатоподобного типа расстройств (13,3%) выделены два этапа – инволюционный (68,8%) и старческого регресса (21,2%). Имели место и феномены «поздней депсихопатизации» (14%) в виде гармонизации личности под влиянием благоприятных социально-психологических и биологических условий; вариантов латентной психопатии и трансформации аномального личностного склада.

Проведенное исследование показало, что процесс старения и связанные с ним психофизиологические изменения в организме приводят к снижению

адаптационных возможностей. Снижение адаптационных возможностей в психофизиологическом и социальном плане создает повышенный риск развития психических декомпенсаций, что может являться пусковым механизмом развития непсихотических психических расстройств. Среди них преобладают расстройства депрессивного и тревожного спектра, невротические и невротоподобные расстройства, когнитивные расстройства. Наличие психических нарушений усугубляет течение и исход многих соматических и неврологических заболеваний и требует выявления, диагностику и терапию психических расстройств непсихотического уровня у данной категории населения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Кунафина Е.Р., Кунафина А.А.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова

Уфа

*FEATURES OF THERAPY OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS OF THE
CARDIOLOGY DEPARTMENT OF A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL*

Kunafina E.R., Kunafina A.A.

Депрессии относятся к наиболее распространённым психическим расстройствам, наблюдающимся у больных общемедицинской сети. Самой частой патологией, при которой встречается депрессия, являются болезни сердечно-сосудистой системы.

По данным некоторых современных зарубежных исследований, частота депрессивных расстройств среди пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), находящихся в стационаре, достигает 31%. Несмотря на неуклонный рост сердечно-сосудистых заболеваний и больных ИБС, психические расстройства диагностируются достаточно редко, а также не принимается во внимание механизм их развития. До сих пор отсутствует единый подход к диагностике и лечению депрессивных расстройств в условиях кардиологического отделения.

Цель работы: уточнение психопатологических особенностей депрессий у пациентов кардиологического отделения многопрофильной больницы, а также оценка качества психофармакотерапии у пациентов с депрессивной симптоматикой в условиях кардиологического отделения.

Материалы и методы исследования: в исследовании приняли участие 60 пациентов с ИБС. Основную группу составили 30 пациентов, страдающих ИБС с сопутствующей депрессивной симптоматикой, а контрольную – 30 пациентов с ИБС без наличия психических расстройств депрессивного спектра. Все пациенты проходили лечение в кардиологическом отделении ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова. Из общего числа пациентов 37 составили мужчины (61,6%) и 23 – женщины (38,4%). Средний возраст больных к моменту исследования равнялся $51,4 \pm 0,32$ года. Основную группу составили 30 пациентов с ИБС и сопутствующей депрессивной симптоматикой легкой и средней степени тяжести (F32.0, F32.1 по МКБ-10). В контрольную группу вошли 30 пациентов с ИБС без коморбидной депрессии. Все пациенты принимали базовую стандартизированную терапию, включающую различные кардиотропные, и антиаритмические средства: нитраты (изосорбида моонитрат, изосорбида динитрат, нитроглицерин), β -адреноблокаторы (пропранолол, атенолол, ацебутолол), блокаторы кальциевых каналов (верапамил, дилтиазем, нифедипин, амлодипин), антиагреганты (ацетилсалициловая кислота, тиклопидин, дипиридамол), центральные α_2 -адреномиметики (клонидин), ингибиторы АПФ (каптоприл, эналаприл),

антиаритмики (амиодарон, хинидин, пропафенон, этацизин), сердечные гликозиды (дигоксин), мочегонные препараты (гипотиазид, триампур композитум, фуросемид) и др.

Результаты: в нашем исследовании у пациентов основной группы по сравнению с контрольной отмечается более высокий процент частоты инфаркта миокарда в анамнезе. Так, в основной группе инфаркт миокарда зафиксирован у 13 (43,3%) пациентов, в контрольной группе – у 10 (33,3%). Из них единичный инфаркт миокарда в анамнезе выявлен в основной группе у 9 (30%), а в контрольной – у 10 (33,3%), повторный инфаркт миокарда в анамнезе зафиксирован в основной группе чаще – 5 пациентов (16,6%), чем в контрольной – у 1 пациента (3,3%).

Для изучения особенностей личности больных применялась классификация преморбидных личностных особенностей и опросник К. Леонгарда (1970). Акцентуации характера были выявлены у 65% больных, а именно: у 75% пациентов основной группы, и 55% пациентов контрольной группы. При этом доминируют дистимический, тревожный и демонстративный типы. Согласно выделенным степеням тяжести и типам депрессивных расстройств, представленных в работе А. Б. Смулевича (2003), в нашем исследовании были диагностированы депрессии легкой и средней степени тяжести. Депрессии легкой степени тяжести составили 60% (18 пациентов) и значительно доминировали над долей депрессий умеренной степени тяжести – 40% (12 пациентов). При этом выявлено несколько типов депрессий: преобладала тревожная депрессия у 11 пациентов (36,6%), астенический вариант встречался у 8 пациентов (26,6%), маскированная депрессия – у 6 пациентов (20%), ипохондрическая и апатическая – у 3 (10%) и 2 (6,6%) соответственно. Сочетание психической и сердечно-сосудистой патологии, как известно, усложняет процесс лечения. Существенная часть затруднений возникает в связи с неблагоприятным воздействием психотропных средств на органы кровообращения, а кардиотропных – на центральную нервную систему. Исследуя назначаемую кардиологами психофармакотерапию, оказалось, что она проводилась 22 пациентам в основной группе, то есть в 73,3% случаев, а в контрольной группе назначалась лишь 14 пациентам (46,6%). При этом кардиологи назначали в большей степени транквилизаторы как в основной – у 13 человек (43,3%), так и в контрольной группах – 7 человек (23,3%). Из них бензодиазепиновые анксиолитики использовались по большей части в основной группе в 9 случаях (30%), а в контрольной составили всего 4 (13,3%). Частота применения препаратов небензодиазепинового ряда в обеих группах была практически идентичной: в основной группе – у 4 пациентов (13,3%), в контрольной – у 3 (10%). Однако часто назначение транквилизаторов в виде монотерапии не всегда оказывается эффективным. Транквилизаторы сами по себе не уменьшают симптомов депрессии, влияя только на нарушения сна и показатели тревоги. Также для лечения кардиологи использовали трициклические антидепрессанты, которые назначались достаточно редко как в основной группе – 3 пациентам (10%), так и в контрольной – 2 пациентам (6,6%). Несмотря на относительно редкое назначение трициклических антидепрессантов, необходимо учитывать, что эта группа препаратов может вызывать нарушения ритма и проводимости сердца и не всегда является оправданной и безопасной для пациентов кардиологического отделения. Антидепрессанты нового поколения, такие как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, которые даже в высоких дозах не влияют на сократительную функцию сердца, назначались крайне редко как в основной у 2 человек (6,6%), так и в контрольной группах – у 1 (3,3%). Малые нейрорептики применялись в основном симптоматически и также редко: в основной группе – в 3 случаях (10%), в контрольной – в 2 (6,6%).

Проведенное исследование выявило, что у пациентов кардиологического отделения многопрофильного стационара, страдающих ИБС, достаточно часто диагностируются депрессивные расстройства. Определяя психопатологические особенности депрессий у пациентов кардиологического профиля, выявлено, что больше половины пациентов основной группы страдали депрессией легкой степени тяжести, и более одной трети имели умеренно выраженную депрессивную симптоматику, при этом определено преобладание тревожной депрессии. Изучение спектра психофармакотерапии показало, что она не всегда адекватна имеющимся депрессивным расстройствам и сопутствующему кардиологическому заболеванию, что также оказывает влияние на прогноз и течение как основной, так и сопутствующей патологии. Проведенное исследование позволяет в определенной степени выявить взаимосвязь между депрессивными расстройствами и особенностями течения кардиологической патологии. Полученные результаты ставят целью повышение качества медицинской помощи данной категории пациентов, а также усовершенствование профилактики в отношении данной патологии, которая будет складываться из компенсации соматического, психического состояний пациентов и максимально раннего (от начала заболевания) применения психообразования в данных лечебно-реабилитационных мероприятиях.

ОСНОВНОЙ БЕЛОК МИЕЛИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Левчук Л.А., Рощина О.В., Симуткин Г.Г., Бохан Н.А., Иванова С.А.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ

Томск

BASIC MYELIN PROTEIN IN SERUM OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

Levchuk L.A., Roschina O.V., Simutkin G.G., Bokhan N.A., Ivanova S.A.

Депрессивные расстройства, являясь важной медико-социальной проблемой, рассматриваются как сложный биологический феномен, включающий дисрегуляцию нейрогенных, эндокринных и иммунологических процессов. Современные представления об этиопатогенезе аффективных расстройств характеризуются нейробиологическими процессами с нарушением структуры нервной ткани, дисфункцией нейропластичности и изменением глиальной и астроцитарной плотности. Нейропластичность как адаптивная способность нервной ткани реализуется на молекулярном, субклеточном, клеточном и сетевом уровнях пластичности. Дисфункция нейропластичности и глиальная патология сопровождается нарушениями коннективности и нейропротекторных и восстановительных процессов на клеточном уровне, изменением целостности миелиновых мембран. Многочисленными авторами показано нарушение процессов миелинизации, повреждение миелиновых оболочек, дегенерация миелина и апоптоз/некроз олигодендроцитов в сером и белом веществе префронтальной коры пациентов с аффективными расстройствами.

Целью настоящего исследования явилась оценка содержания основного белка миелина МВР в сыворотке крови пациентов с депрессивными расстройствами.

Материалы и методы исследования.

Исследование проведено с соблюдением протокола, утвержденного комитетом по биомедицинской этике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. В исследование включены 28 пациентов с депрессивными эпизодом (ДЭ, F32, МКБ-10) и 21 пациент с рекуррентным депрессивным расстройством (РДР, F33, МКБ-10), проходивших лечение в отделении аффективных состояний клиники НИИ психического здоровья

Томского НИМЦ. Группу контроля составили 26 психически и соматически здоровых лиц.

Психометрическая оценка тяжести текущего депрессивного эпизода, а также оценка выраженности типичных и атипичных депрессивных симптомов производилась с использованием шкалы SIGH-SAD. Динамическая оценка тяжести заболевания и степень тяжести тревоги определялись по шкале общего клинического впечатления о тяжести заболевания CGI-S и шкале тревоги Гамильтона HARS (до начала терапии и на 28-й дни терапии). У всех обследуемых лиц до назначения терапии для биологических исследований брали кровь из локтевой вены утром натощак в пробирки фирмы BDVacutainer с активатором свертывания для получения сыворотки. Определение концентрации белка MBP в сыворотке крови исследуемых лиц проводили «Сэндвич» – методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов DY4228-05 Human MBP DuoSet ELISA производства «R&D Systems» (США). Количественную оценку результатов анализа проводили на мультимодальном микропланшетном ридере Thermo Scientific Varioskan LUX (ЦКП «Медицинская геномика», Томский НИМЦ). Конечные результаты выражали в пг/мл – единицах, рекомендованных фирмой-изготовителем для построения калибровочных графиков из стандартных навесок определяемого вещества.

Статистическую обработку результатов осуществили с помощью программы SPSS, версия 26,0. Проверку на нормальность распределения значений переменных проводили по критерию Колмогорова-Смирнова. Данные выражали в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей. Для сравнения групп использовали непараметрические критерии Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни. Парные сравнения клинических показателей в процессе терапии проводили с применением критерия Уилкоксона. Корреляционный анализ проводился с расчетом коэффициента ранговой корреляции по Спирмену (r). Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение.

Оценка клинической выраженности симптомов депрессии по шкале SIGH-SAD не выявила статистически значимых межгрупповых различий в зависимости от типа депрессивного расстройства, выраженность депрессивной симптоматики по шкале SIGH-SAD соответствовала умеренной депрессии: 27,5 (22,25 – 32) баллов при ДЭ и 31 (24 – 34) баллов при РДР ($p = 0,412$, критерий Манна-Уитни). При выписке, после проведенного курса адекватной психофармакотерапии тяжесть депрессивной симптоматики статистически значимо снижалась в обеих группах пациентов ($p = 0,0001$, критерий Уилкоксона) и квалифицировалась как отсутствие депрессии: 6 (3 – 10,75) баллов при ДЭ и 6 (4,5 – 10) баллов при РДР ($p = 0,976$, критерий Манна-Уитни). По шкале CGI-S состояние пациентов в обеих нозологических группах оценивалось врачами как «умеренно выраженное расстройство» при поступлении (4 (4 – 5) при ДЭ и 4 (4 – 4) при РДР, $p = 0,226$) и «погранично между нормой и расстройством» при выписке (2 (2 – 2) при ДЭ и 2 (2 – 2) при РДР; $p = 0,34$, критерий Манна-Уитни; $p = 0,0001$, критерий Уилкоксона для двух групп пациентов). Выраженность тревоги по шкале HARS при поступлении квалифицировалась врачами как «умеренная» в обеих группах (20,5 (17 – 25,5) баллов при ДЭ и 17 (13 – 25,5) баллов при РДР, $p = 0,248$, критерий Манна-Уитни). Уровень тревоги значимо снижался в процессе психофармакотерапии ($p = 0,0001$, критерий Уилкоксона) и оценивался врачами как «легкий» при выписке (5,5 (3 – 8,75) баллов при ДЭ и 5 (3,5 – 6,5) баллов при РДР ($p = 0,7$, критерий Манна-Уитни)).

Таким образом, психометрическое исследование не показало статистически значимых межгрупповых различий в выраженности депрессивных симптомов, но

продемонстрировало положительную, статистически значимую динамику состояния пациентов в каждой группе на фоне проводимой терапии.

Изучение содержания МВР в сыворотке крови исследуемых пациентов и здоровых лиц показало наличие статистически значимых различий между исследуемыми группами ($p=0,042$). Парные сравнения исследуемых групп показали, что уровень основного белка миелина в сыворотке крови пациентов с ДЭ на момент поступления в стационар был выше показателя здоровых лиц (38,48 (28,54 – 45,8) и 30,13 (18,78 – 46,32) пг/мл, $p=0,043$). Содержание МВР в сыворотке крови пациентов с РДР до начала терапии составило 42,17 (33 – 49,09) пг/мл, что статистически значимо выше значений здоровых лиц ($p=0,022$).

Корреляционный анализ средних суммарных баллов по шкалам SIGH-SAD, CGI-S и HARS и уровня МВР в сыворотке крови пациентов с депрессивными расстройствами выявил достоверную корреляцию между содержанием МВР в сыворотке крови пациентов с ДЭ при поступлении в стационар и средним суммарным баллом по шкале SIGH-SAD до начала терапии ($r=0,466$; $p=0,012$) и средним суммарным баллом по шкале HARS при выписке ($r=0,534$; $p=0,003$). Выявленные корреляции свидетельствуют о взаимосвязи выраженности депрессивной симптоматики и тревоги с уровнем основного белка миелина в сыворотке крови пациентов с первичным ДЭ.

Выводы.

Изменения в содержании сывороточного основного белка миелина МВР характерны для пациентов двух нозологических групп, при этом в группе пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством нарушение баланса в секреции нейроспецифического белка усиливается. Изучение корреляций средних суммарных баллов по шкалам SIGH-SAD, CGI-S и HARS и содержания основного белка миелина выявило взаимосвязь уровня МВР с выраженностью симптомов депрессии и тревоги у пациентов с первичным ДЭ, в то время как в группе пациентов с РДР корреляции с исследуемыми показателями не обнаружены. Полученные результаты свидетельствуют о потенциальной возможности использования уровня основного белка миелина в сыворотке крови в качестве маркера дифференциальной диагностики и тяжести клинической симптоматики аффективной патологии.

Работа выполнена при поддержке гранта РНФ № 22-15-00084 «Униполярная и биполярная депрессия: трансдиагностичность или специфичность потенциальных клинических, нейрофизиологических, молекулярно-биологических и метаболомных маркеров?», <https://rscf.ru/project/22-15-00084/>.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА IL-1B И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Лежейко Т.В., Плакунова В.В., Голимбет В.Е.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

*STUDY OF THE EFFECT OF INTERACTION OF POLYMORPHISM OF THE PRO-
INFLAMMATORY CYTOKINE IL-1B GENE AND PERINATAL PATHOLOGY ON THE
AGE OF MANIFESTATION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA*

Lezheiko T.V., Plakunova V.V., Golimbet V.E.

Согласно гипотезе нейровоспаления, шизофрения и другие виды психических расстройств могут возникать из-за влияния средовых факторов, таких как гипоксия, травмы, инфекции, стресс, которые имеют место во время пре- и постнатального развития. Эти патологические состояния часто связаны с высокой продукцией

провоспалительных цитокинов, в том числе интерлейкина-1-бета (IL-1 β), клетками иммунной и нервной систем. Молекулярно-генетические исследования также демонстрируют наличие ассоциации между этим заболеванием и полиморфизмом генов, кодирующих некоторые воспалительные цитокины. IL-1 β активирует рост и дифференциацию В- и Т-клеток, стимулирует синтез белков провоспалительной фазы, индуцирует секрецию нескольких воспалительных цитокинов, а также стимулирует хемотаксис, фагоцитоз воспалительных клеток, повышает проницаемость сосудистой стенки, является медиатором взаимодействий между иммунной и нервной системами. В структуре гена обнаружено несколько полиморфных участков, из которых особое внимание уделено полиморфизму IL-1 β -3954 С/Т (rs1143634). Этот цитокин играет важную роль в формировании центральной нервной системы на ранних стадиях ее развития и нарушения его функций могут быть причиной возникновения шизофрении. Мета-анализ, посвященный ассоциации гена IL-1В с шизофренией, показал, что полиморфизм rs1143634 ассоциирован с риском шизофрении в европейских популяциях и связан с нейрокогнитивным дефицитом у больных шизофренией.

Цель исследования состояла в обнаружении ассоциации между полиморфизмом IL-1 β -3954 С/Т и возрастом манифестации с учетом наличия такого средового фактора риска шизофрении как перинатальная патология.

Материал и методы.

В исследовании приняли участие 736 больных шизофренией (422 женщин и 314 мужчин, средний возраст 33,1 \pm 13,3 лет, возраст к началу заболевания 22,0 \pm 8,7 лет), с диагнозом шизофрения, шизоаффективный психоз, шизотипическое расстройство (рубрики F20.,25.,21., по МКБ-10). Все больные подписали информированное согласие на участие в исследовании и сдали кровь для выделения ДНК.

Молекулярно-генетическое исследование включало в себя выделение ДНК из венозной крови и проведение генотипирования с использованием полимеразной цепной реакции (ПЦР) с последующим разделением полученных фрагментов с помощью электрофореза. ДНК выделяли стандартным фенол-хлороформным методом. Для определения полиморфизма 3954 С/Т использовали олигонуклеотидные праймеры: прямой 5'СТС AGG TGT CCT CGA AGA AAT САА А -3', обратный - 5'-GCT TTT TTG CTG TGA GTC CCG-3'.

В качестве средового фактора, связанного с перинатальной патологией, выбрано осложнение при родах. К таковым относили гипоксию, токсикоз при беременности, низкий вес, родовые травмы при рождении. Наличие перинатальной патологии выявлено у 236 больных.

Для статистической обработки данных применяли дисперсионный анализ (ANOVA при post-hoc), в котором в качестве зависимой переменной использовали возраст манифестации (начала болезни), в качестве независимых факторов - генотип и средовый фактор (осложнение при родах), в качестве ковариат - пол. Результаты.

Распределение генотипов по полиморфизму IL-1 β -3954 С/Т в исследуемой группе было следующим: СС - 22,55% (166 человек), ТС - 28,94% (213), ТТ - 48,51% (357). Частота генотипов в исследуемой выборке не отличалась от ожидаемого распределения в соответствии с законом генетического равновесия Харди-Вайнберга ($p > 0,05$). Значимых различий между группами мужчин и женщин обнаружено не было ($\chi^2 = 1,8$; $df = 2$; $p = 0,4$). Был выявлен главный эффект родовых осложнений на возраст манифестации заболевания ($F = 1,7$; $p = 0,0008$), а также эффект взаимодействия родовых осложнений с генетическим вариантом IL-1 β -3954 С/Т на возраст манифестации ($F = 4,2$; $df = 3$; $p = 0,001$) У больных - носителей генотипа ТТ отмечен более ранний возраст начала манифестации (19,6 \pm 7,3), чем у носителей генотипов ТС / СС ($p = 0,01$).

Заключение.

Наши результаты свидетельствуют о модифицирующей роли полиморфизма IL-1 β - 3954 C/T на связь между родовыми осложнениями и началом манифестации у больных шизофренией. Полученные результаты подтверждают перспективность изучения влияния генотип-средовых взаимодействий у больных шизофренией.

К ВОПРОСУ О СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМАТИКЕ КАТАТОНИИ

Лобанова В.М., Пискарев М.В., Ильина Н.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

THE QUESTION OF THE MODERN SYSTEMATICS OF CATATONIA

Lobanova V.M., Piskarev M.V., Ilyina N.A.

Введение. Актуальность создания систематики фазно-протекающих кататонических расстройств значительно возросла с приходом новой клинической парадигмы (МКБ-11, DSM-5), в соответствии с которой: 1) происходит расширение проявлений кататонии за счет двигательных расстройств непсихотических регистров; 2) постулируются тесные связи двигательных симптомокомплексов не только с галлюцинаторно-бредовыми, но и с иными психопатологическими образованиями (истерией, ОКР, негативными, аффективными и др. расстройствами). Объединение в рамках новой клинической модели широкого круга кататонических, в том числе – фазно-протекающих, расстройств, создают благоприятные условия для разработки систематики периодической кататонии. При этом, с момента описания К. Kahlbaum в 1874 г. феномена кататонии, и до настоящего времени целым рядом исследователей предпринимались попытки создания типологии моторных расстройств: 1) по форме течения заболевания (хроническая/периодическая кататония; систематизированная /несистематизированная); 2) по психопатологической структуре двигательных феноменов (гипокинетическая /акинетическая/ паракинетическая и др. формы кататонии в систематике WKL; заторможенная/возбужденная кататония по APA guidelines, Morrison J., Rasmussen R.); 3) по степени тяжести кататонических симптомокомплексов (catatonia mitis/gravis/protracta по Kahlbaum K., Сербский В.П. и др.). Однако, доступные систематики ограничиваются пространством непрерывно текущих форм кататонии, в то время как унифицированной типологии периодической кататонии до настоящего момента разработано не было. Цель. Разработка типологии периодической кататонии, реализующейся в клиническом пространстве шизофрении и расстройств шизофренического (в частности – шизоаффективного) спектров. Материал и методы. 75 пациентов (72 набл.; 42-жен., 30 – муж., средний возраст – 28,3 \pm 5,7), проходящих стационарное лечение в клинических отделениях №1 и №2 ФГБНУ НЦПЗ с установленным диагнозом шизофрении и расстройств шизофренического спектра (F20; F21; F25), с включением или преобладанием в клинической картине экзацербации моторных расстройств. В качестве основного метода был избран клинический, с учетом данных психометрического исследования (SANS, SAPS, BFCRS). Результаты. Сформулированы общие клинические характеристики периодической кататонии: 1) затяжной характер приступа; 2) аффилиация к иным психопатологическим образованиям – феномен «вторичной кататонии»; 3) двухэтапная динамика приступа. Выделены 3 варианта периодической кататонии: гипокинетический (афиллированный к тревожно-фобическим симптомокомплексам; протекающий с преобладанием явлений двигательной заторможенности, скованности, тремора), паракинетический (афиллированный к истерическим расстройствам; представленный явлениями

истерокататонии по М. Urstein, Борисова П.О.); мультикинетический (афиллированный к расстройствам галлюцинаторно-параноидного спектра; характеризующийся явлениями catatonia gravis по K. Kahlbaum, с альтерацией гипо- и гиперкинетических расстройств). Выводы. Построение настоящей систематики на основании психопатологической структуры кататонических расстройств, позволило установить, что приступы периодической кататонии дифференцируются не только по типу двигательных симптомокомплексов, но также по уровню функциональной активности (подчиненное по отношению к позитивным расстройствам положение в структуре синдрома/полное замещение позитивных расстройств с принятием доминирующего положения в клинической картине).

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Лобачева О.А., Корнетова Е.Г., Никитина В.Б.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ

Томск

PRO-INFLAMMATORY AND ANTI-INFLAMMATORY CYTOKINES IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Lobacheva O.A., Kornetova E.G., Nikitina V.B.

Фундаментальные нейробиологические процессы, лежащие в основе патогенеза шизофрении, особенностей ее течения остаются до сих пор до конца не расшифрованными, несмотря на большой объем фактического материала, свидетельствующего о вовлеченности в патологический процесс нейроэндокринных, нейрохимических, иммунологических механизмов. Роли воспалительного процесса при шизофрении уделяется повышенное внимание.

Нейровоспалительная гипотеза основана на фактах развития у больных эндогенными психическими расстройствами нейровоспаления с формированием системного воспаления, значительно утяжеляющего состояние больных, возникающего вследствие нарушения проницаемости гематоэнцефалического барьера и сопровождающегося активацией тромбоцитов, генерирующих прокоагулянтные микрочастицы, что приводит к нарушению работы системы гемостаза. Установлены факты нарушения продукции про/противовоспалительных цитокинов иммунокомпетентными клетками больных шизофренией, нейротоксическое действие провоспалительных цитокинов (IL -6, IL-1 β , IL-8) показано в исследованиях корковых и региональных объемов мозга в фиксированных посмертных образцах мозга больных шизофренией; получены результаты о прямой зависимости уменьшения коркового объема серого вещества с высоким уровнем экспрессии мРНК IL -6, IL-1 β .

Однако, анализ литературы показывает неоднозначность, а иногда и противоречивость большого объема накопленных данных по проблеме иммунопатологии и воспаления при шизофрении. Несмотря на то, что существует совокупность доказательств в пользу гипотезы воспаления в патофизиологии шизофрении, она до настоящего времени убедительно не доказана, что обусловлено различными причинами: выборкой пациентов, клиническим течением заболевания, влиянием терапии и условиями госпитализации, другими сопутствующими факторами.

Иммунные клетки взаимодействуют с другими иммунными клетками с помощью цитокинов, которые контролируют пролиферацию, дифференцировку и функцию, а также участвуют в процессах воспаления, кроветворения, нейрогенеза, эмбриогенеза и онкогенеза. Показано, что исследование уровня цитокинов, в

частности TNF- α , INF- γ , IL-2 и IL-6 может быть перспективным для разработки новых подходов к лечению больных шизофренией.

Цель исследования. Целью исследования явилось изучение влияния антипсихотической терапии рисперидоном на уровень про- и противовоспалительных цитокинов у больных шизофренией.

Материал и методы. Проведено обследование 46 пациентов с шизофренией, проживающих в регионе Сибири, которые использовали нейрорептик рисперидон более 6 месяцев до поступления в больницу в качестве основной противорецидивной терапии. Были включены лица в возрасте 18-65 лет с давностью катамнеза заболевания не менее 1 года, состояние которых на момент обследования соответствовало диагностическим критериям шизофрении по МКБ-10. При проведении исследования были соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации, исследование одобрено локальным независимым этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Психометрическая оценка выраженности психопатологической симптоматики (позитивной, негативной, общепатологической симптоматики и общий балл) определялась с использованием «Шкалы оценки позитивных и негативных симптомов» PANSS (русская версия).

Производство цитокинов (INF γ , IL2, IL4, TNF α) мононуклеарными клетками в супернатантах культуры крови и их сывороточные уровни были идентифицированы методом иммуноферментного анализа (ELISA) с использованием соответствующих наборов реагентов (АО «Вектор-Бест», Новосибирск, Россия). Исследование проводилось в двух точках: при поступлении в стационар и через 6 недель лечения. Контрольную группу при биологических исследованиях составили 35 практически здоровых людей.

Статистическую обработку данных осуществляли с использованием пакета программ STATISTICA для Windows, версия 12.0. Анализ количественных данных проводили сравнением независимых выборок с помощью U-критерия Манна-Уитни, описательная статистика представлена медианой (Me) и межквартильным интервалом [Q1; Q3]. За критический уровень значимости p при проверке гипотез был принят 0,05.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов обследования психопатологической симптоматики по шкале PANSS выявил у всех обследованных к 6-й неделе терапии статистически значимые благоприятные изменения в выраженности суммарной оценки, позитивной, негативной и общепатологической симптоматики. Средний процент снижения общего балла PANSS при лечении рисперидоном составил 32,39 %; средний процент снижения баллов по подшкале позитивных расстройств – 38,89 %, негативных расстройств – 38,89%, общепсихопатологической симптоматики – 31,91%.

В 1-й точке исследования по сравнению с контролем выявлен низкий уровень митогениндуцированной продукции мононуклеарными клетками INF γ ($p=0,0001$), IL4 ($p=0,015$) и TNF α ($p=0,002$), высокие уровни спонтанной продукции и сывороточной концентрации INF γ ($p=0,003$ и $p=0,0001$), TNF α ($p=0,002$ и $p=0,0001$), IL2 ($p=0,0001$ и $p=0,0001$), высокий уровень ИЛ4 в сыворотке крови ($p=0,0001$).

В процессе 6-недельной терапии отмечено повышение митогениндуцированной продукции ИЛ4 в 1,4 раза по сравнению с исходным уровнем ($p=0,021$), дальнейшее повышение спонтанной продукции и сывороточной концентрации IL2, а также тенденция к снижению спонтанной продукции INF γ и повышению его сывороточного уровня и митогениндуцированной продукции. Высокий уровень TNF- α в сыворотке крови и его спонтанной продукции имели тенденцию к дальнейшему повышению в динамике лечения. Снижение по сравнению со

здоровыми людьми продукции провоспалительного IFN - γ и повышение продукции противовоспалительного IL-4 свидетельствует об активации иммунной системы и усилении опосредованного Th2-клетками гуморального иммунного ответа, так как IFN- γ и ИЛ-4 являются основными регуляторными цитокинами, отвечающими за девиацию Th1/Th2 иммунного ответа.

Выводы. Таким образом, в ходе противорецидивной терапии атипичным нейролептиком рисперидоном выявлена дисфункция цитокиновой системы. В результате проведенного исследования установлен высокий уровень спонтанной продукции и сывороточной концентрации провоспалительных цитокинов INF γ , TNF α , а также ИЛ2 – ключевого цитокина иммунного ответа, который стимулирует синтез других цитокинов Т-клетками (INF γ , TNF α). В процессе 6-недельной терапии атипичным нейролептиком рисперидоном установлено значительное повышение индуцированной митогенами продукции провоспалительного цитокина ИЛ4, которое отражает активацию клеток крови и нарушение нейроиммунной регуляции при шизофрении.

На основе проведенных исследований была разработана новая медицинская технология комплексной реабилитации, применение которой в практическом здравоохранении позволит повысить эффективность лечения и адаптационные возможности пациентов за счет снижения частоты госпитализаций, улучшения качества жизни и увеличения длительности ремиссий.

КЛИНИКО-НЕЙРОХИМИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ **Макушкина О.А.**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России
Москва

CLINICAL AND NEUROCHEMICAL PREDICTORS OF AGGRESSIVE BEHAVIOR IN INDIVIDUALS WITH SEVERE MENTAL DISORDERS
Makushkina O.A.

Одним из приоритетных направлений современного здравоохранения является разработка индивидуализированных подходов к диагностике и терапии заболеваний, переход к персонифицированной медицине с развитием и широким внедрением превентивных технологий. Данная проблема актуальна для психиатрии ввиду имеющегося до настоящего времени дефицита диагностических маркеров, в том числе для оценки потенциальной общественной опасности лиц с психическими расстройствами, определения эффективности превентивных мероприятий. Ее решение нуждается в системном подходе с учётом многообразия компонентов, оказывающих влияние на предрасположенность к совершению противоправных действий. Перспективным является комплексное изучение клиничко-психопатологических и биологических факторов, способствующих формированию у психически больных агрессивных тенденций. Решение данной задачи может способствовать раскрытию механизмов гетероагрессии, уточнению путей профилактики противоправных действий.

Цель исследования. Изучение роли клинических, социальных и биологических факторов в формировании агрессивного поведения у лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Материалы и методы. С учетом полифакторного генеза общественной опасности для выявления ее предикторов, проводилось комплексное обследование лиц с тяжелыми психическими расстройствами с применением клиничко-психопатологического, психометрического, лабораторного методов с последующим межгрупповым сравнением полученных результатов.

Исследовательская выборка включает 219 больных обоего пола в возрасте от 18 до 60 лет. Основная группа: 105 респондентов с устойчивым агрессивным поведением, совершивших правонарушения насильственного характера. Группа сравнения: 114 респондентов с законопослушным поведением, без факта привлечения к уголовной ответственности. Общие критерии исключения из исследования: наличие продуктивной психопатологической симптоматики на период обследования, заболеваний эндокринной системы, хронической соматической патологии в стадии декомпенсации. Все респонденты подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании, форма которого утверждена на заседании этического комитета при ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (протокол № 24/2 от 19.11.2018 г.). Наряду с клиническим анализом ведущих характеристик и признаков психопатологических симптомов и синдромов, проводилась стандартизированная оценка с применением «Шкалы позитивных и негативных синдромов» (PANSS), методики «Структурированная оценка риска опасного поведения» (СОРОП). Лабораторный метод исследования включал определение биогенных аминов (серотонина, дофамина) в моче и уровней гормонов (тестостерона, кортизола, эстрадиола, св. ТЗ) в крови респондентов.

Результаты. Выделены статистически значимые факторы риска агрессивного противоправного поведения лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Определено, что клиническими предпосылками к его формированию являются: ранний дебют заболевания; выраженные нарушения самоконтроля, критических и прогностических способностей; преобладание эмоциональных, аффективно-волевых нарушений с эксплозивностью, дисфориями, импульсивностью поступков; коморбидный синдром зависимости или пагубное (с вредными последствиями) употребление психоактивных веществ (ПАВ); отсутствие комплайентности. С применением метода логистической регрессии установлены социальные и клинические предикторы агрессивного противоправного поведения ($p < 0,001$), произведено их ранжирование по значению информативности. Наиболее значимыми являются: патологический стиль воспитания (гипоопека, безнадзорность, жестокое отношение); аномальные преморбидные личностные характеристики (эмоционально неустойчивая, возбудимая, эпилептоидная структура); наличие коморбидной зависимости от ПАВ; конфликтные внутрисемейные взаимоотношения; аутоагрессивное поведение в анамнезе; неоднократно перенесенные экзогенно-органические вредности; материальное неблагополучие; отсутствие приверженности терапии.

По результатам обследования респондентов с применением лабораторного метода достоверных различий, связанных с полом, обнаружено не было, что позволило объединить полученные данные без ранжирования по гендеру. Установлены статистически значимые межгрупповые различия показателей концентрации биогенных аминов. Определено, что уровни экскреции серотонина и дофамина у лиц с устойчивым агрессивным поведением были ниже, по сравнению с показателями в группе сравнения ($p < 0,05$), что может свидетельствовать о роли нарушения функций серотонинергической и дофаминергической систем в формировании агрессивности. По результатам сравнительного анализа уровня экскреции серотонина и дофамина в разных нозологических группах больных статистически значимых отличий не обнаружено. Выявлено, что у лиц с устойчивым агрессивным поведением уровень кортизола был значительно ниже аналогичных показателей в группе сравнения, а уровень тестостерона – выше ($p < 0,05$). Установлено, что соотношение тестостерона и кортизола также выше в основной группе ($p = 0,001$). Результаты анализа биологических показателей были сопоставлены с характером психофармакотерапии. Выявлено, что сравниваемые группы респондентов не имели

значимых различий в части назначения нейрорептиков, антидепрессантов, транквилизаторов и нейрометаболических стимуляторов (ноотропов). Определены лишь межгрупповые различия по приему нормотимических средств. По данным научной литературы не удалось найти сведений, доказывающих факт влияния карбамазепина и вальпроевой кислоты на снижение уровней серотонина и дофамина.

С помощью метода бинарной логистической регрессии, шаговым отбором (Вальда) построена прогностическая модель вероятности агрессивного поведения лиц с тяжелыми психическими расстройствами в зависимости от концентрации биологических веществ. Полученная модель является статистически значимой ($p < 0,001$). Исходя из значений регрессионных коэффициентов, уровень тестостерона имел прямую связь, а уровни кортизола и серотонина – обратную связь с вероятностью агрессивного поведения.

Дополнительно проведен корреляционный анализ связи биологических показателей и результатов психометрии. Выявлена отрицательная корреляция между уровнем серотонина и баллами субшкалы агрессии ($R = -0,212$, $p = 0,032$), показателем «аффективная лабильность» ($R = -0,293$, $p = 0,003$) методики PANSS. Установлены статистически значимые корреляционные связи между баллами по методике СОРОП и биологическими показателями: при понижении уровней серотонина и кортизола (обратная связь), а также повышении уровня тестостерона (прямая связь) отмечалось повышение баллов по методике СОРОП.

Выводы. Полученные результаты вносят вклад в понимание генеза и предикции агрессивного противоправного поведения лиц с тяжелыми формами психических расстройств и могут быть использованы для разработки инструментов оценки риска, формирования эффективных стратегий по его предупреждению.

РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

**Марголина И.А., Платонова Н.В., Балакирева Е.Е.,
Иванов М.В., Голубева Н.И.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

EATING DISORDERS IN CHILDREN OF EARLY AND PRESCHOOL AGE

Margolina I.A., Platonova N.V., Balakireva E.E., Ivanov M.V., Golubeva N.I.

Введение. В ряде исследований расстройства пищевого поведения у детей рассматриваются как составная часть симптоматики других, более общих психических расстройств или предрасположенности к ним. Другими авторами подчеркивается важность гармоничного взаимодействия в диаде «мать-дитя», искажениям которых в ряде случаев отводится роль главного этиологического фактора в возникновении нарушений пищевого поведения в раннем возрасте.

Материал и методы. С целью изучения расстройств пищевого поведения у детей сотрудниками отдела детской психиатрии НЦПЗ проведено исследование на примере детей с психической патологией, вызванной различными этиологическими факторами. Исследование проводилось как проспективно, так и ретроспективно с тщательным анализом анамнестических данных.

Задачами исследования было описать типологию расстройств пищевого поведения в раннем и дошкольном возрасте, встречающихся при тех или иных видах психической патологии, выявить взаимосвязь выявленных расстройств пищевого поведения с общей клинической картиной психического заболевания, выработать методы их коррекции.

Методами исследования были клинические (педиатрический, неврологический, клиничко-психопатологический), а также параклинические (патопсихологический, инструментальный).

Выборка. Критериями включения являлись: возраст от 6 месяцев до 6 лет 11 месяцев и предъявляемые представителями ребенка жалобы на нарушения пищевого поведения. Критериями невключения были тяжелые пороки развития или приобретенные органические нарушения пищеварительной системы, препятствующие поступлению пищи в организм или ее перевариванию, тяжелые органические поражения ЦНС, в результате которых пероральный прием пищи был невозможен, тяжелая и глубокая степень умственной отсталости. Исследование проводилось в ФГБНУ НЦПЗ (амбулаторный прием), НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой, ГБУ ЦССВ «Вера. Надежда. Любовь».

В исследование вошло 28 детей с верифицированными аутистическими расстройствами (подрубрика F84 по МКБ-10) с диагнозами F84.02 «Аутизм вследствие других причин», а также F84.11 и F 84.12 или «атипичный аутизм с умственной» и «... без умственной отсталости».

Результаты исследования. У детей с аутистическими расстройствами с первых месяцев жизни отмечались вегетовисцеральные расстройства, проявляющиеся срыгиванием, рвотами, икотой, запорами, поносами, метеоризмом (48%), высока была частота кишечных колик (78%), явлений эзофагального рефлюкса (до 58% случаев). У 30% детей отмечалось вялое сосание, снижение аппетита без снижения веса, а в некоторых случаях даже его увеличение, в 20% случаев имело место повышение аппетита. В 35% случаев отмечено искажение пищевого поведения (отказ от еды днем и еда ночью, во сне). Во втором полугодии жизни частота срыгивания уменьшалась, но дети отказывались жевать твердую пищу, была выражена избирательность в еде, сохранялись рвоты. При подробном сборе анамнеза их матери отмечали равнодушное, а в ряде случаев негативное отношение к грудному вскармливанию. Дети не принимали на руках у матери удобной, конгруэнтной ее телу позы, выворачивались, лежали «как куклы». Отмечалось также снижение аппетита, особенно в дневное время, когда ребенок не плакал в случае длительного промежутка между кормлениями, а спал или просто тихо лежал, пока мать сама не подойдет к нему. Таким детям часто требовалось неоднократное ночное кормление. В дальнейшем, отмечались трудности с введением прикорма, дети долго не могли перейти к кормлению с ложки, отмечалось поперхивание несмотря на отсутствие неврологической патологии. После года дети отказывались пробовать новую пищу, относились к ней настороженно, с 1.5 лет можно отметить обнюхивание предлагаемой пищи. Начинает отмечаться потребность в различных ритуалах, связанных с процессом кормления, а также избирательность лиц, «допускаемых» ребенком к кормлению. Так, некоторых детей возможно было накормить только во время просмотра любимых мультфильмов или рекламных роликов, некоторые требовали, чтобы кормящие их лица пели или рассказывали им сказки. В ряде случаев дети разрешали себя кормить только маме или бабушке, при попытке накормить их другими членами семьи дети выплевывали пищу или сталкивали тарелки с едой со стола. При преобладании в клинической картине негативной симптоматики, у пассивных детей можно было отметить медленное пережевывание пищи, дети подолгу задерживали пищу во рту, закладывали ее за щеку, затем выплевывали ее в тарелку и снова клали в рот. Особая медлительность при приеме пищи отмечалось при наличии кататонической симптоматики, когда дети «застывали» с ложкой в руках или с пищей во рту. В ряде случаев отмечался мерицизм – повторное заглатывание ранее проглоченной пищи. У детей этой группы часто можно было наблюдать игровые манипуляции с едой, когда дети

размазывали еду по столу и одежде. По мере взросления и расширения пищевого рациона все более явной становилась избирательность в еде, проявлявшаяся в отказе от употребления в пищу каких-либо продуктов, в ряде случаев, вплоть до перехода на питание каким-либо одним продуктом, часто неполноценным в плане необходимого набора питательных веществ, а иногда даже вредным для здоровья (хлебобулочные изделия, макароны, картофель-фри из ресторанов быстрого питания). Отдельно следует отметить привычное регургитационное расстройство, отмечаемое как в группе детей аутистов, так и в остальных 2 группах. Механизм его возникновения был различен. В ряде случаев рвота возникала после еды без видимой причины, иногда провоцировалась насильственным кормлением или какими-либо другими внешними факторами, сопровождающими прием пищи, например, кормление нежелательным для ребенка лицом, иногда ребенок сам вызывал у себя рвотный рефлекс. Катамнестически удалось проследить 20 детей (71 %). Улучшение пищевого поведения отмечалось в 80% случаев и включало в себя расширение рациона питания, овладение навыками самостоятельного приема пищи, прекращение регургитаций.

Заключение.

Расстройства пищевого поведения у детей отличаются большим разнообразием, различной степенью выраженности и обусловлены сочетанием многих факторов. Являясь нарушением инстинктивной сферы, они наиболее глубоки и разнообразны при эндогенной психической патологии, которой являются расстройства аутистического спектра. Однако при состояниях, вызванных экзогенными факторами (органическими и психогенными), они также представлены достаточно широко. Во всех исследованных группах расстройства пищевого поведения были тесно связаны и коррелировали по степени выраженности с другими психическими нарушениями, обусловленными описанными этиологическими факторами, и сопровождались различными соматовегетативными расстройствами.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ (ТМС) В ЛЕЧЕНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНОГО ВЕРБАЛЬНОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Маслеников Н.В., Потапов И.В., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России;

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Москва

TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION (TMS) FOR THE TREATMENT OF PHARMACOTHERAPY RESISTANT AUDITORY HALLUCINATIONS IN SCHIZOPHRENIA

Maslenikov N.V., Potapov I.V., Tsukarzi E.E., Mosolov S.N.

Цель исследования: Вербальные галлюцинации встречаются у 60% пациентов, страдающих шизофренией, и в 25-30% случаев являются резистентными к адекватной терапии. К настоящему времени накоплены данные нейровизуализационных исследований, в которых подтверждена вовлеченность в патогенез вербальных галлюцинаций определенных областей мозга. В частности, была выявлена повышенная активность левой верхней височной извилины (височно-теменного сочленения – зоны Вернике). В других исследованиях было обнаружено, что переживание чуждых «голосов» сопровождается активацией левой нижней лобной извилины - зоны Брока и её гомолога, а также правой височной коры – гомолога зоны Вернике. Было установлено, что ингибирующая нейромодуляция, такая как низкочастотная (1 Гц) транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС)

левой темпоропарипетальной коры (ТРЗ) способна редуцировать вербальные галлюцинации при шизофрении. Более поздние исследования показали эффективность новых протоколов ТМС, а именно непрерывной стимуляции тета-вспышками (сТBS) при тех же состояниях. Недостаточная эффективность традиционных методов лечения шизофрении поддерживает растущий интерес к методам стимуляции мозга, таким как ТМС. Целью настоящего исследования является сравнение эффективности и переносимости 2 протоколов ТМС (1 Гц и сТBS) на область ТРЗ и плацебо-ТМС в лечении терапевтически резистентного вербального галлюциноза при шизофрении.

Материал и методы: В исследование было включено 76 больных шизофренией (F20 по МКБ-10) с преобладанием в клинической картине вербальных галлюцинаций, которые были резистентны к предшествующей антипсихотической терапии (минимум два 4-6 недельных курса нейролептиками 2 разных химических классов в дозах, эквивалентных ≥ 400 мг/сут хлорпромазина). Пациенты соответствовали следующим критериям включения: оценка по шкале позитивных и негативных синдромов (PANSS) пункту ПЗ (галлюцинации) ≥ 4 , пунктам П4-П5 (идеи величия, идеи преследования) ≤ 5 , оценка по ПЗ $>$ П4-П5; оценка по рейтинговой шкале слуховых галлюцинаций (AHRС) ≥ 15 , оценка по шкале общего клинического впечатления (CGI-S) ≥ 4 . У пациентов отсутствовали острые бредовые идеи и возбуждение, текущая антипсихотическая терапия продолжалась в прежних дозах на протяжении всего исследования. Пациенты были рандомизированы в 3 терапевтические группы: 1) низкочастотная (1 Гц) ТМС (30 больных); 2) ТМС тета-вспышками в непрерывном режиме (сТBS) (25 больных); 3) плацебо-ТМС (21 больной). Областью стимуляции при активной ТМС являлась точка ТРЗ, при плацебо-ТМС индуктор накладывался под прямым углом к поверхности головы, что не давало возможности электромагнитным импульсам проникать в мозг. Различия в протоколах было следующим: при 1 Гц ТМС 1200 импульсов подавались непрерывно в течение 20 минут; при ТМС тета-вспышками (40 Гц импульсы модулированы в 6 Гц вспышки) 801 импульс подавался за 44 секунды с повторением стимуляции через 15-20 минут. Процедуры проводились ежедневно за исключением выходных на протяжении 3 недель. Пациенты еженедельно оценивались слепым реитером по шкалам PANSS, AHRС, CDSS, CGI-S. Критерием эффективности являлась 30% редукция показателей по шкале AHRС через 3 недели после начала лечения (15 процедур).

Результаты и их обсуждение: Количество респондеров составило 13 (43,3%) в группе 1 Гц ТМС, 14 (56%) – в группе сТBS, 4 (19,1%) – в группе плацебо-ТМС. Разница в числе респондеров была статистически значимой между группами сТBS и группой плацебо-ТМС (хи-квадрат=6,54, $p=0,0105$). Редукция показателей по шкале AHRС через 3 недели составила 36,8% в группе 1 Гц ТМС, 37,5% – в группе сТBS, 19,6% – в группе плацебо-ТМС ($p=0,019$, тест Краскела-Уоллиса). Полная редукция вербальных галлюцинаций наблюдалась у 2 пациентов (6,7%) в группе 1 Гц ТМС и у 4 пациентов (16,0%) в группе сТBS. Статистически значимой разницы в эффективности между группами 1 Гц ТМС и сТBS не было, однако каждый из протоколов активной стимуляции был эффективнее плацебо-ТМС. Переносимость лечения была хорошей во всех группах, ни один больной не прекратил исследование вследствие нежелательных явлений. Все пациенты активных групп во время процедур, особенно в начале курса, испытывали преходящий дискомфорт в области стимуляции. Учитывая существенно меньшую длительность сТBS протокола, неудобства, связанные с локальными болезненными ощущениями при его использовании, были минимальными. Наблюдение за пациентами в течение последующих 2 недель показало стабильность достигнутого эффекта у респондеров. Несмотря на статистически значимые отличия между группами активной терапии и

группой плацебо, количество респондеров в группах активной ТМС было относительно небольшим (1 Гц – 43,3%; cTBS – 56%), что позволяет сделать вывод об умеренном эффекте ТМС в терапии хронического вербального галлюциноза у больных с шизофренией. Полученные результаты согласуются с международными данными Kindler J. et al. (2013), которые в своем исследовании также не нашли статистически значимой разницы между этими двумя протоколами лечения. Стоит отметить, что в нашем исследовании участвовало большее число пациентов, из них 55 прошли активное лечение. Для повышения эффективности этих методик, по-видимому, необходима персонализация терапии с уточнением структурной мишени стимуляции и применением нейронавигации на основе фМРТ.

Выводы: Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что ТМС левой темпоропаритетальной коры (ТРЗ) является перспективным методом лечения стойких вербальных галлюцинаций у больных с шизофренией с сопоставимой эффективностью и безопасностью обоих протоколов активной стимуляции (1 Гц и cTBS). Необходимы дальнейшие исследования, в том числе с изучением устойчивости достигнутого эффекта.

НАРУШЕНИЯ ОБРАБОТКИ АУДИОВИЗУАЛЬНЫХ СТИМУЛОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ В ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ COVID-19

Масленникова А.В., Портнова Г.В., Мартынова О.В., Захарова Н.В.

ИВНД и НФ РАН

Москва

VIOLATIONS OF THE PROCESSING OF AUDIOVISUAL STIMULI OF VARIOUS EMOTIONAL SIGNIFICANCE IN PATIENTS IN THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE AGAINST THE BACKGROUND OF COVID-19 DISEASE

Maslennikova A.V., Portnova G.V., Martynova O.V., Zakharova N.V.

Цель исследования. Исследовать взаимосвязь возникновения первого психотического эпизода после заражения COVID-19 с помощью оценки изменений электрофизиологических параметров восприятия аудиовизуальных эмоционально значимых стимулов в целевой группе – у пациентов с первым психотическим эпизодом, возникшим на фоне заболевания коронавирусом, и группы контроля, у испытуемых в которой заболевание COVID-19 протекало без психопатологической симптоматики.

Материалы и методы. Группа контроля – 15 человек без психической и неврологической патологии. Целевая группа – 20 пациентов с первым психотическим эпизодом. Пациенты на момент обследования находились в инфекционном отделении для пациентов с острыми психозами ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева. Все испытуемые были инфицированы коронавирусной инфекцией, протекавшей в легкой форме. Методика регистрации электрофизиологических показателей состояла из записи вызванных потенциалов на два типа аудиовизуальных стимулов. Один тип стимулов был семантически согласован (конгруэнтный стимул). Стимулы этого типа были представлены эмоционально нейтральными изображениями и аудиальными записями, а также эмоционально негативными изображениями (связанными с тематикой заболевания коронавирусом) и неприятными звуками (кашель), которые предъявлялись одновременно в рандомизированной последовательности. Другой тип стимулов (неконгруэнтный), представлял собой рассогласованные по эмоциональной значимости аудиальный и визуальный компоненты. Количество стимулов неконгруэнтного типа и характер предъявления были аналогичны конгруэнтным.

Длительность всех аудиовизуальных стимулов составляла 1,5 с. Количество вызванных потенциалов в каждой категории, записанных для усреднения составляло не менее 30.

Результаты. Внутригрупповые различия для вызванных потенциалов в целевой группе с первым психотическим эпизодом показали тенденцию к увеличению позитивности для положительных конгруэнтных стимулов по сравнению с отрицательными конгруэнтными стимулами как для ранних, так и для поздних компонентов. Амплитуда неконгруэнтных стимулов и эмоционально отрицательных конгруэнтных стимулов отличалась, в то время как отличий неконгруэнтных стимулов и эмоционально положительных конгруэнтных стимулов не было получено для всех компонентов – P100, N200, P300. Этот эффект отмечается для группы нормы, однако для неконгруэнтных стимулов амплитуда ранних и средних компонентов ВП ниже, чем для конгруэнтных, независимо от знака эмоции. В группе пациентов первого психотического эпизода топография компонента N400 характеризуется нижним амплитуды поздних компонентов для неконгруэнтных стимулов в теменно-затылочных областях по сравнению с фронто-центрными. В контрольной группе, напротив, увеличение амплитуды N400 в этих же областях отмечается на конгруэнтный эмоционально отрицательный стимул. Значимые различия ($p < 0.01$) между группами проявились для раннего компонента P50 на положительный конгруэнтный стимул. Амплитуда поздних компонентов (N400 и P600) для этого же вида стимулов у пациентов больше, а для отрицательных эмоциональных стимулов амплитуда этих же компонент меньше, чем у контрольной группы. Межгрупповые различия для неконгруэнтного стимула отсутствовали. Результаты вызванной мощности ритмов показали, что при предъявлении как приятных конгруэнтных, так и приятных неконгруэнтных стимулов у пациентов с шизофренией по сравнению с контрольной группой возникает увеличение мощности альфа-ритма в диапазоне 8-10 Гц на длительности 150-300мс. Для неприятного конгруэнтного стимула в группе пациентов с первым эпизодом психоза возникало увеличение мощности в этом же диапазоне ритмов на латентности от 150 до 400 мсек; при этом, на латентности от 100 до 200 мсек у пациентов также было обнаружено увеличение мощности в диапазоне от 10 до 13 Гц, не характерное для здоровых испытуемых.

Обсуждение.

Сравнивая данные этого исследования с ранее полученными результатами в работах по восприятию мультимодальных стимулов у пациентов с шизофренией, можно отметить, что различия механизмов ранней сенсорной обработки стимулов такого типа и механизмов поздней обработки, а именно — семантического анализа целостного стимула и его эмоциональной значимости являются универсальными маркерами для расстройств спектра шизофрении. Наличие функциональных и структурных изменений, характерных для нейровоспалительного процесса при коронавирусной инфекции, может являться декомпенсирующим фактором, провоцирующим возникновение психотической симптоматики. Однозначно сделать подобный вывод можно лишь доказав наличие данных особенностей электрофизиологического ответа на эмоционально значимые стимулы до возникновения инфекции на той же выборке испытуемых, что представляется сложно реализуемым.

Выводы.

Полученные результаты не позволяют однозначно показать корреляцию возникновения психотического эпизода после заражения COVID-19. Анализируя нарушения в целевой группе, можно отметить их наличие на всех этапах обработки аудиовизуального стимула с различной эмоциональной значимостью. У пациентов с

первым психотическим эпизодом возникает дефицит вовлечения ресурсов для обработки воспринимаемых образов, а также нарушение анализа семантической составляющей информации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ АГОМЕЛАТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИИ, ВОЗНИКШЕЙ ПОСЛЕ ИНФЕКЦИИ COVID-19, В ПОВСЕДНЕВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПСИХИАТРА И НЕВРОЛОГА В РОССИИ (ИССЛЕДОВАНИЕ TELESFOR)

Медведев В.Э., Морозов Д.П., Квасников Б.Б.

ФГАОУ ВО РУДН; АО «Сервье»

Москва

EFFICACY AND TOLERABILITY OF AGOMELATIN IN THE TREATMENT OF DEPRESSION FOLLOWING COVID-19 INFECTION IN THE ROUTINE CLINICAL PRACTICE OF A PSYCHIATRIST AND NEUROLOGIST IN RUSSIA (TELESFOR STUDY)

Medvedev V.E., Morozov D.P., Kvasnikov B.B.

Введение. Bueno-Notivo и соавт. в метаанализе 12 исследований указывают на почти семикратный (в сравнении с 2017 г.) рост распространенности депрессий в период пандемии и карантина в общей популяции. Накопление научных данных о влиянии пандемии COVID-19 и вирусной инфекции на психическое здоровье людей позволяет провести анализ факторов риска, структуры и динамики развивающихся психопатологических расстройств, а также начать разработку эффективных методов их лечения с использованием психофармакологических средств и психотерапии.

Цель исследования: оценка антидепрессивной эффективности и переносимости терапии агомелатином у амбулаторных пациентов с депрессивным эпизодом, возникшим после инфекции коронавирусной инфекции (COVID-19), в повседневной клинической практике психиатра и невролога.

Материалы и методы. Многоцентровое наблюдательное 8-ми недельное не интервенционное исследование, с участием пациентов от 18 до 65 лет, обратившихся к неврологу или психиатру амбулаторной клиники в течение не более 3 месяцев с момента постановки диагноза COVID-19 с симптомами, указывающими на депрессивное расстройство легкой и средней тяжести (8-24 балла по шкале HAMD-17) и для антидепрессивной терапии которых врач назначил агомелатин. Решение о назначении агомелатина, в дозе 25-50 мг, принималось врачами в соответствии с утвержденной инструкцией по медицинскому применению, национальными стандартами и клиническими рекомендациями, и предшествовало решению врача включить пациента в данное исследование. Эффективность антидепрессивной терапии агомелатином оценивалась с использованием психометрического теста HAMD-17. Первичной конечной точкой эффективности было изменение среднего значения общего балла шкалы HAMD-17 от исходного уровня через 8 недель наблюдательного периода. Основными вторичными переменными были: изменение среднего балла пунктов 10 «психическая тревога» (p10) и 11 «соматическая тревога» (p11) шкалы HAMD-17 от исходного значения через 8 недель наблюдения, доля пациентов, ответивших на терапию, достигших ремиссии, а также оценка общеклинического улучшения с использованием шкалы CGI-I, качества жизни с использованием опросника SF-36.

Результаты. В исследование было набрано 104 пациента, один пациент был исключен из анализа в связи с несоответствием критериям включения/невключения. Таким образом, данные 103 пациентов были проанализированы. Большинство включенных были женщины (n=73, 70.9%),

медиана возраста составила 45 лет (IQR 32.5-55.0), доля пациентов, перенесших COVID-19 в легкой форме, составила 78.6% (n=81). В среднем время с момента перенесенной COVID-19 инфекции до включения в исследование составило 2.1±0.7 мес. Ни один из включенных пациентов ранее не принимал антидепрессанты. К моменту включения в исследование 53.4% (n=55) и 46.6% (n=48) имели легкую и среднюю степень депрессии, соответственно. Исходно, средние значения общего балла по HAMD-17, п10 и п11 HAMD-17 составили 16.3±4.7, 1.4±0.9 и 1.3±0.8, соответственно. Средние значения баллов по показателям физической компонент (ФК) и психический компонент (ПК) вопросника SF-36 составили 39.7±8.4 и 37.2±8.7, соответственно. Спустя 8 недель наблюдательного периода терапия агомелатином сопровождалась значимым улучшением депрессивного расстройства со снижением среднего значения шкалы HAMD-17 на 10.9±4.9 баллов по сравнению с исходным значением (p<0,0001). Статистически значимая положительная динамика депрессивного расстройства наблюдалась уже со второй недели терапии (Δ - 2.6±3.3 баллов по HAMD-17 в сравнении с исходным значением, p <0.0001). К моменту окончания наблюдения у пациентов статистически значимо снижались симптомы тревожности: Δ средних значений баллов п10 и п11 шкалы HAMD-17 составили - 0.9±0.8 (p <0,0001) и -0.7±0.8 (p <0,0001), соответственно. Положительная динамика тревожного статуса наблюдалась уже со 2 недели наблюдения: Δ -0.2±0.7 (p= 0,02) и Δ -0.1±0.4 (p= 0,03) для пп10 и 11 шкалы HAMD-17, соответственно. Терапия агомелатином сопровождалась значимым улучшением качества жизни пациентов, оцененным по SF-36: Δ средних значений баллов 11.1±7.3 (p <0,0001) и 21.4±8.9 (p <0,0001) для физического и психического здоровья по SF-36, соответственно. Доля пациентов, ответивших на терапию агомелатином через 8 недель наблюдения, составила 81.4% (n=83), ремиссия отмечалась у 71.6% (n=73). Статистически значимое изменение баллов CGI-I по сравнению с исходным выявлено через 4 и 8 недель терапии агомелатином (p <0,0001). На протяжении 8 недельного наблюдения терапия агомелатином характеризовалась хорошей переносимостью и только у одного пациента (1%) было отмечено развитие нежелательных явлений в виде неэффективности препарата, в связи с чем пациент досрочно выбыл из исследования.

Заключение. Таким образом, исследование эффективности и переносимости агомелатина в лечении пациентов с депрессией, возникшей после инфекции COVID-19, в повседневной клинической практике в России, показало, что при приеме агомелатина в дозе 25-50 мг, к 8 неделе терапии отмечается значимое уменьшение выраженности депрессивных проявлений включая тревожность, причем улучшение наступает уже в первые две недели терапии и продолжает увеличиваться в последующем. Полученные результаты позволяют сделать заключение о высокой эффективности и безопасности применения агомелатина в лечении пациентов с депрессией, возникшей после инфекции COVID-19.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО И ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Мельник А.А., Дик К.П.

ФГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России

Екатеринбург

DETERMINATION OF CLINICAL, PATHOGENETIC AND PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Melnik A.A., Dik K.P.

Цель исследования – на основании анализа научной литературы определить клинико-патогенетическое и прогностическое значение мягкого когнитивного расстройства.

Материалы и методы. Проведен обзор научных публикаций, в которых наиболее полно отражаются поставленные вопросы и представлены доказанные результаты исследований, посвященных вопросам патогенеза, распространенности, прогностического и клинико-патогенетического значения МСІ.

Результаты и обсуждение.

МСІ – это неврологическое расстройство, включающее когнитивные нарушения, превышающие ожидаемые, в зависимости от возраста и образования человека, но которые не являются достаточно значительными, чтобы мешать инструментальной деятельности в повседневной жизни. МСІ – это «когнитивный синдром, определяемый легкими признаками ухудшения памяти и/или общим когнитивным снижением при отсутствии данных за наличие синдрома деменции и при исключении вероятной связи когнитивного снижения с каким-либо иным церебральным или системным заболеванием, органной недостаточностью, интоксикацией, в том числе, медикаментозной, а также с депрессией или умственной отсталостью». (Golomb J., Kluger A., Garrard P. et al. (2001), Grundman M. et al. (2004)).

Обобщенным метаанализом нескольких проспективных исследований подтвержден рост распространенности когнитивных расстройств с возрастом когорты. Согласно оценке всех исследований, с учетом доверительного интервала 95%, распространенность когнитивных расстройств для лиц в возрасте 60-64 лет составляет 6,7%, для лиц в возрасте 65-69 лет – 8,4%, в возрасте 70-74 лет – 10,1%, в возрасте 75-79 лет – 14,8%, в возрасте 80-84 лет – 25,2%. По результатам Канадского исследования здоровья и старения распространенность МСІ составляет 16,8%. В исследовании старения, демографии и памяти в Соединенных Штатах получены сопоставимые результаты (18,2%). Обобщенный диапазон распространенности МСІ, указанный Katz M.J. et al. (2012), составляет в 11-20%. Исследованием A. DiCarlo, M. Lamassa, M. Baldereschi et al. (2007), Petersen RC et al. (2010) выявлено почти 2-х кратное преобладание мужчин среди страдающих МСІ над женщинами (7,1% и 4,1%). Однако O.L. Lopez, W.J. Jagust, S.T. DeKosky et al. (2003), T. Hanninen, M. Hallikainen, S. Tuomainen, M. Vanhanen, H. Soininen (2002), E.D. Louis, N. Schupf, J. Manly, K. Marder, M. Tang, R. Mayeux (2005) обнаружили сходную исходную распространенность среди мужчин и женщин. Учет этиологии когнитивного расстройства позволяет выделить нейродегенеративные когнитивные нарушения, среди которых МСІ альцгеймеровского, лобно-височного типа, вследствие болезни телец Леви, Паркинсона, других дегенераций, сочетанного нейродегенеративного процесса, постинсультное МСІ. Специфичность подтипа и продольная характеристика необходимы для надежной идентификации лиц с высоким риском развития деменции. Амнестический тип МСІ имеет высокую прогностическую ценность для выявления лиц с высоким риском развития деменции. С патогенетической точки

зрения додементные когнитивные расстройства представляют «немую» доклиническую стадию нейродегенеративного процесса, подтверждением чего являются данные нейрогистологических исследований. Плотность нейрофибриллярных клубков увеличивается в медиальных отделах височных долей и гиппокампе, с тенденцией к распространению на височно-теменные и лобные неокортикальные структуры по мере появления первых клинических признаков когнитивного снижения. Выявлено, что у пациентов с амнестическим типом МСІ в ассоциативных кортикальных слоях снижается синаптическая плотность, высока концентрация τ -протеина, дефицит неприлизина (амилоиддеградирующий фермент), меняется метаболизм β -амилоида, происходит его накопление, что ассоциировано с нарушениями межклеточного взаимодействия и метаболизма нейротрансмиттеров, снижается концентрация ростовых нейротрофических факторов в крови и ЦНС, реактивируется астроглиоз в астроцитах с развитием астроглиальной астении, лежащей в основе снижения гомеостатической поддержки и нейропротекции с дальнейшим нарушением синаптической передачи и гибелью нейронов. Показано, что формирование легких/умеренных когнитивных расстройств смешанного типа вследствие васкулярно-дегенеративного поражения головного мозга обусловлено влиянием амилоидогенеза и τ -патией на состояние интрацеребрального васкулярного русла и на нейроваскулярную единицу с развитием хронической гипоперфузии головного мозга.

Исследование Timothy J. et al. (2016) надежности комплекса биомаркеров CSF патологии болезни Альцгеймера и поведенческих симптомов, регистрируемых по шкале NPI, для прогноза темпа трансформации нормативного когнитивного функционирования в патологическое старение ЦНС выявило, что совокупный показатель скорости расширения желудочков мозга, объем и функционирование гиппокампа и наличие поведенческих нарушений имеют высокий риск когнитивного снижения в кратчайшие от оценки сроки.

Исследованиями показана важная роль глии передней части поясной извилины и дорсолатеральной префронтальной коры (DLPFC) в патофизиологии психических расстройств. Выявлены высокий уровень гомоцистеина при депрессии и деменции, накопление амилоида β -42 при поздней депрессии и дегенерации. Выявлены гены, вовлеченные в процесс развития и связывания β -амилоида у пожилых с амнестическим МСІ с выраженными депрессивными симптомами. Изучая молекулярные механизмы, лежащие в основе ассоциации депрессии позднего возраста и повышенного риска развития когнитивного снижения в семилетнем лонгитюдном прижизненном клиническом и постмортальном исследовании, идентифицировано 4 микроРНК мозга, связанные с поздними депрессивными симптомами.

При когнитивном снижении разной степени тяжести наиболее частым NPS является апатия. Многие исследователи связывают возникновение апатии с лобной дисфункцией, структурной аномалией медиальной лобной области с разряжением плотности белого вещества, увеличением нагрузки нейрофибриллярного клубка в передней поясной извилине коры головного мозга и базальных ганглиях, выраженные сосудистые изменения в лобной доле. Связь APOE ϵ 4 со снижением мотивации в позднем возрасте. Соответствие выраженности апатии со степенью атрофии серого вещества билатерально в передней части поясной коры (поле Бродмана 24) и слева в медиальной фронтальной коре (поле Бродмана 8/9) у пациентов с дегенеративным когнитивным снижением. С теоретических позиций, аспонтанность, апатия, снижение эмоционального резонанса обусловлено снижением активности структур поясного медиа-фронтального круга: передней

поясной извилины, вентрального стриатума, лимбических структур (миндалиной, гиппокампом, парагиппокампальной извилиной, латеральными отделами гипоталамуса). Однако в ряде исследований не обнаружено значимой атрофии вещества мозга в этих структурах даже при выраженной апатии. Вероятно, столь противоречивые результаты различных исследований свидетельствуют о многофакторности механизмов апатии и структурной неоднородности этого феномена.

Додементные когнитивные расстройства часты среди лиц старших возрастных групп. Параметры встречаемости отличаются в зависимости от принципов построения исследований, смещенности выборки, диагностических критериев, положенных в основу отбора участников исследования.

Структура синдрома МСI в наборе компонентов повторяет синдромальное строение деменции, не исчерпываясь дефицитом познавательных функций и оценкой функциональной активности пациентов, а в части случаев включает некогнитивный компонент. Выраженному дефициту когнитивных функций могут предшествовать нарушения эмоционального контроля, социального поведения или мотиваций.

НЕЙРОЛЕПТИКИ ФЕНОТИОЗИНОВОГО РЯДА МОДУЛИРУЮТ ТРАНСПОРТ Na^+ В ЭПИТЕЛИИ КОЖИ ЛЯГУШКИ

Мельницкая А.В., Крутецкая З.И., Антонов В.Г.

Санкт-Петербургский государственный университет
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

Санкт-Петербург

PHENOTHYAZINE NEUROLEPTICS MODULATE Na^+ TRANSPORT IN FROG SKIN EPITHELIUM

Melnitskaya A.V., Krutetskaya Z.I., Antonov V.G.

Цель исследования. Кожа амфибий и другие изолированные эпителиальные системы являются классическими модельными объектами для исследования механизмов транспорта ионов через биологические мембраны. Транспорт Na^+ в эпителиальных тканях представляет собой сложную, многокомпонентную систему, в работе которой принимают участие Na^+ -транспортирующие белки и сигнальные каскады, локализованные в различных мембранах клетки. Белковые компоненты этой системы являются мишенью для действия широкого спектра гормонов и фармакологических агентов.

Сигма-1 рецепторы представляют собой уникальные лигандрегулируемые молекулярные шапероны, локализованные в плазматической мембране и в мембране эндоплазматического ретикулума на границе с митохондриями. Эти рецепторы широко экспрессированы в центральной нервной системе и в периферических тканях, в том числе в клетках почки и печени. Их лигандами являются эндогенные стероиды, антидепрессанты, антипсихотические, противосудорожные и анальгетические средства. Сигма-1 рецепторы взаимодействуют с многочисленными белками-мишенями, включая ионные каналы и рецепторы, а также участвуют в модуляции многих клеточных процессов. Обнаружено, что в нейронах, сигма-1 рецепторы модулируют активность ионных каналов различных типов. В связи с этим, представлялось целесообразным исследовать возможное участие рецепторов сигма-1 в регуляции транспорта Na^+ в эпителии кожи лягушки. В экспериментах использовали лиганды рецепторов сигма-1 – типичные антипсихотические средства – нейролептики фенотиазинового ряда хлорпромазин (аминазин) и трифлуоперазин (трифтазин).

Материалы и методы исследования. Для измерения электрических параметров кожи лягушки *Rana temporaria* использовали автоматизированную установку фиксации потенциала и регистрации вольт-амперных характеристик (ВАХ). Для измерения ВАХ на кожу подавали линейно изменяющееся напряжение (ramp) со скоростью 20 мВ/с. В интервалах между измерениями ВАХ трансэпителиальный потенциал (VT) кожи поддерживали при 0 мВ (режим короткого замыкания) или при потенциале открытой цепи VOC (VOC = VT при трансэпителиальном токе IT = 0). Из ВАХ определяли электрические параметры кожи: ток короткого замыкания ISC (ISC = IT при VT = 0), VOC и трансэпителиальную проводимость gT. Транспорт Na⁺ оценивали как амилорид-чувствительный ISC. В конце каждого эксперимента в раствор, омывающий апикальную поверхность кожи, добавляли блокатор амилорид-чувствительных эпителиальных Na⁺-каналов (ENaC) амилорид (20 мкМ). Статистический анализ проводили с применением t-критерия Стьюдента. Данные представлены в виде $x \pm sx$. Достоверными считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Значения электрических характеристик кожи лягушки в контроле в среднем (по данным 10 экспериментов) составили: ISC = $9,5 \pm 2,34$ мкА, VOC = $-11,71 \pm 3,85$ мВ, gT = $0,79 \pm 0,27$ мСм.

Мы обнаружили, что обработка кожи лягушки трифлуоперазином или хлорпромазином снижает транспорт Na⁺ в коже лягушки. В среднем, изменение электрических характеристик кожи лягушки (здесь и далее по тексту $x \pm sx$, n (число опытов) = 10) после добавления 20 мкг/мл трифлуоперазина было следующим: ISC уменьшился на $10,34 \pm 3,82$ или $31,24 \pm 13,11$ %, VOC уменьшился на $26,35 \pm 12,24$ или $34,18 \pm 16,22$ %, а gT уменьшилась на $21,12 \pm 8,74$ или увеличилась на $5,21 \pm 1,14$ % при приложении трифлуоперазина со стороны апикальной или базолатеральной поверхности кожи, соответственно. В случае обработки кожи лягушки 50 мкг/мл хлорпромазина изменение электрических характеристик в среднем было следующим: ISC уменьшился на $18,34 \pm 6,19$ или $39,25 \pm 7,18$ %, VOC уменьшился на $20,02 \pm 7,35$ или $40,18 \pm 12,34$ %, а gT не изменилась или уменьшилась на $10,34 \pm 3,85$ % при приложении хлорпромазина со стороны апикальной или базолатеральной поверхности кожи, соответственно.

Полученные данные свидетельствуют о том, что степень ингибирующего действия нейролептиков фенотиазинового ряда на транспорт Na⁺ различается в зависимости от приложения агентов со стороны апикальной или базолатеральной поверхности кожи. Можно предположить, что влияние лигандов сигма-1 рецепторов на транспорт Na⁺ в коже лягушки осуществляется при участии различных белковых и липидных сигнальных комплексов, ассоциированных с апикальным и базолатеральным доменами поляризованных эпителиальных клеток.

Полученные нами результаты согласуются с данными литературы. Так, способность хлорпромазина ингибировать активность Na⁺-K⁺-АТФазы (и снижать внутриклеточную концентрацию Na⁺ обнаружена в клетках печени крысы (*Rattus norvegicus*) и жабы (*Bufo marinus*). Показано также, что хлорпромазин ингибирует активность ENaC, экспрессированных в ооцитах лягушки *Xenopus*. Обнаружено также, что приложение 100 мкМ трифлуоперазина со стороны базолатеральной мембраны, вызывает снижение ISC и VOC в мочевом пузыре жабы. Двухфазное дозозависимое изменение ISC при воздействии трифлуоперазина показано для изолированной кожи лягушки *Rana esculenta*.

Известно, что транспорт Na⁺ в эпителиях представляет собой сложную, многокомпонентную систему, в работе которой принимают участие многочисленные Na⁺-транспортирующие белки, локализованные в различных мембранах клетки. Введение в конце каждого эксперимента в раствор, омывающий апикальную поверхность кожи лягушки, блокатора ENaC амилорида (20 мкМ)

вызывало полное подавление ISC, что свидетельствует о том, что влияние антагонистов сигма-1 рецепторов хлорпромазина или трифлуоперазина на транспорт Na⁺ связано преимущественно с модуляцией активности ENaC. Полученные результаты могут представлять интерес также в связи с данными литературы о способности сигма-1 рецепторов модулировать активность протонактивируемых ионных каналов (ASICs) – одного из представителей суперсемейства Deg/ENaC, к которому принадлежат и ENaC, играющие ключевую роль в транспорте Na⁺ в реабсорбирующих эпителиях. Выводы. Таким образом, нами показано, что антагонисты сигма-1 рецепторов – нейролептики фенотиазинового ряда хлорпромазин и трифлуоперазин модулируют транспорт Na⁺ в коже лягушки, что свидетельствует об участии сигма-1 рецепторов в регуляции транспорта Na⁺ в эпителии кожи лягушки. Полученные нами данные о влиянии антагонистов сигма-1 рецепторов на трансэпителиальный транспорт Na⁺ способствуют более детальному пониманию молекулярных механизмов фармакологического действия производных фенотиазина, широко применяемых в клинической практике в качестве антипсихотических, миорелаксирующих и седативных средств, а также для лечения шизофрении и других психических заболеваний.

ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БОС-ТЕРАПИИ ПРИ ЮНОШЕСКИХ ДЕПРЕССИЯХ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО ШИЗОФРЕНИИ

Мигалина В.В., Омельченко М.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

PILOT RESEARCH ON THE EFFECTIVENESS OF BOS THERAPY IN YOUTH DEPRESSION WITH A RISK OF DEVELOPING SCHIZOPHRENIA

Migalina V.V., Omelchenko M.A.

Введение. Терапия больных юношеского возраста с депрессивным эпизодом с признаками риска по шизофрении представляет трудную задачу не только по причине высокого прогностического значения своевременного и адекватного лечения, что возлагает большую ответственность на врача, но и в связи с особенностями психопатологической картины состояния, включающей сочетание симптоматики из двух спектров – аффективного и шизофренического. Клинически это проявляется в более выраженных когнитивных расстройствах, по сравнению с «чисто» аффективными пациентами, недостаточной критике к своему состоянию и низком комплаенсе, связанном как с общим негативным отношением к психофармакотерпии, так и с частотой и выраженностью побочных явлений медикаментозного лечения. В связи с этим современные исследования направлены на поиск и разработку новых методов лечения данных расстройств, в том числе дополняющих лекарственную терапию, позволяющих повысить ее эффективность, снизить средние суточные дозы назначаемых медикаментов и уменьшить риск формирования нежелательных явлений. К одному из таких методов относится терапия биологической обратной связью (БОС-терапия). БОС-терапия представляет собой комплексное неинвазивное вмешательство, направленное на воздействие на когнитивные и аффективные процессы у пациентов с депрессией, посредством саморегуляции функционально значимых областей мозга. Преимуществами данной методики являются высокое временное разрешение, неинвазивность, доступность и достаточно высокая информативность. Таким образом, БОС-терапия является одним из самых перспективных способов среди нелекарственных методов лечения юношеских депрессивных расстройств из группы риска по шизофрении.

Цель: изучить эффективность БОС-терапии в качестве дополнительного метода лечения юношеских депрессий из группы риска по шизофрении.

Материал и методы.

Обследовано 67 больных юношеского возраста ($19,4 \pm 2,3$ лет), впервые госпитализированных в клинику ФГБНУ НЦПЗ по поводу депрессивного эпизода (по МКБ-10 F32.1, F32.2, F32.28, F32.8) с признаками риска по шизофрении, основанием для установки которого служило выявление аттенуированных симптомов шизофрении (АСШ) по подшкалам позитивных, негативных симптомов и симптомов дезорганизации шкалы продромальных симптомов SOPS (Scale of prodromal symptoms). Средняя длительность заболевания к моменту госпитализации составила $38,6 \pm 16,6$ мес, средняя длительность депрессивного состояния – $8,3 \pm 9,6$ мес.

Оценка степени выраженности депрессивной симптоматики проводилась по шкале HDRS, аттенуированных симптомов шизофрении – по шкале SOPS и SANS. Обследование проводилось дважды – при поступлении и при выписке после окончания курса стационарного лечения. При поступлении медианное значение по шкале HDRS составило 31[27;35,5], по шкале SOPS – 49[43,5;54], SANS – 49[42;56] баллов.

Фармакологическое лечение проводилось по показаниям, антидепрессантами преимущественно из группы СИОЗС и СИОЗСиН (сертралин, флувоксамин, венлафаксин) в средней суточной дозе по флуоксетинovому эквиваленту $35,8 \pm 26,4$ мг и антипсихотиками (арипипразол, кветиапин оланзапин, рисперидон) в средней суточной дозе по хлорпромазиновому эквиваленту $275,4 \pm 159,5$ мг. Назначение последних обосновывалось наличием АСШ, которые, не являясь основной жалобой больных, все же отчетливо выявлялись при клиническом и психометрическом обследовании.

Дополнительно 13 больным было проведено лечение БОС, от 8 до 15 процедур (ср. значение 13,7). Процедуры проводились ежедневно, в первую половину дня. После установки ЭЭГ-электродов участники, сидя в удобной позе, с закрытыми глазами слушали мелодию, которая включалась в качестве обратной связи при достижении пациентом необходимого эмоционального состояния и соответствующими изменениями на ЭЭГ.

Группу сравнения не получающих БОС-терапию составили 54 больных.

Результаты.

Между группами не было различий по длительности заболевания ($p=0,059$; $U=215,0$) и текущего депрессивного состояния ($p=0,255$; $U=258,0$), по хлорпромазиновому ($p=0,562$; $U=290,5$) и флуоксетинovому эквиваленту ($p=0,5679$; $U=290,5$). Также не было выявлено различий по выраженности депрессии по HDRS ($p=0,486$; $U=283,0$), SOPS ($p=0,182$; $U=246,0$) и SANS ($p=0,604$; $U=294,0$). Выявлено различие по пункту 18 шкалы HDRS (суточные колебания) ($p=0,004$; $U=164,0$) при поступлении с большими значениями в группе больных, получавших БОС-терапию. В целом можно констатировать, что обе группы по клиническим параметрам не отличались между собой, также не было отличий ни в выборе фармакологических групп препаратов, ни в их средних суточных дозах.

После окончания курса лечения между группами были выявлены различия с достоверно более низкими баллами у пациентов, получавших БОС-терапию, по следующим подшкалам: SOPS D3 (трудности концентрации внимания) ($p=0,034$; $U=211,0$), HDRS 17 (сознание болезни) ($p=0,002$; $U=167,5$), SANS 11 (остановки/блокировки мыслей) ($p=0,019$; $U=196,0$), SANS 12 (задержка ответов) ($p=0,012$; $U=188,0$), SANS 13 (глобальная оценка алогии) ($p=0,046$; $U=208,0$). Также была выявлена тенденция к различию по SOPS N2 (самоустранение) ($p=0,064$;

U=220,0). Таким образом у пациентов, проходивших дополнительную БОС-терапию, был выявлен отчетливый прокогнитивный эффект с улучшением способности к сосредоточению внимания, активизации мыслительной деятельности с увеличением продолжительности непрерывного потока речи, уменьшением длительности пауз при ответах на вопросы, общим увеличением объема речевой продукции. Обращает на себя внимание достоверное повышение критики к своему состоянию, что имеет высокую потенциальную эффективность в повышении комплаентности таких больных с соблюдением врачебных рекомендаций, и, соответственно, достижении лучших результатов не только купирующей, но и поддерживающей терапии. Помимо этого, выявлены признаки более выраженного улучшения в отношении целенаправленной деятельности, активности, продуктивности и заинтересованности у больных после проведения БОС-терапии. Полученные данные подтверждают результаты более ранних исследований, направленных на изучение эффективности БОС-терапии у пациентов с депрессией, которые демонстрируют эффективность в отношении когнитивных нарушений, улучшение критики к своему заболеванию, повышение уровня комплаентности [Linden, D.E., 2022; Trambaiolli, L.R. et al, 2021; Melnikov, M.Y., 2021]. Исследования направленные на оценку эффективности БОС-терапии при депрессивных расстройствах относят данный метод уровню доказательности 2/5 “возможно, эффективный”. К проблемам, препятствующим достижению более высоких уровней доказательности, относят недостаточное количество исследований, малые выборки, отсутствие разработанных протоколов. При этом стоит отметить, что полученные в нашем исследовании результаты положительной эффективности, несмотря на ограничения по количеству процедур (связанные со сроками госпитализации), определяют необходимость дальнейшего изучения БОС-терапии с разработкой специфических протоколов терапии юношеской депрессии с АСШ.

Заключение.

Результаты проведённого исследования показывают потенциальную эффективность БОС-терапии в лечении юношеских депрессий с признаками риска по шизофрении.

ФЕНОТИАЗИНОВЫЕ НЕЙРОЛЕПТИКИ ПОДАВЛЯЮТ CA2+-ОТВЕТЫ В МАКРОФАГАХ

**Миленина Л.С., Крутецкая З.И., Антонов В.Г., Крутецкая Н.И.,
Бадюлина В.И., Симонян А.О.**

Санкт-Петербургский государственный университет
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

Санкт-Петербург

PHENOTHIAZINE NEUROLEPTICS SUPPRESS CA2+ RESPONSES IN MACROPHAGES

*Milenina L.S., Krutetskaya Z.I., Antonov V.G.,
Krutetskaya N.I., Badulina V.I., Simonyan A.O.*

Производные фенотиазина хлорпромазин (аминазин, торазин) и трифлуоперазин (трифтазин, стелазин) относятся к первому поколению типичных нейролептиков (антипсихотических агентов) и имеют долгую историю использования в клинике для терапии шизофрении и других психических заболеваний.

Выявлено многогранное влияние хлорпромазина и трифлуоперазина на внутриклеточные процессы. Множественность эффектов хлорпромазина и трифлуоперазина, как и других фенотиазинов, может быть связана с их амфифильной природой. Будучи амфифильными соединениями, они хорошо проникают через мембраны. Предложен механизм встраивания (intercalation

mechanism) амфифильных антипсихотических агентов, в том числе фенотиазиновых нейролептиков, во внутренней монослой мембраны, в котором локализованы анионные фосфолипиды, в первую очередь фосфоинозитиды. Благодаря этому, хлорпромазин и трифлуоперазин могут модулировать внутриклеточные процессы, такие как передача сигналов и внутриклеточный транспорт. Так, выявлено высокое сродство хлорпромазина и трифлуоперазина к рецепторам сигма-1. Рецепторы сигма-1 – повсеместные многофункциональные лигандрегулируемые молекулярные шапероны в мембране эндоплазматического ретикулума, имеющие уникальную историю, структуру и фармакологический профиль. Выполняя функции шаперонов, рецепторы сигма-1 модулируют широкий спектр клеточных процессов в норме и патологии, включая процессы Ca^{2+} -сигнализации.

Фармакологические аналоги окисленного глутатиона глутоксим® (динатриевая соль окисленного глутатиона с d-металлом в наноконцентрации, «ФАРМА-ВАМ», Санкт-Петербург) и моликсан® (комплекс глутоксима и нуклеозида инозина) используются как иммуномодуляторы и цитопротекторы в комплексной терапии бактериальных, вирусных и онкологических заболеваний. Клинические исследования показали, что моликсан эффективен в профилактике и лечении коронавирусной инфекции COVID-19. Приводит к более быстрому регрессу тяжести заболевания в более легкую форму. Ранее нами было впервые показано, что глутоксим и моликсан увеличивают внутриклеточную концентрацию Ca^{2+} , $[Ca^{2+}]_i$, вызывая мобилизацию Ca^{2+} из тапсигаргинчувствительных Ca^{2+} -депо и последующий депозависимый вход Ca^{2+} в перитонеальные макрофаги крысы. Для выявления участия рецепторов сигма-1 во влиянии глутоксима и моликсана на $[Ca^{2+}]_i$ в макрофагах и для расширения понимания молекулярных механизмов фармакологического действия фенотиазинов, исследовали влияние лигандов рецепторов сигма-1 – фенотиазиновых нейролептиков, хлорпромазина и трифлуоперазина, на Ca^{2+} -ответы, индуцируемые глутоксимом и моликсаном в перитонеальных макрофагах крысы, что и составило предмет настоящего исследования.

Методика. Эксперименты проводили на культивируемых резидентных перитонеальных макрофагах крыс линии Wistar на автоматизированной установке для измерения $[Ca^{2+}]_i$ на базе флуоресцентного микроскопа Leica DM 4000B (Leica Microsystems, Германия). Для измерения $[Ca^{2+}]_i$ использовали флуоресцентный зонд Fura-2AM (Sigma-Aldrich, США). Значения $[Ca^{2+}]_i$ рассчитывали по уравнению Гринкевича. Статистический анализ проводили с применением критерия t Стьюдента. Достоверными считали различия при $P \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В контрольных экспериментах показано, что инкубация макрофагов в течение 20 мин со 100 мкг/мл глутоксима или 100 мкг/мл моликсана в бескальциевой среде вызывает медленно нарастающее увеличение $[Ca^{2+}]_i$, отражающее мобилизацию Ca^{2+} из внутриклеточных Ca^{2+} -депо. Через 20 мин после добавления агентов $[Ca^{2+}]_i$ в среднем увеличивалась от базального уровня, равного 90 ± 18 , до 135 ± 18 нМ ($n = 7$; $P < 0,05$) для глутоксима и 134 ± 20 нМ ($n = 6$; $P < 0,05$) для моликсана. При введении в наружную среду 2 мМ Ca^{2+} наблюдали дальнейшее повышение $[Ca^{2+}]_i$, отражающее депозависимый вход Ca^{2+} в цитозоль. В среднем увеличение $[Ca^{2+}]_i$ во время входа Ca^{2+} составило 223 ± 22 нМ ($n = 7$; $P < 0,05$) и 202 ± 20 нМ ($n = 6$; $P < 0,05$) для глутоксима и моликсана соответственно.

Обнаружено, что лиганды рецепторов сигма-1, нейролептики хлорпромазин и трифлуоперазин, подавляют обе фазы Ca^{2+} -ответов, вызываемых глутоксимом и моликсаном в перитональных макрофагах. Так, преинкубация макрофагов с 25 мкг/мл хлорпромазина в течение 10 мин до введения 100 мкг/мл глутоксима

приводила к значительному подавлению как мобилизации Ca^{2+} из депо (на $58,5 \pm 4,6 \%$, $n = 7$; $P < 0,05$), так и последующего депозависимого входа Ca^{2+} в клетки (на $59,1 \pm 6,1\%$, $n = 7$; $P < 0,05$), индуцируемых глутоксимом. Предварительная инкубация клеток с 2 мкг/мл трифлуоперазина в течение 15 мин до введения 100 мкг/мл глутоксима также вызывала подавление фазы мобилизации Ca^{2+} из депо (на $36,2 \pm 5,7 \%$, $n = 8$; $P < 0,05$) и депозависимого входа Ca^{2+} в макрофаги (на $60,7 \pm 7,1 \%$, $n = 7$; $P < 0,05$), вызываемых глутоксимом. Сходные результаты были получены в экспериментах по влиянию хлорпромазина и трифлуоперазина на Ca^{2+} -ответы, вызываемые в макрофагах 100 мкг/мл моликсана. Так, подавление фазы мобилизации Ca^{2+} из депо составило в среднем $43,2 \pm 8,9 \%$ ($n = 8$; $P < 0,05$) и $63,3 \pm 2,4\%$ ($n = 7$; $P < 0,05$), а подавление депозависимого входа Ca^{2+} в макрофаги – $52,3 \pm 9,1\%$ ($n = 8$; $P < 0,05$) и $65,3 \pm 5,0\%$ ($n = 7$; $P < 0,05$) для хлорпромазина и трифлуоперазина соответственно.

Таким образом, в настоящей работе мы впервые на перитонеальных макрофагах крысы показали, что лиганды рецепторов сигма-1, нейролептики фенотиазинового ряда хлорпромазин и трифлуоперазин, подавляют обе фазы Ca^{2+} -ответов, вызываемых глутоксимом и моликсаном в перитонеальных макрофагах. Результаты согласуются с данными исследований других авторов, которые обнаружили, что хлорпромазин и трифлуоперазин подавляют мобилизацию Ca^{2+} из депо и последующий депозависимый вход Ca^{2+} , вызываемые АТФ или тапсигаргином, в клетках лейкоза человека (линия HL-60) (Harper J.L., Daly J.W., 1999). Показано также, что хлорпромазин ингибирует депозависимый вход Ca^{2+} , индуцируемый брадикинином или тапсигаргином в клетках феохромоцитомы крысы (линия PC12), а преинкубация клеток с трифлуоперазином приводит к существенному подавлению депозависимого входа Ca^{2+} , вызываемого тапсигаргином, в клетках эмбриональной почки человека (линия HEK-293).

Кроме того, известно, что хлорпромазин и трифлуоперазин ингибируют потенциалзависимые Ca^{2+} -каналы в клетках разных типов. Так, хлорпромазин обратимо и дозозависимо блокирует потенциалзависимые Ca^{2+} -каналы L- и T-типов в клетках нейробластомы мыши (линия N1E-115), потенциалзависимые Ca^{2+} -каналы R-типа в нейронах человека и Ca^{2+} -каналы L-типа в клетках феохромоцитомы крысы (линия PC12), а трифлуоперазин блокирует Ca^{2+} -каналы L-типа в гладкомышечных клетках крысы и нейронах улитки *Helix aspersa*. Выводы. Результаты настоящей работы о подавлении лигандами рецепторов сигма-1 Ca^{2+} -ответов, вызываемых глутоксимом и моликсаном в макрофагах, свидетельствуют об участии рецепторов сигма-1 в комплексном сигнальном каскаде, запускаемом глутоксимом или моликсаном и приводящем к увеличению $[\text{Ca}^{2+}]_i$ в перитонеальных макрофагах крыс. Полученные данные указывают также на нежелательность совместного применения в клинической практике препаратов глутоксим или моликсан и фенотиазиновых нейролептиков хлорпромазина и трифлуоперазина и могут способствовать более детальному пониманию молекулярных механизмов фармакологического действия нейролептиков первого поколения.

РАЗЛИЧИЯ МОДУЛЯЦИИ ОТВЕТОВ МОЗГА НА ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СТИМУЛЫ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПРИ РЕКУРРЕНТНОЙ И БИПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИИ

Мнацаканян Е.В., Крюков В.В., Краснов В.Н.

ИВНД и НФ РАН; Московский научно-исследовательский институт психиатрии, филиал ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России; ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
Москва

DIFFERENCES IN MODULATION OF BRAIN RESPONSES TO EMOTIONAL STIMULI IN MEN AND WOMEN WITH RECURRENT AND BIPOLAR DEPRESSION

Mnatsakanian E.V., Kryukov V.V., Krasnov V.N.

Цель исследования: установление особенностей эмоциональной модуляции вызванных специфическими зрительными стимулами ответов мозга, что может служить основой для построения системы дифференцированных маркеров прогноза и предпочтительности выбора терапевтической тактики при рекуррентной и биполярной депрессии.

Материал и методы: В условиях клиники Московского научно-исследовательского института психиатрии проведено два исследования. В первом исследовании участвовали пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством: 24 женщины, средний возраст $37,7 \pm 12,8$ года, и 24 мужчины, средний возраст $39, \pm 13,5$ года. В контрольные группы входили здоровые добровольцы: 25 женщин, средний возраст $36,1 \pm 14,2$ года, и 25 мужчин, средний возраст $33,1 \pm 11,1$ года.

Во втором исследовании участвовали пациенты с верифицированным диагнозом «Биполярное расстройство II типа, депрессивный эпизод»: 27 женщин, средний возраст $36,4 \pm 10,2$ лет, и 26 мужчин, средний возраст $43,3 \pm 12,4$ года. В контрольные группы входили здоровые добровольцы: 29 женщин, средний возраст $36,8 \pm 13,6$ года, и 23 мужчины, средний возраст $34,8 \pm 11,2$ года.

Группы пациентов в обоих исследованиях не различались по значениям шкал тревоги и депрессии Гамильтона. Запись ЭЭГ у пациентов проводилась на свободном от активной фармакологической терапии фоне. По инструкции от испытуемых требовалось нажимать на разные кнопки в зависимости от того, появлялось ли на экране изображение человека или животного; половина изображений представляла нейтральных людей или животных, другая половина агрессивных/злых. За 2 с перед этими изображениями появлялся предупреждающий стимул (ключ), о котором испытуемым не давали инструкцию. Для каждой из четырех категорий был свой ключ – простая фигура. Более подробно стимулы и дизайн исследования описаны в наших работах (Мнацаканян Е.В. и др., 2020, 2022). ЭЭГ записывалась на оборудовании Net Station 4.4 (Electrical Geodesics Inc., США) от 128 каналов с частотой дискретизации 500 Гц в диапазоне частот 0–200 Гц. Запись ЭЭГ фильтровалась в диапазоне 0–15 Гц и сегментировалась относительно момента подачи ключа. Мы анализировали первые 700 мс от момента появления ключа.

Статистически значимый прирост или редукцию амплитуды ($p < 0,05$) для условия с эмоциональными стимулами относительно нейтральных мы определили как эмоциональную модуляцию (ЭМ). Полученные различия группировались по времени и в пространстве в компактные области, которые включали основные компоненты зрительного ответа на ключ: P100, N170, P200, P380 и поздний комплекс волн (LPP/LPC).

Результаты и обсуждение: В результате имплицитного обучения произошла ассоциация ключей с определёнными категориями стимулов. В результате ключи стали вызывать ответы мозга, в которых проявилась неосознанная эмоциональная

модуляция (ЭМ). В норме ЭМ различалась между мужчинами и женщинами для комплекса поздних волн (LPP/LPC) и для компонента P200.

Различия между пациентами разного пола были больше чем между здоровыми испытуемыми разного пола. Как в случае рекуррентной (РД), так и биполярной депрессии (БД), у мужчин компоненты вызванной активности были затронуты ЭМ меньше, а для женщин больше, чем в норме.

ЭМ компонента P100 отсутствовала на принятом уровне значимости статистических различий у женщин с БД и мужчин с РД. ЭМ у мужчин с БД и женщин с РД радикально отличалась от ЭМ этого компонента в норме.

Пол не влиял на топографию ЭМ компонента N170 в норме. ЭМ этого компонента у пациентов с БД отличалась от нормы соответствующего пола и различалась в зависимости от пола пациента. Топография ЭМ для N170 при РД отличалась от нормы меньше.

Топография ЭМ для P200 у пациентов с БД была ближе к норме, особенно у женщин. Топография ЭМ для P200 при РД отличалась от нормы больше.

Пол не влиял на топографию ЭМ компонента P380 в норме. ЭМ этого компонента у пациентов как с РД, так и с БД отличалась от нормы соответствующего пола и различалась в зависимости от пола пациента.

Начиная с компонента N170, у пациенток формировалась область ЭМ, которая включала задние области коры и стабильно наблюдалась по всей эпохе анализа. Такая «застойная» зона ЭМ наблюдалась у женщин с РД в основном в правом полушарии. У женщин с БД она также сначала была в правом полушарии, а затем расширилась на левое полушарие и стала билатерально симметричной для латентностей 450-700 мс (комплекс LPP/LPC).

Выводы: Наши данные указывают на то, что эмоциональная модуляция активности мозга пациентов с биполярной и рекуррентной депрессией отличается от здорового контроля. Эти отличия по-разному отражаются в компонентах вызванной зрительными стимулами активности мозга. Для обоих диагнозов эти отличия также зависят от пола пациента. Это предполагает, что при исследованиях эмоциональных нарушений у пациентов и при поиске биомаркеров для лучшей диагностики надо учитывать пол испытуемых.

ОСОБЕННОСТИ СЕНСОМОТОРНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**Моисеев Д.В., Марченко А.А., Володарская А.А., Сквородников Д.В.,
Фролова И.Д., Хабаров И.Ю., Лобачев А.В.**

Военно-медицинская академия

Санкт-Петербург

FEATURES OF SENSORIMOTOR FUNCTIONING IN DIFFERENT TYPES OF MENTAL DISORDERS

*Moiseev D.V., Marchenko A.A., Volodarskaya A.A., Skovorodnikov D.V., Frolova I.D.,
Khabarov I.Yu., Lobachev A.V.*

Актуальность. Отсутствие объективных маркеров диагностики психических расстройств создаёт проблему субъективности при постановке психиатрического диагноза, что может приводить к неверной постановке диагноза и снижению эффективности лечения пациентов. Для решения данной проблемы Национальным институтом психического здоровья США была разработана парадигма Research Domain Criteria (RDoC), в рамках которой происходит поиск объективных маркеров психических расстройств, основанных на работе нейрофизиологических механизмов и поведенческих явлениях, что позволяет создать новые методы классификации

психических расстройств для объективной постановки психиатрических диагнозов. Одним из доменов данной парадигмы является домен сенсомоторных систем. Сенсомоторное функционирование принимает важное участие в таких когнитивных функциях, таких как: восприятие времени, пространственное восприятие, восприятие кинестетических образов и обработка конкретных и абстрактных слов. Диагностика сенсомоторного функционирования может применяться для раннего прогнозирования психозов, выявления двигательных побочных эффектов антипсихотических препаратов, клинический мониторинг результатов лечения психомоторных синдромов и определение новых мишеней для неинвазивной стимуляции мозга. Всё это говорит о том, что сенсомоторное функционирование может выступать одним из объективных маркеров в диагностике и мониторинге психических расстройств.

Цель исследования. Выявление особенностей сенсомоторного функционирования как объективного маркера диагностики разных типов психических расстройств.

Материалы и методы. В ходе исследования было обследовано 79 человек, из них мужчин – 64, женщин – 15: 19 пациента с расстройствами шизофренического спектра (ШР, F20.0-F25), 21 – с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР, F43.1), 20 – с адаптационными нарушениями (РА, F43.2) и 19 человек контрольной группы (здоровые лица).

Стимульный материал предъявлялся с помощью программного обеспечения Psychology Experiment Building Language (PEBL версия 2.0). Использовалась методика PEBL Manual Dexterity, предназначенная для оценки сенсомоторного функционирования. Задача выглядела следующим образом: испытуемому требовалось с помощью манипулятора (мышь) попасть управляемой точкой в центр мишени, которая случайным образом возникала на экране, при этом управляемая точка подвергалась возмущающим колебаниям («дрожание») - хаотичным смещениям в небольшом диапазоне амплитуды (диапазон варьировался в зависимости от сложности этапа) относительно реального положения мыши. Оценивались следующие показатели: целевые моторные действия, которые представляют из себя количество движений мышью для достижения мишени; корректирующие моторные действия, которые представляют из себя движения мышью, используемые испытуемым для сопротивления показателю «дрожания» в тесте; время, затраченное на каждое испытание.

Результаты и их обсуждение. По данным методики PEBL Manual Dexterity были выявлены следующие значимые ($p < 0,05$) различия. Наименьшее количество целевых моторных действий регистрировалось у пациентов с РА ($73,2 \pm 13,9$), значимо большим оно было у здоровых лиц ($89,3 \pm 10,8$), и максимальных значений достигало в группе пациентов с ПТСР ($134,7 \pm 34,1$), при этом у больных с ШР оно составило $107,6 \pm 13,93$. Аналогичные тенденции наблюдались и в отношении корректирующих моторных действий: в группе пациентов с РА оно было минимальным ($15,5 \pm 3,1$), значимо большим – у здоровых лиц ($17,8 \pm 1,8$) и максимальным – у больных с ПТСР ($26,5 \pm 7,5$), тогда как у лиц с ШР оно равнялось $21,27 \pm 2,74$. Соответственно и время прохождения испытаний также было заметно меньше у пациентов с РА ($1658,9 \pm 391,1$), чем в группе пациентов с ПТСР ($2105 \pm 641,3$), тогда как у здоровых лиц этот показатель занимал промежуточное положение ($1901,6 \pm 289,7$), у лиц с ШР – $2228,2 \pm 279,3$. Любопытно, что значимых различий в показателях у лиц с ШР от всех прочих групп не выявлялось.

Результаты исследования позволили построить дискриминантную модель с точностью 58% (при $F\text{-enter}=2,0$, $F\text{-remove}=1,9$ и $p < 0,05$), при этом в нее вошло два параметра: количество целевых моторных действий и среднее время, затраченное на каждое испытание. Чувствительность решающих составила 79% для здоровых

лиц, 50% для группы пациентов с РА и 100% для группы пациентов с ПТСР, а для пациентов с ШР она равнялась 0.

Выводы. Таким образом, группа пациентов с РА более «экономно» решает задачу сенсомоторного управления в условиях помех по сравнению со здоровыми лицами и, особенно, лицами с ПТСР, для которых эта функция представляет существенные трудности, тогда как у больных с ШР, вопреки ожиданиям, характерных изменений в сенсомоторной сфере выявлено не было. В целом, использование данной методики способствует объективизации диагностики постстрессовых расстройств.

ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ КОНТЕНТА ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ ДЛЯ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Москвитина У.С., Сорокин М.Ю.

Медицинский институт НИУ «БелГУ»

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Белгород, Санкт-Петербург

*APPROACHES TO CREATING VIRTUAL REALITY CONTENT
FOR THERAPY AND REHABILITATION OF MENTAL DISORDERS*

Moskvitina U.S., Sorokin M.Y.

Цель исследования: проанализировать и разработать основные подходы к формированию содержимого программ виртуальной реальности для терапии и реабилитации психической патологии.

Материал и методы: нами была разработана программа ЭВМ, предназначенная для автоматизации психофизиологической коррекции психологического состояния с использованием технологий виртуальной реальности с возможностью персонализации (свидетельство о государственной регистрации № 2022680620 от 03.11.22).

Для создания данного продукта использовались следующие материалы и методы.

Анализ параметров головного мозга человека: МРТ-исследование мозга проводилось на аппарате GE Optima 450w с индукцией магнитного поля 1,5 Тл. Применяли радиочастотную катушку для головы. Получали T1-взвешенные изображения с полем зрения (FOV) 24,4 x 14,8 см и толщиной среза 0,5 мм. Позже изображения строились в трех стандартных взаимно перпендикулярных плоскостях. Измерения проводились стандартными средствами на рабочей станции eFilm 4.0 WorkStation. Для расчета площади поверхности полушарий головного мозга использовали FreeSurfer 4.5.0.

Анализ поверхности открытого пространства проводили в геоинформационном программном продукте ArcGIS 10.5. Использовалась цифровая модель местности. В работе использовали наборы инструментов Spatial Analyst и 3D Analyst, предназначенные для пространственного анализа как для растровых (на основе ячеек) так и для векторных данных. Были использованы инструменты анализа Surface Volume (объем для поверхности). Источником сведений о рельефе являются данные радарного сканирования земной поверхности SRTM (Shuttle Radar Topography Mission) разрешением 3 угловые секунды.

Также для измерений высот зданий и построения профиля ландшафта городской агломерации использовали приложение Google Earth Pro.

Для моделирования и оценки площади поверхности помещения, оформления формы закрытой среды – Autodesk AutoCAD 2018.

Написание кода программы и ее воспроизведение: язык программирования: C# (C Sharp), Windows Mixed Reality.

Результаты По данным ряда авторов взаимодействие пациента с контентом виртуальной реальности оказывает положительный эффект в виде снижения тревоги, повышения стрессоустойчивости, нормализации фона настроения, улучшения свойств внимания и памяти, снижение болевой чувствительности (Baghaei N. et al., 2021; Climent G. et al., 2021; Gao T. et al., 2019; Jo H. et al., 2019; Ryu J.H. et al., 2019).

При этом именно программное наполнение (сценарий и содержимое) вызывает изменение когнитивных, эмоциональных и физических параметров пациентов. В процессе работы над содержимым нашей программы возникли вопросы формирования и наполнения ее графическим содержимым, а также сюжетной линией психотерапевтического сценария.

В ходе анализа доступной для нас отечественной и зарубежной литературы мы не встретили описаний подходов и требований к содержимому программы, не нашли так же параметров и к оценке эффективности программ виртуальной реальности.

До настоящего времени были описаны лишь следующие принципы эффективного воздействия с помощью VR программ с целью нейрореабилитации: массированная практика; дозированный подход (тренировка не менее чем 5 часов в неделю); структурированная тренировка; решение специфических задач в ходе сеанса; переменная практика (несколько задач, требующих разных видов активности); мультисенсорная стимуляция (визуальная, кинестетическая, аудиальная); нарастающая сложность задач внутри сеанса; эксплицитная обратная и имплицитная обратная связь; использование аватара, как эталона оценки эффективности реабилитации; стимуляция использования пораженной конечности.

На основе учета специфики разработки программ для управляемой терапии и реабилитации психических расстройств нами предлагаются следующие подходы к формированию контента виртуальной реальности:

1. Содержимое виртуальной реальности решает конкретную медицинскую (психиатрическую, психотерапевтическую) и/или психологическую задачу.
2. Контент виртуальной реальности имеет свою структуру, которая представлена следующими элементами: арена развития терапевтического сценария (закрытое пространство, открытое пространство, смешанные формы), базовые объекты (вокруг которых происходит основное действие, некоторые из них так же могут быть ареной), дополнительные объекты (фрагментарные стимулы различных модальностей, которые согласуются с ареной событий).
3. Взаимодействие с содержимым виртуальной реальности должно содержать, по меньшей мере, следующие фазы: инициация контакта с виртуальной средой, сосредоточение и развернутая работа, расслабление.
4. Возможность персонализации контента (как под формальные параметры, так и под нейрофизиологические показатели конкретного пациента).
5. Управляемое воздействие контента сеанса с учетом шкалы интенсивности демонстрируемых стимулов с возможностью подбора времени длительности сеанса, количества повторов, смены вида активности внутри содержимого виртуальной реальности исходя из динамики психопатологического состояния пациента.
6. Осуществление оценки эффективности сеанса (объективная и субъективная, перед и после сеанса, интерфейс внутри содержимого со шкалой результатов).

Выводы: данный доклад – попытка обобщить литературные данные и собственные исследования по данной тематике. Для эффективного управляемого персонализированного воздействия на психическую сферу, содержимое VR рассмотрено как психофизиологический стимул. В соответствии с этим, описаны подходы к формированию закрытого и открытого симулированного пространства виртуальной реальности для терапии и реабилитации психических расстройств,

основанные на психологических эффектах и физиологических принципах восприятия изменения границ форм окружающего человека пространства. Предложена классификация типов контента виртуальной реальности, по форме границ симулированного пространства.

ПРЕВЕНЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ СРЕДИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Мошкина А.Ю.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Тюмень

PREVENTION OF COGNITIVE IMPAIRMENT AMONG GERIATRIC PATIENTS

Moshkina A.Yu.

Актуальность. Когнитивные нарушения оказывают значительные физические, психологические, экономические и социальные потери у членов семьи пациента и общества в целом. Представители разных профессий пытаются справиться с такой важной медико-социальной проблемой: врачи, психологи, учёные, политики, социальные работники, программисты.

Цель исследования – разработать меры профилактики когнитивных нарушений у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы. Мы провели анализ 300 амбулаторных карт пациентов в отделении медико-социальной помощи в городской поликлинике в городе Тюмени. Выделили 3 группы пациентов в зависимости от их возраста: I-я группа от 65-74 года (33,3%); II-я группа 74-84 года (33,3%); III-я группа 85 лет и старше (33,3%). В каждой группе было по 100 человек. КН оценивали при помощи теста Мини-Ког (Borson S., 2000). Если пациент набирает менее 3-х баллов, то это является основанием предположить деменцию.

Результаты и обсуждение. Распределение участников в зависимости от суммы баллов по тесту Мини-Ког имело следующие значения: 0 баллов- 8% (n=24); 1 балл- 11% (n=33); 2 балла- 19% (n=57); 3 балла- 23% (n=69); 4 балла- 20% (n=60); 5 баллов- 19% (n=57). КН были выявлены у 61% (n=183) пациентов из 300 обследуемых (балл по тесту Мини-Ког ≤ 3). Распространенность КН в зависимости от возрастной группы имело следующее распределение: I-я группа- 42% (n=42); II-я группа-63% (n=63); III-я группа- 80% (n=80). Частота ГС в зависимости от наличия КН имело следующий вид: синдром старческой астении (ССА) при наличии КН встречалось в 71,5% (n=131) случаев, при отсутствии КН в 39,3% (n=46); недержание мочи (НМ) при наличии КН- 49,7% (n=91), при отсутствии КН в 37,6 % (n=44) случаев; недержание кала при наличии КН в 6% (n=11), при отсутствии КН в 2,6% (n=3); падения за предыдущий год при наличии КН в 33,3% (n=62), при отсутствии КН в 25,6% (n=30); дефицит слуха при наличии КН в 16,3% (n=30) случаев, при отсутствии КН 5,9% (n=7); дефицит зрения при наличии КН в 8,7% (n=16), при отсутствии КН- 1,7% (n=2); хронический болевой синдром (ХБС) при наличии КН в 89,6% (n=164) случаев, при отсутствии КН в 80,3% (n=94); пролежни при наличии КН встречались в 3,8% (n=7), при отсутствии КН в 1,7% (n=2) случаев.

Выводы. С увеличением возраста пациента возрастает вероятность КН. У пациентов с КН чаще встречались ГС. Результаты проведенного исследования требуют комплексного подхода в профилактике и реабилитации пациентов. Призваны им помочь: гериатры, кардиологи, терапевты, инструкторы ЛФК и клинические психологи. Важное значение в профилактике КН имели: разработка алгоритмов оказания медицинской помощи пациентам с КН; подготовка врачей и медсестер первичного звена со способностью проводить скрининговые мероприятия по

выявлению КН; разработка образовательных программ для пациентов с когнитивными нарушениями и их родственниками; создание федеральных и региональных реестров лиц с КН; внедрение IT- программ для когнитивной тренировки пациентов (особенно с применением искусственного интеллекта); проведение школ здоровья с геронтокогнитивной направленностью.

ПРЕДИКТОРЫ ПОДРОСТКОВЫХ АУТОАГРЕССИЙ

Мухторов Б.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент

PREDICTORS OF ADOLESCENT AUTOAGGRESSION

Muhtorov B.O.

Введение. Возникновению несуицидального самоповреждающего поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются у подростков соматическими симптомами и поведенческими эксцессами (Nurkhodjaev S., 2020). По мнению ряда исследователей, суицидальные тенденции обусловлены развитием внутриличностного конфликта под воздействием внешних стрессогенных факторов (Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al., 2019). По данным отечественных авторов, микросоциальное окружение, в том числе семья, стили родительского воспитания, межличностные конфликты со сверстниками способствуют риску развития аутоагрессивного поведения у детей и подростков (Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К., 2021).

Цель исследования: изучить семейные факторы риска формирования аутоагрессивных тенденций у подростков допризывного возраста для ранней превенции и оптимизации психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы: обследовано 111 подростков допризывного возраста с поведенческими нарушениями и суицидальными намерениями депрессивного генеза. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев акцентуированных личностных черт по МКБ-10-Z73.1. Вся исследуемая выборка была распределена на две группы в зависимости от наличия аутоагрессивных тенденций самоповреждающего характера несуицидального генеза. В основную группу были отобраны 61 подросток с самоповреждающими действиями. В группу сравнения вошли подростки с отсутствием аутоагрессии. Личностные особенности подростков мы определяли при помощи Модифицированного Патохарактерологического Диагностического Опросника (МДПО Личко А.Е., Иванов Н.Я. 2001г.).

Результаты исследования и обсуждения: на инициальном этапе нашего исследования явилось изучение семейных взаимоотношений, как предикторов формирования несуицидального самоповреждающего поведения. В ходе исследования мы на основании сбора анамнестических сведений выявили состав семьи подростков и провели распределение подростков основной группы и группы сравнения в зависимости от состава микросоциального окружения. Сравнительный анализ распределения подростков в зависимости от состава семьи и микросоциального окружения определил, что в полной семье воспитывалась значительная доля пациентов из группы сравнения – 76% случаев наблюдения. А у подростков основной группы были зарегистрированы высокие показатели по параметрам – воспитание одним родителем – в 36% случаев, наличие неродного родителя установлено у 6 пациентов (9,8% случаев), воспитание у родственников (чаще всего бабушки по материнской линии) – у 5 (8,2%) подростков, воспитание

вне семьи при наличии родителей (в детском доме, интернате со спецколледжом) – у 4 (6,6%) подростков. Обобщая полученные данные результатов исследования особенностей состава семьи и микросоциального окружения определили, что наиболее опасным в плане формирования аутоагрессивных тенденций являются такие факторы, как неполный состав семьи, наличие неродных родителей, воспитание у родственников или вне семьи. Нами также были изучены уровни доверительных и гармоничных отношений семейных взаимоотношений, в зависимости от которых мы распределили подростков на воспитывающихся в гармоничных и дисгармоничных семьях. Дисгармоничная семья в свою подразделялась на деструктивную, дисфункциональную и амбивалентную. Под деструктивной семьей мы подразумевали семью, где один или оба родителя злоупотребляли спиртными напитками или в семье один из родителей, страдал психическим заболеванием. Дисфункциональная семья – это неблагополучная семья с постоянными конфликтами, ссорами между родителями, оскорблениями и унижениями, где присутствует неблагополучный микроклимат, и родители не выполняют основных своих предназначений по воспитанию ребенка. Амбивалентная семья состояла из противоречивых взаимоотношений психологического и социального уровня, между членами семьи присутствовало полное отчуждение, отношение к ребенку в такой семье показное, слова расходятся с действительностью, внешне это благополучная семья с достаточным материальным достатком, где забота о ребенке ограничивается удовлетворением материальных потребностей, но отсутствуют любовь, эмоциональные привязанности, духовное взаимопонимание. Анализ распределения всех обследуемых подростков по видам семьи выявил, что в общей выборке преобладали деструктивные семьи (64%), на втором месте по встречаемости определены амбивалентные семьи (32%), дисфункциональные семьи установлены в 29,7% случаев. Гармоничная семья наблюдалась только у 4 (3,6%) подростков из группы сравнения. Мы провели распределение подростков по видам семей в основной группе и группе сравнения для анализа количественной представленности этого параметра исследования. В основной группе обнаружены высокие показатели подростков из деструктивных семей – 24 (39,3% случаев), а в группе сравнения преобладали подростки из амбивалентных (34%) и дисфункциональных (30%) семей. При изучении типов родительского воспитания мы использовали классификацию А.Е. Личко. Нами были определены следующие формы родительского воспитания и контроля в семьях: гипопротекция, доминирующая гиперпротекция, потворствующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение, повышенная моральная ответственность и воспитание вне семьи. С целью сравнения стилей родительского воспитания мы распределили подростков по типам воспитания. В основной группе подростки чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (27,9%), жестокое обращение (21,3%) и потворствующая гиперпротекция (26,2%). В группе сравнения наблюдалась высокая доля пациентов с типом воспитания, где на ребенка накладывалась повышенная моральная ответственность (28% случаев). Межгрупповой анализ стилей родительского воспитания установил, преобладающие показатели жестокого обращения, потворствующей гиперпротекции, гипопротекции и эмоционального отвержения в основной группе обследуемых подростков, что позволяет отнести их к предикторам риска развития суицидальных тенденций.

Выводы: таким образом, проведенное исследование семейных факторов риска формирования несуицидальногосамоповреждающего поведения у подростков допризывного возраста, определило, что стили неправильного родительского воспитания в дисфункциональных семьях способствуют развитию аутоагрессивных

тенденций со склонностью к суицидальному поведению депрессивного регистра. Наиболее опасным в плане формирования аутоагрессивных тенденций являются такие факторы, как неполный состав семьи, наличие неродных родителей, воспитание у родственников или вне семьи. Раннее выявление дисфункциональных и амбивалентных семей и деструктивных стилей воспитания является первоочередной задачей в превенции фактов самоповреждающих действий у подростков допризывного возраста для снижения риска по суицидальной готовности среди данного контингента населения.

ДЛИТЕЛЬНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ ГЛУТАМАТА НАТРИЯ ФОРМИРУЕТ ДЕПРЕССИВНО-ПОДОБНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ИЗМЕНЯЕТ ДВИГАТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ У КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР

Назарова Г.А., Богданова Н.Г., Судаков С.К.

ФГБНУ «НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина»

Москва

*LONG-TERM CONSUMPTION OF MONOSODIUM GLUTAMATE FORMS
DEPRESSIVE-LIKE BEHAVIOR AND CHANGES MOTOR ACTIVITY IN WISTAR RATS*

Nazarova G.A., Bogdanova N.G., Sudakov S.K.

Глутамат натрия (MSG) реализует разнообразные нейрхимические функции в организме. Глутамат натрия обладает специфическим вкусом умами, который считается одним из основных пяти вкусов, наряду с соленым, горьким, кислым и сладким вкусами.

Глутаматергическая система принимает непосредственное участие в механизмах возникновения и развития депрессии, однако данных о формировании депрессии в результате потребления глутамата натрия недостаточно.

Целью настоящего исследования явилось изучение формирования депрессивно-подобного поведения у крыс линии Вистар после длительного потребления 1,1% раствора глутамата натрия.

Эксперименты проводились в течение 30 дней на самцах крыс линии Вистар в соответствии с требованиями приказа №267 МЗ РФ (19.06.2003) и “Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных” (НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАМН, протокол №1 от 03.09.2005 г.).

Во время эксперимента крысы контрольной и опытной групп имели постоянный доступ к воде и корму. У животных контрольной группы в обеих поилках находилась только вода. В опытной группе животным в одной поилке предоставлялась вода, а во второй поилке – 60 мМ (1,1%) раствор глутамата натрия.

Измерения веса съеденного корма и объема выпитой жидкости (воды и раствора глутамата натрия) у крыс обеих групп проводились ежедневно, за час до наступления темной фазы (11:00 - 23:00). Также измерялись вес крыс и показатели суточной двигательной активности в аппарате Phenomaster (“TSE”, Германия) спустя 9, 18 и 30 дней эксперимента.

На 10-й день эксперимента проводилось тестирование формирования депрессивно-подобного поведения у крыс в ситуации “неизбегаемого плавания” по методике Порсолта. На 20-й день эксперимента проводилось тестирование формирования депрессивно-подобного поведения в ситуации “подвешивания за хвост” по методике Гарибовой и Ворониной.

В результате проведенных экспериментов было установлено, что на 9-й и 18-й дни эксперимента у крыс, потребляющих глутамат натрия, наблюдалось достоверное увеличение горизонтальной двигательной активности в темную фазу (с 11:00 до 23:00) и снижение двигательной активности в светлую фазу (с 23:00 до 11:00). На

30-й день потребления раствора глутамата натрия двигательная активность у опытной группы крыс была снижена как в темную, так и в светлую фазы наблюдения.

В результате длительного потребления раствора глутамата натрия у животных развивалось депрессивно-подобное поведение. При проведении теста “принудительного плавания” было зафиксировано достоверное уменьшение длительности периодов активного плавания и увеличение длительности периодов пассивного плавания, иммобилизации и ритмологического индекса депрессивности в группе с глутаматом натрия. При проведении теста “подвешивания за хвост” наблюдалось уменьшение длительности активных движений и увеличение суммарного времени периодов иммобилизации у крыс, получавших раствор глутамата натрия. Также в данном тесте было обнаружено достоверное увеличение ритмологического индекса депрессивности в опытной группе крыс, потреблявшей раствор глутамата натрия. Проведенные эксперименты демонстрируют изменение поведенческой и двигательной активности крыс и формирование депрессивно-подобного поведения под действием пищевого глутамата натрия.

ПОИСК И УСТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА, СОПРЯЖЕННЫХ С РАЗВИТИЕМ КОГНИТИВНЫХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Нейфельд Е.А.

ГБУЗ МО «ЦКПБ им. Ф.А. Усольцева»

Москва

SEARCH AND IDENTIFICATION OF MORPHOGENETIC FACTORS OF THE BRAIN ASSOCIATED WITH THE DEVELOPMENT OF COGNITIVE DISORDERS

Neyfeld E.A.

В конце 20-го века был расшифрован геном человека и это позволило проводить исследования, в которых используются методы определения расширенных мутаций и полиморфизмов в структуре генов пациентов. Это позволяет изучать функции генов на уровне генома, выявляет специфические локусы на хромосомах, ассоциируя их с развитием различных заболеваний, определять генетическую предрасположенность ко многим заболеваниям, а в ряде случаев позволяет проводить пренатальную диагностику эмбрионов, когда по анализу крови матери определяется структура ДНК. Некоторые заболевания возникают на ранних стадиях эмбриогенеза, за счет резко измененного генома эмбриона, что приводит к неправильной закладке тканей, изменениям сосудистого русла и иннервации. Другой тип течения заболеваний формируется под влиянием факторов внешней среды (травмы, стресс, алкоголь) и в таком случае диагностика изменений генома облегчается за счет выявления факторов риска.

В психиатрии существуют сведения о генетических факторах, которые служат предикторами этих заболеваний, например, ApoE белка, который сопряжен с повышением фактора вероятности развития болезни Альцгеймера. В этом случае существенную роль играют факторы внешней среды (травмы, инфекции), однако наличие мутации в ApoE является влиянием более раннего развития болезни. Большая часть психических заболеваний, как считают многие авторы, является, скорее всего, полигенными и охватывает целый ряд причин, это касается шизофрении, аутизма, эпилепсии, эндогенной депрессии. В тоже время, у зарубежных авторов имеются сведения, о том, что существует полиморфизм отдельных белков, которые очень тесно сцеплены с рядом психических заболеваний и одна мутация в таком гене связана сразу с несколькими заболеваниями. Анализ

этого явления привел нас к предположению, что все указанные патологии могут возникать в результате нарушения взаимосвязи между факторами риска, способствующими развитию психических заболеваний, и белками, выявлять нарушения в процессе формирования головного мозга, возникающими на ранних стадиях эмбриогенеза вследствие мутаций или полиморфизмов генов, регулирующих процесс формирования глии и миграции нейронов. (Ткачук В.А. и соавт.)

Следовательно, мы можем предположить, что взаимосвязь между полиморфизмом с психическими заболеваниями возникла на ранних стадиях эмбриогенеза, который впоследствии проявляется выраженными когнитивными и психическими нарушениями. Однако какие именно гены влияют на развитие шизофрении остается пока неизвестным. В настоящее время в психогенетике ведется активный поиск наследственных механизмов психических заболеваний наряду с изучением средовых факторов риска.

Шизофрения стала одним из первых психических заболеваний, в изучении которого приняли участие генетики. Давно замечено, что среди родственников людей, страдающих шизофренией, частота данного заболевания выше, чем в популяции. Более того, риск заболевания повышается с увеличением степени родства: для родственников первого уровня он составляет около 10%; если оба родителя больны, риск заболевания ребенка достигает 46%; риск заболевания для монозиготных (МЗ) близнецов еще выше и составляет 48-50%. Все это лишний раз свидетельствует о роли наследственности в развитии шизофрении.

РОЛЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН

**Никитина В.Б., Белокрылова М.Ф., Лобачева О.А., Рудницкий В.А.,
Ветлугина Т.П.**

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ
Томск

THE ROLE OF IMMUNOLOGICAL INDICATORS IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ANXIETY DISORDERS IN WOMEN

Nikitina V.B., Belokrylova M.F., Lobacheva O.A., Rudnitsky V.A., Vetlugina T.P.

Актуальность. В повседневной клинической практике врачи встречаются с психическими нарушениями, сопровождающимися приступами интенсивной и мучительной тревоги. Чаще всего от тревожных расстройств страдают женщины. Причиной данных состояний в большинстве случаев являются паническое расстройство или органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга, дифференциация которых затруднена ввиду имеющегося сходства клинических проявлений.

В обоих случаях приступы внезапной тревоги сопровождаются беспокойством, повышением артериального давления, головными болями, нарушениями сна, снижением настроения. Для постановки диагноза «паническое расстройство» у пациента не должно быть соматического заболевания, взаимосвязанного с появлением эпизодической пароксизмальной тревоги. На практике, особенно у лиц среднего и старшего возрастов, часто отмечаются признаки церебрально-органической недостаточности ЦНС, пациенты без органической отягощенности встречаются достаточно редко. С учетом того, что во время приступов тревоги, панических пароксизмов, за счет вегетативных нарушений даже при отсутствии такой отягощенности почти всегда выявляются симптомы, традиционно считающиеся «органическими», ее присутствие, подкрепленное данной

«органической» симптоматикой, приводит к гиперболизации церебрально-органических причин психических расстройств, сопровождающихся тревогой, и чрезмерной диагностике органических тревожных нарушений.

Преувеличение роли органического фактора приводит к недооценке социально-психологических причин, что способствует негативной динамике и прогрессированию заболевания. Обе крайности приводят к диагностическим ошибкам, которые выявляются в дальнейшем.

Течение панического расстройства и динамика органического заболевания сосудистого генеза биологически детерминированы, социально-психологические факторы в данном случае наиболее часто выступают в роли либо триггера, либо искажающего воздействия (влияющего на патоморфоз), поэтому поиск биологических критериев дифференциальной диагностики данных психических нарушений становится актуальной задачей.

Цель исследования – выявление иммунологических показателей для дифференциальной диагностики тревожных расстройств у женщин, а именно панического расстройства и органического тревожного расстройства в связи с сосудистым заболеванием головного мозга.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 46 женщин (средний возраст $50,0 \pm 10,8$ лет), поступивших в клинику НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Согласно критериям МКБ-10 было сформировано две группы больных: 1 – с паническим расстройством (24 женщины), 2 – с органическим тревожным расстройством в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (22 женщины).

Тревожность определяли по «Шкале оценки уровня реактивной и личностной тревожности» Спилбергера-Ханина.

Для оценки иммунитета использовали комплекс стандартных тестов с фенотипированием иммунокомпетентных клеток, определением факторов гуморального иммунитета и показателей фагоцитарной активности. Контрольную группу составили 37 здоровых женщин.

Статистический анализ проводили с использованием STATISTICA для Windows, версия 12.0 с помощью критерия Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. У всех обследуемых женщин отмечались напряжение, тревога, беспокойство, утомляемость, ощущение неспособности справиться с ситуацией, снижение способности функционировать в повседневной жизни. Тревога проявлялась тягостным, необъяснимым ощущением опасения чего-то, ощущением угрозы, сочеталась с повышенной раздражительностью, плаксивостью, пессимистической оценкой будущего. Большинство пациентов испытывали «тревожное предчувствие», высказывали опасения в отношении не только реальных, но и предполагаемых неприятных событий.

Сравнительный анализ результатов психологического и иммунологического исследования выявил достоверные различия ряда показателей в обследованных группах женщин по отношению к контролю: повышение уровня реактивной и личностной тревожности; снижение содержания Т-хелперов и повышение цитотоксических Т-лимфоцитов; снижение количества В-лимфоцитов и увеличение концентрации сывороточного IgG.

В группе женщин с паническим расстройством по сравнению с женщинами с органическим тревожным расстройством в связи с сосудистым заболеванием головного мозга установлен достоверно высокий уровень реактивной тревожности (50 [46–54] баллов и 42 [35–45] баллов, $p=0,000114$) и среди параметров врожденного иммунитета: достоверно более низкое количество натуральных клеток-киллеров – NK-клеток (10 [7–12]% и 16 [13–18]%, $p=0,000007$) и более

высокий фагоцитарный индекс нейтрофилов (62 [57–67]% и 48 [42–56]%; $p=0,000009$).

В нейроанатомическом плане паническое расстройство характеризуется повышенной реактивностью миндалевидного тела, входящего в лимбическую систему мозга и играющего важную роль в возникновении страха и тревоги [Кашапов Ф.Ф., 2017; Asami T. et al., 2018]. В свою очередь, лимбическая система мозга входит в состав нервной регуляции функций иммунологической защиты [Schiller M. et al., 2021]. Следовательно, гиперактивность зон лимбической системы при панических атаках дезорганизует деятельность всего регуляторного аппарата [Kaldewaij R. et al., 2019], нарушает нейроиммунную регуляцию, индуцирует патологию функции иммунитета. У пациентов с паническим расстройством наблюдалось снижение доли клеток Т-супрессоров и увеличение соотношения Th/Ts. Установлено, что более высокий уровень тревожности связан с измененной популяцией Т-клеток, а уровни тревоги отрицательно коррелируют с долей НК-клеток [Park J.E. et al., 2005]. Т.е. с повышением тревожности содержание НК-клеток снижается, что подтверждается и в нашем исследовании.

В формировании органического тревожного расстройства ключевая роль принадлежит соматическим заболеваниям сосудистого генеза, которые приводят к нарушению проницаемости гематоэнцефалического барьера, расстройствам ликвородинамики и возникновению патологической интероцептивной импульсации, активации микроглии и усилением продукции медиаторов воспаления [Santisteban M.M. et al., 2020]. В научной литературе представлены сведения об изменениях показателей врожденного и адаптивного иммунитета, развивающихся на фоне артериальной гипертензии. Показана роль иммунной системы в патогенезе артериальной гипертензии, [Михин В.П. и др., 2020].

Нами разработан способ дифференциальной диагностики панического расстройства и органического тревожного расстройства в связи с сосудистым заболеванием головного мозга. При поступлении пациента в стационар оценивают уровень тревожности и определяют показатели иммунитета. При уровне реактивной тревожности 46 баллов и более, количества натуральных киллеров 12% и менее, фагоцитарного индекса нейтрофилов 57% и более диагностируют паническое расстройство, а при значениях реактивной тревожности 45 баллов и менее, количества натуральных киллеров 13% и более, фагоцитарного индекса нейтрофилов 56% и менее диагностируют органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга [Патент (ru) №2770734].

Заключение. Полученные данные позволяют рассматривать уровень реактивной тревожности и показатели врожденного иммунитета в качестве параклинических методов дифференциальной диагностики панических расстройств и органических тревожных расстройств у женщин.

СЕНСОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ТРЕВОГА У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.

Никитина С.Г., Балакирева Е.Е., Блинова Т.Е., Куликов А.В., Шалина Н.С.,
Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

*SENSORY ABNORMALITIES AND ANXIETY IN PATIENTS WITH AUTISM SPECTRUM
DISORDERS.*

*Nikitina S.G., Balakireva E.E., Blinova T.E., Kulikov A.V., Shalina N.S., Koval-
Zaitsev A.A., Ivanov M.V.*

Актуальность. Расстройство аутистического спектра, как расстройство развития нервной системы, является коморбидным рядом других психических нарушений, среди которых наиболее часто встречаются обсессивно-компульсивные и тревожно-фобические синдромы. Согласно проведенному метаанализу почти 40% детей с РАС имеют повышенный уровень тревожности, до 30% – очерченные расстройства: обсессивно-компульсивное расстройство 17%, социальное тревожное расстройство и агорафобию 17%, генерализованное тревожное расстройство 15%, тревожное расстройство разлуки 9% и паническое расстройство 2% (van Steensel FJ, Bögels SM, Perrin S. 2011). В последнее время имеются данные о связи сенсорных аномалий при РАС и выраженностью тревоги (Gara SK, Chhetri AG, Alrjoob M, 2020), что может открывать новые подходы к терапии по облегчению сенсорной гиперчувствительности и сопутствующего стресса у данных пациентов.

Материал и методы. Работа была выполнена в отделе детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ. Было обследовано 20 пациентов (из них – 18 мальчиков, 2 девочки) в возрасте от 7 до 15 лет (средний возраст 11 лет) с диагнозами F84.xx по МКБ-10. Использовались клинический, клинико-динамический, психометрический методы. Результаты и их обсуждение. Согласно данным анамнеза начальные признаки сенсорных нарушений отмечались у детей на первом году жизни (наиболее раннее наблюдение – в 6 мес), в виде проявлений феномена сенсорной диссоциации: неравномерного сочетания сенсорных агнозий, гипо- и гиперпатий во всех сферах восприятия. К третьему возрастному кризу качественные проявления сенсорных аномалий изменяются: сглаживаются, трансформируются, либо (в меньшей части случаев) остаются без изменений. У обследованной группы детей при поступлении в стационар отмечались тактильные (n=12), слуховые (n=15), вкусовые (n=20), обонятельные (n=4), зрительные (n=2) сенсорные особенности. Тактильные гиперпатии у детей младшего и среднего школьного возраста проявлялись в виде непереносимости прикосновений, отвращения к ряду поверхностей (пластилин, слаймы, резина), выраженной брезгливости при загрязнении рук, требовательности к выбору тканей для одежды, необходимости тугого облегания либо, наоборот, чрезмерно свободной одежды, обуви, непереносимости малейших медицинских манипуляций. Зачастую пациенты требовали постоянного тактильного контакта с близкими родственниками, временами становясь навязчивыми, «липучими» с требованиями поцелуев, ласки, поглаживаний. Реже отмечались тактильные гипопатии в виде высокого болевого порога: нечувствительности к порезам, ушибам, повреждениям, особенно, наносимых самостоятельно в рамках аутоагрессии. Слуховые гиперпатии (гиперакузии) начинались в раннем возрасте, однако с течением времени трансформировались, становились более избирательными, связанными с какими-либо социальными ситуациями либо конкретными людьми, вызывали сильное раздражение у обследованных. Пациенты жаловались на непереносимость ряда звуков: шепотной речи, шума и плача детей,

звуков приема пищи, шелеста бумаги в руках у одноклассника, прослушивания музыки или использования бытовых приборов родственниками и т.д. Обратный феномен – сниженная слуховая чувствительность – встречался реже, выражался, в основном, акустической агнозией с неспособностью различать фонемы, трудностью распознавания текста на слух. Вкусовые сенсорные аномалии были распространены среди всей выборки и представлены многочисленными требованиями к принимаемой пище: пищевой избирательностью. Пациенты облизывали и обсасывали еду с ярким, кислым или соленым вкусом. Не ели пищу определенной текстуры (желе, каши, твердые, волокнистые кусочки), вкуса (мяса, рыбы, овощей), запаха (лука, рыбы), вида (кусочками мяса или овощей в супе, в гарнире), марки производителя или купленного не в привычном месте. Данные особенности формировались на первом-втором году жизни и практически не менялись с возрастом. Обонятельные сенсорные особенности в виде гиперосмий в представленной выборке были связаны с запахами исключаемой пациентами еды, обследуемые реагировали на них рвотными позывами. Зрительные сенсорные аномалии заключались в непереносимости, отвращения к определенным цветам (одежды, стен в помещении), которые вызывали неопределенную тревогу, раздражительность.

У значительной части обследованных были выявлены тревожные расстройства: вызванное разлукой (n=17), генерализованное тревожное расстройство (n=14), социальная фобия (n=9), изолированная фобия (n=9), а также обсессивно-компульсивные нарушения (n=12). Сочетание нескольких сенсорных аномалий из группы гиперпатий наблюдалась у детей с высоким уровнем общей тревоги (n=8), достигающей до уровня ажитации, выраженного двигательного возбуждения с плаксивостью, раздражительностью, протестностью, преходящими идеями отношения и ущерба. По шкале CGI-S данные пациенты оценивались на 5-6 баллов. Напротив, дети с меньшим удельным весом тревоги в состоянии (n=12) демонстрировали склонность к гипопатиям, которые также сочетались с наличием обсессивно-компульсивных нарушений и субкататонических расстройств. По шкале CGI-S данные пациенты также оценивались на 5-6 баллов. Проводимая терапия, направленная на купирование тревоги, осуществлялась сочетанием антидепрессантов с преимущественно седативным действием и «малых» нейрорептиков. На фоне лекарственной терапии значительно смягчалась выраженность тревожно-фобической симптоматики, редуцировалось двигательное возбуждение, напряженность. Пациенты отмечали лучшую переносимость сенсорных раздражителей: могли удерживаться в шумном классе, легче переносили медицинские процедуры, пробовали незнакомую пищу. По шкале CGI-I успех терапии оценивался на 2 балла. Терапия обсессивно-компульсивных нарушений и субкататонических расстройств основывалась на назначении антидепрессантов, аугментированных седативными антипсихотиками. Симптоматика у данных обследуемых отличалась стойкостью, частичной редукцией под влиянием лечения. Сенсорные особенности не изменялись. По шкале CGI-I успех терапии оценивался на 3 балла.

Выводы. Сенсорные аномалии характерные для пациентов с РАС, отличаются полиморфизмом и изменчивостью симптоматики. Данные нарушения, вероятно, высококоморбидны тревожно-фобическим и обсессивно-компульсивным расстройствам. Пациенты с преобладанием в статусе тревожно-фобической симптоматики демонстрируют наличие сенсорных особенностей по типу гиперпатий, которые могут смягчаться при лечении, направленном на купирование тревоги. Пациенты, страдающие обсессивно-компульсивными нарушениями,

отличаются наличием сенсорных аномалий по типу гипопатий, которые остаются неизменными при коррекции сопутствующих симптомов.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ И ШИЗОФРЕНИЕЙ

Новик Н.О., Станько Э.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Гродно

*COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH ORGANIC PERSONALITY DISORDER
AND SCHIZOPHRENIA*

Novik N.O., Stanko E.P.

Цель исследования: оценка и проведение сравнительного анализа когнитивных нарушений у пациентов с органическим расстройством личности и шизофренией.

Материал и методы исследования. Обследовано 20 пациентов женского пола, из которых 10 пациентов были с диагнозом «Органическое расстройство личности» и 10 – с диагнозом «Шизофрения». Средний возраст пациентов с диагнозом «Шизофрения» $55 \pm 11,9$ лет, с диагнозом «Органическое расстройство личности» $60 \pm 11,9$ лет. Респонденты с органическим расстройством личности имели сопутствующую патологию: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты, коронарных и мозговых артерий; артериальную гипертензию. Основной метод исследования – клиничко-психопатологический, дополнительный – психологический. Для оценки выраженности когнитивной дисфункции, а также с целью объективизации полученных данных использовали Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций (Посохина О.В., Смирнова А.Ю., 2011). Для оценки различий между независимыми группами при ненормальном распределении использовали критерий Манна-Уитни. Наличие корреляционной связи между установленным диагнозом и результатами выполнения отдельных заданий-субтестов оценивалось с помощью коэффициента корреляции Спирмена. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета Statistica v7.0.61.0 EN.

Результаты и обсуждение. У пациентов с шизофренией средний балл выполнения Монреальской шкалы оценки когнитивных функций составил $20,3 \pm 5,6$ балла, у пациентов с органическим расстройством личности – $16,6 \pm 4,3$ балла ($p=0,1$). По степени тяжести когнитивных нарушений пациенты распределились следующим образом: когнитивные нарушения отсутствовали у 1 (10%) пациента с шизофренией. Лёгкие когнитивные нарушения выявлены у 4 (40%) пациентов с шизофренией и у 1 (10%) пациента с органическим расстройством личности. Умеренные когнитивные нарушения были характерны для 3 (30%) пациентов с шизофренией и 4 (40%) пациентов с органическим расстройством личности. Тяжелые когнитивные нарушения выявлены у 2 (20%) пациентов с шизофренией и у 5 (50%) с органическим расстройством личности ($p=0,1$).

Сравнительный анализ выполнения отдельных заданий-субтестов Монреальской шкалы оценки когнитивных функций показал, что более высокие результаты характерны для пациентов, страдающих шизофренией по сравнению с результатами выполнения шкалы пациентами с органическим расстройством личности. Результаты оценки зрительно-конструктивных и исполнительных навыков показали, что более высокие баллы характерны для пациентов с шизофренией ($2,4/48\%$ балла из 5 возможных), чем для пациентов с органическим расстройством личности ($1,8/36\%$ балла, $p=0,05$). Анализ выполнения субтеста «Называние» свидетельствует о равных возможностях пациентов в узнавании содержания

картинок: пациенты с шизофренией набрали 2,6/86,6% балла из 3 возможных, с органическим расстройством личности – 2,5/83,3% балла ($p=0,05$). Оценка у пациентов внимания указала на то, что данная функция больше страдает у пациентов с органическим расстройством личности (3,8/63,3% балла из 6 возможных) по сравнению с пациентами, страдающими шизофренией (5/83,3% балла, $p=0,05$). Расстройства речи были более выражены у пациентов с органическим расстройством личности (0,6/20% из 3 возможных), чем у пациентов с шизофренией (1,2/40% балла, $p=0,05$). Способность к абстрагированию была снижена у пациентов обеих групп: пациенты с шизофренией набрали 0,9/45% балла из 2 возможных, пациенты с органическим расстройством личности – 0,8/40% балла, $p=0,05$). Мнестические нарушения в виде затруднений отсроченного воспроизведения более выраженными были у пациентов с органическим расстройством личности (1,1/22% балла из 5 возможных), чем у пациентов, страдающих шизофренией (2,2/44% балла, $p=0,05$). Ориентировка в месте и во времени оказалась более сохранной у пациентов с шизофренией (5,5/91,6% балла из 6 возможных) относительно пациентов с органическим расстройством личности (5,1/85% балла, $p=0,05$). Значимые корреляции между результатами выполнения отдельных заданий-субтестов как у пациентов с шизофренией, так и у пациентов с органическим расстройством личности, не установлены.

Выводы. Нарушения когнитивных функций характерны для пациентов, страдающих шизофренией и органическим расстройством личности. По степени тяжести когнитивные нарушения более выражены у пациентов с органическим расстройством личности по сравнению с пациентами, страдающими шизофренией.

Если легкие когнитивные нарушения более характерны для пациентов с шизофренией, то тяжелые когнитивные нарушения чаще наблюдались у пациентов с органическим расстройством личности. У пациентов с органическим расстройством личности более проблемными, по сравнению с пациентами, страдающими шизофренией, были воспроизведение, внимание, речь, зрительно-конструктивные и исполнительные навыки.

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ, СЕТИ «ИНТЕРНЕТ» И ПРАВОНАРУШЕНИЯ

Осколкова С.Н.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Москва

PERSONALITY DISORDERS, THE INTERNET AND CRIMES

Oskolkova S.N.

Одним из основных расстройств в нейропсихиатрии считаются расстройства личности (РЛ). Ряд исследователей рассматривает взаимодействие нейробиологии человека и цифровой среды в контексте слияния, единой субъектности. В последнее 10-летие проявления РЛ, в том числе, противоправное поведение, нередко прямо или косвенно связаны с использованием сетью «Интернет». Поэтому –

Целью исследования было изучение взаимосвязей РЛ и пользования Интернетом при совершении правонарушений как уточнение механизмов противоправной деятельности и поиск путей совершенствования судебно-психиатрической оценки и профилактики противоправной деятельности при данном расстройстве.

Материал и методы. Изучены 47 подэкспертных (мужчин) с расстройством личности (РЛ), 28-43 лет, в период прохождения стационарной СПЭ в 2017-2022 годах в НМИЦПН им. ВП. Сербского (архивные данные и личные наблюдения). 27 случаев составили эмоционально-лабильное (неустойчивое) РЛ – 1-ая группа; 12 – истерическое – 2-ая группа и 8 – другие РЛ (диссоциальное, смешанное, шизоидное,

избегающее) – 3-я группа. Методы и дизайн исследования содержат: изучение анамнеза, клинико-психопатологических и экспериментально-психологических особенностей подэкспертных, системы «синдром-личность-ситуация», математический анализ малой выборки.

Принципом включения в исследование были наличие верифицированного диагноза РЛ и прямая или косвенная связь правонарушения с Интернет-сетью.

Результаты и их обсуждение. Анализ рассмотренных случаев показал достоверное преобладание подэкспертных с эмоционально-лабильным РЛ ($p < 0,05$), меньшие группы составили случаи истерического и других РЛ, что соответствует их представленности в большой выборке данного расстройства (Шостакович БВ., 2006; Мохонько АР. и соавт., 2021), а также в DSM-V, кластер В. Анамнестически выявлено, что диагнозы основывались на феноменологической и клинико-динамической парадигмах, при этом у 74,7 % подэкспертных 1-й группы и у 50,0% 2-й (различие статистически значимо $-p < 0,05$) нозологически верифицированному диагнозу предшествовали другие: акцентуированные личностные черты, органическое расстройство личности и умственное недоразвитие, установленные не в судебно-следственной ситуации. Подэкспертные 3-й группы ранее не наблюдались психиатром или у них диагностировалось другое РЛ. У 71,1 % обследованных в анамнезе были органические вредности (внутриутробные, ранние, травмы головы) и у 78, % неблагоприятная социальная среда. У 10,6 % подэкспертных близкие родственники страдали шизофренией, у 23,4 % предположительно имели РЛ. В 43, 4 % случаев РЛ отмечалась коморбидная зависимость от ПАВ и/или алкоголя, наиболее часто при эмоционально-лабильном варианте (импульсивном типе) $-p < 0,05$).

При целенаправленном интервью выявлялось, что Интернет при РЛ являлся способом определенной социальной адаптации. В социальных сетях прячась за масками, возможно формирование другой социальной идентичности, что было значимо при РЛ. Не менее значимы оказались облегчение чувства одиночества при физической непредставленности, отсутствии невербальной коммуникации, а также повышение самооценки, определенное социальное признание (статистически достоверно чаще, чем незначимость перечисленных факторов; $p < 0,05$). Также Интернет при РЛ обеспечивал потребность в повышенном внимании, сочувствии, не требуя терпения, которое по данным клинического и экспериментально-психологического исследований было недостаточным.

Наряду с позитивной ролью Интернета у изученных подэкспертных было очевидным и его негативное влияние на ценностные системы, эмоционально-волевую саморегуляцию поведения при дисгармонии личности, что при определенной ситуации становилось основой совершения правонарушений.

В 78,5 % всех случаев на протяжении не менее года отмечался «синдром постоянного нахождения онлайн», сужающий восприятие реальности и ориентацию в ней и тоже выступавший условием облегчения совершения правонарушений. В то же время, констатировать аддикцию от социальных сетей представлялось преждевременным, так как оставалась возможность удовлетворительной социальной адаптации в реальной среде.

Правонарушения у обследованных подэкспертных по признаку роли Интернета в их совершении представляли модификация поведения до криминального, когда Интернет выступал как среда и орудие правонарушения: сексуальные действия в отношении несовершеннолетних – 51,7% всех правонарушений; вовлечение в схему распространения наркотиков – 22,1%; мошенничество – 11,2%; попрошайничество – 8,4%. В 2 случаях (4,2%) при РЛ анонимно сообщалось об акте терроризма и в 1 была месть с помощью Интернета (приобретение технических средств и их применение) –

2,1%. Указанные варианты правонарушений при РЛ становились возможны не только из-за изменения ориентации в реальности с пренебрежением фактором наказуемости ряда действий, но и благодаря негативной социализации в сетевом сообществе.

Происходило «конструирование» своей идентичности, проигрывание различных социальных ролей, включая антисоциальную и криминальную, что сопровождалось повышением уровня реальной активности, в том числе противоправной.

50,0% подэкспертных интересовались компьютерными играми; 43,4% порносайтами. Можно предполагать, что такие интересы при постоянном нахождении онлайн способствовали усилению дисгармонии личности и негативному преобразованию реальных межличностных взаимоотношений с нередкой минимизацией и психологическим стиранием черты «дозволенное-недозволенное» при решении конфликтов, реализации сексуальных потребностей, уменьшении комплекса неполноценности. У 11,2% подэкспертных с РЛ увлечение цифровыми технологиями играло роль в возникновении киберхондрии. На этом фоне происходили сексуальные деликты с самооправдательной активностью.

Увиденные в сети «Интернет» образцы жизни и отношений большинство подэкспертных с РЛ считали для себя недостижимыми (комплекс «обделенного»), что тоже могло играть роль в негативном отношении к окружающим. То есть «Интернет» сети психологически облегчали сбыт наркотиков и совершение имущественных правонарушений с целью обогащения, снижая эмоциональную напряженность, «давление» комплексов. У большинства изученных подэкспертных сохранялась инфантильность, являясь одним из условий совершения правонарушения против лично не известных «виновников» неудовлетворительной жизни или против социума в целом.

Сцены насилия в Интернете приводят к накопительному эффекту негативной информации и потере эмоциональной чувствительности, что, по данным экспериментально-психологического обследования, само по себе облегчало действия со скрытой или явной агрессией или их попытки. Это относилось и к виртуальным формам общения.

В рассмотренных случаях правонарушений при РЛ синдром зависимости от ПАВ и/или алкоголя имел второстепенное (фоновое) значение в нарушениях саморегуляции поведения. Прямых причинно-следственных связей употребления психоактивных веществ и правонарушений не отмечалось.

Выводы.

Учитывая сложный генез РЛ и криминального поведения при данном расстройстве, связанного с сетью Интернет, его дальнейшее изучение, совершенствование судебно-психиатрической оценки и профилактики требуют системного подхода, в том числе, нейропсихиатрического.

Судебно-психиатрический анализ криминального поведения при РЛ должен фокусироваться на анализе симптоматической структуры расстройства, его связи с органическими и психотравмирующими вредностями, особенностями ситуации, то есть с биопсихосоциальными факторами.

АБЕРРАНТНАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СВЯЗАННОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПОКОЕ У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЧЕСКИМ БРЕДОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТАЖНОГО ФМРТ-ИССЛЕДОВАНИЯ

Паникратова Я.Р., Абдуллина Е.Г., Лебедева И.С., Андрущенко А.В.,
Костюк Г.П., Воронова Е.И., Юзбашян П.Г.,
Ильина Е.В., Магомедгаев М.М., Романов Д.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Москва

ABERRANT BRAIN FUNCTIONAL CONNECTIVITY AT REST IN PATIENTS WITH SOMATIC DELUSIONS: RESULTS OF A PILOT FMRI STUDY

*Panikratova Y.R., Abdullina E.G., Lebedeva I.S., Andrushchenko A.V., Kostyuk G.P.,
Voronova E.I., Yuzbashian P.G., Ilyina E.V., Magomedagaev M.M., Romanov D.V.*

Цель исследования. В соответствии с нейropsychологической двухфакторной теорией бредовых убеждений (Coltheart, 2010), для их возникновения и поддержания необходимо наличие сочетанных нарушений: дефицита, приводящего к выдвижению бредовой гипотезы и определяющего содержание бреда (фактор 1), и дефицита, нарушающего процессы оценки собственных убеждений и препятствующего отвержению бредовой гипотезы (фактор 2). Таким образом, согласно упомянутой выше теории, фактор 1 является специфичным для каждой бредовой фабулы (например, нарушение восприятия знакомости при бреде Капгра), а фактор 2 является общим для бредовых убеждений различного содержания.

Нарушение функционального взаимодействия областей головного мозга, связанных с вышеуказанными факторами, может являться одним из возможных механизмов формирования и поддержания бредовых убеждений. Ранее было показано, что вентральная лобная/переднеостровковая кора правого полушария (п-ВЛ/ПО) может быть ассоциирована с неспецифическим фактором (Darby, Laganier, Pascual-Leone, Prasad, Fox, 2017), однако мозговые механизмы фактора 1 для бреда различного содержания остаются не до конца изученными.

Целью данной работы являлся поиск областей мозга, функциональная связанность которых с п-ВЛ/ПО различается между группами пациентов с соматическим и персекуторным бредом, и дальнейшее прояснение полученных результатов посредством сравнения с группой контроля. Наша гипотеза заключалась в том, что одна из клинических подгрупп будет отличаться от другой клинической подгруппы и от группы контроля по функциональной связанности области, ассоциированной с фактором 2 (п-ВЛ/ПО), и области, предположительно ассоциированной с фактором 1 для соматического или персекуторного бреда.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 23 пациента с персистирующим бредом, имеющие диагноз бредового расстройства (F22) или параноидной шизофрении (F20.00), а также 9 испытуемых без психиатрических и неврологических заболеваний (5 женщин и 4 мужчины; средний возраст 36.2 ± 1.3 лет). По содержанию бредовых убеждений пациенты были разделены на 2 группы – с соматическим ($n = 9$; 5 женщин и 4 мужчины; средний возраст 40.3 ± 7.9 лет) и персекуторным ($n = 14$; 3 женщины и 11 мужчин; средний возраст 35.6 ± 10.2 лет) бредом. Поскольку пациенты с соматическим бредом отличались от здоровых испытуемых по возрасту ($U = 16$; $p = .031$), его эффект был проконтролирован в анализе. Другие статистически значимые межгрупповые различия по возрасту и полу отсутствовали.

Обработка данных фМРТ покоя осуществлялась с помощью пакетов SPM12 (предварительная обработка) и CONN-fMRI toolbox 19.c (основной анализ). С применением общей линейной модели со случайными эффектами анализировались различия пациентов с соматическим и персекуторным бредом по функциональной связанности п-ВЛ/ПО с остальными вокселями во всем объеме головного мозга; были рассчитаны Т-контрасты (ROI-to-voxel analysis; статистические пороги: $p < .005$ повоксельно; $p[\text{FDR}] < .05$ на уровне кластера). Далее в случае обнаружения межгрупповых различий каждая из клинических групп сопоставлялась с группой здоровых испытуемых по показателю функциональной связанности п-ВЛ/ПО с выявленными на первом этапе анализа областями (ROI-to-ROI analysis). Данный дизайн исследования (попарные межгрупповые сравнения, а не анализ различий между тремя группами одновременно) был выбран в связи с небольшим размером групп. Зона интереса в п-ВЛ/ПО создавалась на основе координат в пространстве MNI, указанных в работе Darby et al. (2017), и представляла собой сферу радиусом 7 мм с центром {42; 22; 0}. Переменные возраста и количества объемов головного мозга, искаженных из-за движения (выбросы), были центрированы и включены во все модели в качестве ковариат.

Результаты и их обсуждение. Группы пациентов с соматическим и персекуторным бредом отличались по функциональной связанности п-ВЛ/ПО с кластером преимущественно в предцентральной и постцентральной, а также надкраевой и верхней лобной извилинах правого полушария (объем кластера 3880 мм³, координаты {60; -28; 50}; $T(19) = 4.9$; $p[\text{uncorrected}] = .0005$; $p[\text{FDR}] = .0266$ на уровне кластера); функциональная связанность была выше в группе с соматическим бредом. У пациентов с соматическим бредом также обнаруживалась более высокая функциональная связанность между п-ВЛ/ПО и указанным кластером по сравнению со здоровыми испытуемыми ($T(14) = 2.46$; $p = .0273$); пациенты с персекуторным бредом не отличались от здоровых испытуемых.

В терминах двухфакторной теории бредовых убеждений М. Колтхарта полученная область мозга может быть соотнесена с фактором 1, специфичным для бреда соматического содержания, на что указывают характер межгрупповых различий и функции данной области. Обнаруженный кластер включает участки первичной моторной и соматосенсорной коры в пред- и постцентральных извилинах, входящие в сенсомоторную сеть (атлас функциональных сетей CONN www.nitrc.org/projects/conn), которая вовлечена в переработку тактильной и кинестетической информации, а также некоторой висцеральной информации (Feher, 2012; Mayer, Gupta, Kilpatrick, Hong, 2016). В свою очередь, надкраевая извилина и премоторная кора (к которой относится полученный нами участок верхней лобной извилины) играют значимую роль в более высокоуровневой обработке проприоцептивной информации (Ben-Shabat, Matyas, Pell, Brodtmann, Carey, 2015).

Таким образом, выявленная aberrантная функциональная связанность между п-ВЛ/ПО (по данным литературы, ассоциированной с фактором 2) и полученной областью (предположительно, фактор 1) может вносить вклад в формирование и поддержание бредовых убеждений с соматической фабулой.

Выводы. Повышение функциональной связанности п-ВЛ/ПО с областью в предцентральной, постцентральной, надкраевой и верхней лобной извилинах может являться одним из мозговых механизмов бреда с соматическим содержанием.

Исследование было проведено при финансовой поддержке грантом РФФИ 21-515-12007.

ФОРМИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РЕГИСТРА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2022 Г.

Патрикеева О.Н., Мохначева Я.В.

ГБУЗ НСО «ГНКПБ № 3»

Новосибирск

*FORMATION OF THE SUICIDAL REGISTER OF THE ADULT POPULATION OF THE
NOVOSIBIRSK REGION IN 2022*

Patrikeeva O.N., Mokhnacheva Y.V.

Показатели смертности населения Новосибирской области от самоубийств составил в 2017 г. – 27,9, в 2018 г. – 17,4, в 2019 г. – 17,6, в 2020 г. – 15,4, в 2021 г. – 14,5 на 100 тыс. населения. Несмотря на то, что показатель самоубийств в Новосибирской области за последние 5 лет имеет тенденцию к снижению, проблема превенции суицидов и оказания своевременной медицинской и психологической помощи лицам с кризисными состояниями, имеет очень важное значение.

Приведенные выше данные по завершённым суицидам, специалистам психиатрической службы Новосибирской области доступны по запросу в Росстат. Учет числа незавершённых суицидов среди психически больных осуществляется в форме статистического наблюдения № 36, утверждённой приказом Росстата от 30.06.2014г. № 459 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения». Сведения о незавершённых суицидах среди совершеннолетних лиц Новосибирской области, не состоящих под наблюдением врача-психиатра, до октября 2021 г. не попадали в поле зрения психиатрической службы области.

С целью улучшения качества оказания медицинской помощи населению Новосибирской области и превенции суицидального поведения в ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская клиническая психиатрическая больница № 3» с октября 2021 г. ведется «Суицидальный регистр взрослого населения Новосибирской области». В настоящее время формирование регистра осуществляется на основании приказа министерства здравоохранения Новосибирской области от 13.09.2022 г. № 2862 «Об утверждении Порядка оказания помощи взрослому населению с суицидальным поведением на территории Новосибирской области». Приказ предусматривает: направление извещений из медицинских организаций Новосибирской области о суицидальных попытках, направление сведений о регистрации завершённых суицидов из медицинских организаций Новосибирской области, регистрацию случаев завершённых и незавершённых суицидов взрослого населения Новосибирской области, анализ результатов, разработку профилактических программ и методических рекомендаций.

Информация в регистр поступает из медицинских организаций Новосибирской области, осуществляющих оказание медицинской помощи лицам с суицидальным поведением или регистрацию завершённого суицида.

При анализе данных суицидального регистра Новосибирской области по случаям суицидальных попыток и высказываний, совершённых взрослым населением Новосибирской области в 2022 г., получены следующие данные:

В суицидальный регистр Новосибирской области в 2022 г. внесено 343 чел., госпитализированных в связи с суицидальным поведением (из них 253 чел., совершивших суицидальную попытку и 90 чел., госпитализированных в связи с суицидальными намерениями).

При изучении социодемографических характеристик совершеннолетних лиц с суицидальным поведением, поступивших в медицинские организации Новосибирской области в 2022 г. установлено, что 96 чел. (28% госпитализированных) относятся к возрастной группе 18-29 лет, 100 чел. (29,2%) – к возрастной группе 30-39 лет, 54 чел. (15,7%) – к возрастной группе 40-49 лет, 33 чел. (9,6%) – к возрастной группе 50-59 лет, 60 чел. (17,5%) – к возрастной группе 60 лет и старше.

Среди госпитализированных 159 мужчин (46,4%) и 184 женщины (53,6%). При этом, среди госпитализированных по поводу суицидальных попыток, мужчин и женщин практически равное количество – 126 и 127 чел. соответственно. По поводу суицидальных намерений (высказываний) было госпитализировано 90 чел., из них 33 мужчины (36,7%) и 57 женщин (63,3%).

Жителями г. Новосибирска являются 202 чел. (58,9% госпитализированных), жителями Новосибирской области – 112 чел (32,7%), иногородними – 21 чел. (6,1%), не имеют определенного места жительства – 8 чел. (2,3%).

Употребление психоактивных веществ является значимым фактором совершения суицидальной попытки. Сведения об употреблении алкоголя перед совершением суицидальной попытки (суицидальных высказываний) имеются у 147 человек, что оставляет 42,9 % госпитализированных, сведения об употреблении наркотиков – у 5 человек (1,5%).

Среди госпитализированных по поводу суицидальных мыслей и высказываний 137 чел (39,9%) причиной суицида назвали конфликты в семье, 19 чел. (5,5%) – тяжелые сопутствующие заболевания, 9 чел. (2,6%) – конфликты на работе. Основная задача работы специалистов, оказывающих психиатрическую, психологическую и медико-социальную помощь в постсуицидальном периоде – предупреждение повторного аутоагрессивного действия. Анализируя данные суицидального регистра взрослого населения Новосибирской области за 2022 г., можно выделить следующие приоритетные направления работы:

- осуществление стратегий, способствующих укреплению психического здоровья: раннее выявление психиатрической патологии, применение современных эффективных методов лечения и профилактики психических расстройств;
- подготовка врачей психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов по оказанию помощи лицам с суицидальным поведением;
- формирование у врачей-интернистов навыков выявления тревожных и депрессивных расстройств, признаков посттравматического стрессового расстройства, суицидальной настроенности у пациентов;
- осуществление стратегий сокращения вредного употребления алкоголя, диагностика и лечение психических расстройств и нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ;
- информирование населения о работе телефона доверия и кризисной службы области;
- наблюдение за недавно выписанными пациентами, оценка и коррекция суицидального поведения.

С целью своевременной превенции повторных суицидов в ГБУЗ НСО «ГНКПБ № 3» организованы следующие мероприятия:

При подготовке к выписке пациента, совершившего суицидальную попытку, он получает необходимую информацию о кризисной службе Новосибирской области: кабинете медико-социальной психологической помощи населению, психотерапевтической службе, телефоне доверия, работе участковых врачей-психиатров (памятку, содержащую информацию о режиме работы, контактных телефонах и адресах). У суицидента по возможности, берется письменное согласие

на проведение аудиоконсультации после выписки и приглашение на прием к врачу-психиатру по телефону, а также номер контактного телефона. Полученная информация направляется в участковую психиатрическую службу. Таким образом, участковые врачи-психиатры получают возможность контроля состояния пациента после выписки его из стационара. В случае явки пациента на прием, оценивается его психическое состояние, факторы риска совершения повторного суицида и протективные факторы, разрабатывается индивидуальная программа медико-психологической коррекции.

Крайне важным является и организация постоянного обучения по программам профилактики суицидального поведения специалистов как психиатрической службы, так и медицинских работников других служб.

Следующим этапом работы с суицидальным регистром Новосибирской области является расширение привлечения медицинских организаций к формированию регистра и разработка профилактических программ.

ПОДРОСТКИ И СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ: ГРАНИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Пережогин Л.О.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Москва

TEENAGERS AND SOCIAL NETWORKS: THE FACETS OF INTERACTION

Perezhogin L.O.

Социальные сети со дня своего появления в интернете популярны во всех возрастных категориях пользователей, но особенно – у подростков. «Проблемное использование интернета и социальных сетей» затрагивает и биологические (в широком смысле) функции (циркадные ритмы, регуляцию синтеза нейромедиаторов), и психологические (внимание, настроение, самооценка) проявления, и социальные (успеваемость, качество жизни, наличие друзей, травля в сети и школе, выбор профессии), и психопатологические паттерны.

Самым распространенным психопатологическим феноменом, ассоциируемым с социальными сетями, является депрессия. Чаще всего депрессии возникают у молодых пользователей социальных сетей, особенно – с несформированной личностью (дети, лица юношеского возраста с психическим инфантилизмом).

Депрессии у пользователей социальных сетей часто сопровождаются суицидальными идеями и суицидальными попытками. Установлено, что люди, злоупотребляющие активностью в социальных сетях (не в целях работы или бизнеса) имеют риск формирования депрессии выше, чем в популяции (с учетом пола, возраста, социального статуса и т.д.). Пассивное использование социальных сетей (просмотр фото, чтение новостных лент) усугубляет депрессивную симптоматику, если таковая имеет место, и обратно, депрессивная симптоматика сопровождается влечением к такого рода поведению, т.е. имеет место порочный патогенетический круг. Наиболее выраженные корреляции между злоупотреблением активностью в социальных сетях и депрессией установлены для Facebook.

Вторым по частоте патологическим феноменом, описываемым, наряду с депрессией, у пользователей социальных сетей, является тревога – и весь комплекс тревожных расстройств. Лонгитудинальные исследования, проводимые на пользователях Facebook, показали, что у юношей и девушек, использовавших сеть «для снятия тревоги, напряжения» показатели тревоги значительно увеличивались. Многие подростки стремятся как можно больше времени (в идеале – постоянно) находиться в сети, чтобы не пропустить (вовремя отреагировать) события в своих профилях. Во

многих случаях это желание сопровождается и тревогой, и страхом, и навязчивыми мыслями о необходимости быть на связи с посетителями своих профилей, устанавливая с ними непосредственный контакт. Подростки часто демонстрируют амбивалентное отношение к сетевой активности: хотят нравиться и требуют признания (в форме лайков, комментариев, репостов) и одновременно боятся негативных оценок, насмешек, троллинга.

Третье место по частоте среди психических расстройств, ассоциированных со злоупотреблением сетевой активностью, занимают расстройства пищевого поведения. Подростки фиксированы на своем облике, о чем свидетельствует, в частности, огромное число публикаций селфи. Для подросткового возраста характерна также и неудовлетворенность своим телом, в том числе – дисморфофобические переживания, которые часто проявляются в ходе презентации своих фото (намеренное искажение фото, применение фильтров, редактирование фотографий, фото в маске, злоупотребление тенями). Существуют корреляции между степенью неудовлетворенности собственным телом и временем, проведенным в социальных сетях. Как правило, подростки тяготеют к сравнению себя с окружающими и с пользователями социальных сетей, и в итоге признают себя менее привлекательными (возможно, к таким сравнениям прибегают подростки с исходно низкой самооценкой и депрессивными паттернами). Девочки подвержены большему риску, чем мальчики, особенно, если сталкиваются со страницами, содержащими негативный контент, в том числе – сообщения о вегетарианстве, различных диетах, пластической хирургии, спортивных упражнениях, корректирующих фигуру. Девушки значительно чаще становятся жертвами деструктивных групп, пропагандирующих анорексию – их реклама навязчива, создает иллюзию причастности к элитарной группе, нахождения в мейнстриме моды и сексуальности (так наз. «глянцевая эйфория»), заботы о здоровье и духовном развитии, в итоге 60% подростков, посещающих данную категорию ресурсов впервые, возвращаются снова и снова, и не менее 12% – следуют советам «экспертов» групп.

В значительно меньшей степени с социальными сетями ассоциированы злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков (курение табака, вероятно, имеет обратную корреляционную связь), самоповреждения и суицидальное поведение. В социальных сетях распространены группы, пропагандирующие пирсинг, шрамирование и другие формы самоповреждений, а также проводящие неформальные соревнования среди «селфхармеров». Наиболее распространенной формой самоповреждений в силу своей относительной безопасности и высокой толерантности в культуре является, разумеется, нанесение татуировок. Прямой связи между самоповреждениями и суицидальной активностью не установлено. Наиболее популярные участники сообществ «селфхармеров» обычно делают свои аккаунты закрытыми и не принимают туда посторонних пользователей, требуя либо рекомендаций, либо выполнения определенных условий (как правило, необходимо выложить в своем аккаунте фото и видео самоповреждающего поведения).

В социальных сетях немало пользовательских профилей и сообществ, посвященных суицидальному поведению. Среди них есть как ресурсы, оказывающие потенциальным самоубийцам поддержку, так и стимулирующие суицидальное поведение. Исследования показали положительную связь между киберзапугиванием, депрессией, суицидальными мыслями, суицидальными планами и попытками самоубийства. К сожалению, тема суицидального поведения в связи с активностью социальных сетей подверглась в значительной степени политизации и жестокой эксплуатации со стороны желтой прессы. Поэтому

принципиальным является вопрос: могут ли социальные сети непосредственно индуцировать суицидальное поведение? Вероятнее всего, определяющим в данном случае является содержание, контент, ресурсов, с которыми сталкиваются подростки с суицидальными мыслями, ищущие поддержки в сетевом сообществе. То есть, если подросток из группы риска по суицидальному поведению, находит в сети поддержку (в том числе – профессиональную), риск суицида снижается, а если становится участником группы, пропагандирующей самоповреждения и суицидальное поведение (даже в косвенной форме) – растет. Однако нам не встретилось ни одной научной работы, прямо указывающей на возможность формирования суицидального поведения у здоровых подростков, столкнувшихся в сети с негативным контентом, посвященным пропаганде суицидов.

В целом влияние социальных сетей на подростковую популяцию оценивается большинством психиатров негативно. Основной проблемой является собственно патологическое использование интернета. Исследования зависимых от сетей лиц методом фМРТ показали, что злоупотребление сетевой активностью нарушает функционирование лимбической системы, у пациентов выявлены признаки дегенерации нейронных связей в зонах передней поясной извилины и островка.

Главной проблемой патологического воздействия социальных сетей является, на наш взгляд, отсутствие социальной ответственности у разрабатывающих алгоритмы соцсетей транснациональных IT-корпораций. В идеале в алгоритмы сетей должны интегрироваться методы превентивной оценки риска зависимого поведения, и профилактические технологии, направленные на предотвращение развития зависимости. Стоит ли напоминать, что подобная тактика идет вразрез с бизнес-интересами создателей сетей?

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИИ ГЕНА GRM3 С ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Полтавская Е.Г.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ
Томск

*STUDY OF THE GRM3 GENE ASSOCIATION WITH THE TYPE OF SCHIZOPHRENIA
Poltavskaya E.G.*

Введение. Ген GRM3 кодирует метаболитные глутаматные рецепторы группы II. Это рецепторы, связанные с G-белком, функционирующие в первую очередь в качестве пресинаптических ауторецепторов, вовлеченных во многие аспекты синаптической пластичности и функций мозга. Гипотеза о том, что этот ген может влиять на предрасположенность к шизофрении, получила распространение благодаря наблюдению, что гомозиготность по одному из аллелей SNP в GRM3 связана с определенными аспектами познания, которые были предложены в качестве промежуточных фенотипов болезни. Более того, гомозиготность по одному и тому же SNP также была связана *in vivo* с более низкими показателями синаптической нейротрансмиссии и глутаматергической функции, определяемыми с помощью нейровизуализации, а также в посмертном мозге с более низкой экспрессией глиального транспортера глутамата EAAT2. Шизофрения – мультифакториальное заболевание, этиологический и патогенетический механизмы которого остаются не изученными в полном объеме. Генетические особенности вносят вклад в формирование фенотипа заболевания, в связи с чем ген GRM3 может вносить вклад в определение типа течения (непрерывного или эпизодического) шизофрении.

Целью работы было изучить ассоциацию полиморфного варианта rs1468412 гена GRM3 с типом течения шизофрении.

Материалы и методы: в исследование вошли 650 пациентов с диагнозом шизофрения по МКБ-10. У 398 из них определялся непрерывный тип течения, а у 252 – эпизодический. ДНК выделяли из венозной крови фенол-хлороформным методом. Генотипирование проводили методом ПЦР в реальном времени. Статистический анализ проводили с использованием программы SPSS 21.0. методом хи-квадрат.

Результаты: в результате анализа полученных данных о распределении частот генотипов и аллелей полиморфного варианта rs1468412 гена GRM3 ассоциации с типом течения шизофренией выявлено не было ($\chi^2=0.629$, $p=0.730$). Глутамат является основным возбуждающим нейротрансмиттером в центральной нервной системе. Исследования роли генов, влияющих на работу глутаматергической системы, в патогенезе психических расстройств остается актуальным. Ранее нами были установлены ассоциации с типом течения шизофрении полиморфизмов rs1042113 и rs12294045 гена SLC1A2, кодирующего один из транспортеров возбуждающих аминокислот (EAAT), которые потенциально влияют на глутаматергическую нейротрансмиссию, удаляя избыток глутамата из синаптической щели.

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского научного фонда (проект № 21-15-00212).

НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ В ПСИХИАТРИИ: НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

Попов М.Ю., Козловский В.Л., Лепик О.В., Костерин Д.Н.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Санкт-Петербург

NEUROMODULATION IN PSYCHIATRY: NEUROPHYSIOLOGICAL BACKGROUND AND CLINICAL APPLICATION

Popov M.Yu., Kozlovskii V.L., Lepik O.V., Kosterin D.N.

На сегодняшний день в мире психическими расстройствами (включая аддиктивные) страдает около миллиарда человек (Rehm J., Shield KD., 2019). Психическая патология вносит огромный вклад в глобальное бремя заболеваний как по инвалидизации, так и по смертности (Walker E.R. et al, 2015), сокращая среднюю продолжительность жизни пациентов более чем на 10 лет по сравнению с общей популяцией (Planas-Ripoll O. et al, 2019). В этой связи эффективная терапия психических расстройств имеет высокую медико-социальную значимость. Основными методами лечения в психиатрии являются фармакотерапия и психотерапия. Однако их эффективность ограничена. Доля пациентов, резистентных к «стандартному» лечению, составляет не менее 30-35%, что актуализирует необходимость разработки иных подходов к терапии. В ряду нефармакологических биологических интервенций, направленных на преодоление терапевтической резистентности, ведущая роль принадлежит методам нейромодуляции.

Целью настоящей работы является обсуждение нейробиологических и нейрофизиологических основ клинического применения методов нейромодуляции в терапии психической патологии.

С точки зрения нейрофизиологии, в основе любого хронического психического заболевания лежит формирование патологического функционального состояния, представляющего собой устойчивую констелляцию взаимодействующих между собой нейрональных сетей. В отличие от физиологических функциональных состояний, деятельность которых направлена на удовлетворение определенных

физиологических потребностей, решение конкретных задач, после чего они теряют актуальность и распадаются, патологическое состояние остается стабильным во времени, проявляясь клиническими симптомами заболевания (Анохин П.К., 1975; Бехтерева Н.П. и др., 1978). Как в физиологических, так и в патологических условиях межнейрональные связи, определяющие взаимодействие нейрональных сетей, осуществляются посредством синаптической передачи.

Большинство лекарственных средств, применяемых в психиатрии, синаптотропны, т.е. способны модулировать процесс синаптической передачи, связываясь с определенными нейрхимическими мишенями (рецепторы, белки-переносчики и др.). Воздействуя на эти мишени, психотропные препараты влияют на возбудимость нейронов и меняют их функциональную активность, что лежит в основе формирования быстрых неспецифических эффектов (в первую очередь седативного или активирующего). Специфическое действие препаратов (антидепрессивное, антипсихотическое и т.д.), как известно, начинает проявляться значительно позже – через несколько недель после начала терапии. Вероятно, развитие специфического психотропного эффекта связано с изменением взаимодействия нейронов и нейрональных сетей головного мозга и формированием со временем специфического «лекарственного гомеостаза». Подобная перестройка межнейрональных взаимодействий, по-видимому, и занимает от 2 до 8 (и более) недель, что определяет отсроченное начало специфического терапевтического действия психотропных средств.

Тем самым лекарственная резистентность может рассматриваться как устойчивое патологическое состояние, отражающее сформированный «гибридный» (смешанный) гомеостаз, сочетающий в себе нарушения межнейрональных взаимодействий, обусловленные собственно патологическим процессом, с одной стороны, и индуцированные фармакогенным фактором – с другой (Козловский В.Л., Попов М.Ю., 2020). С этих позиций подходы к преодолению резистентности должны быть направлены на дестабилизацию (и в идеале диссолюцию) сложившейся патологической системы. Фармакогенные способы дестабилизировать сформировавшееся патологическое состояние основаны на попытках либо кардинально модифицировать сложившийся лекарственный метаболизм (переход к комбинированной терапии – одна из основных стратегий преодоления резистентности), либо вовсе исключить сам фактор лекарственного воздействия (традиционно применяемые способы «обрыва/отмены» терапии) (Козловский В.Л., 2016). С другой стороны, дестабилизация резистентного состояния может быть достигнута и нефармакогенным способом: методами нейромодуляции, действие которых направлено на модулирование (нормализацию) активности и взаимодействия нейрональных сетей, функционирующих в условиях хронической патологии ЦНС (Нарышкин А.Г. и др., 2018).

Методы нейромодуляции, применяющиеся (либо применявшиеся в прошлом) в психиатрии, весьма разнообразны. Все они по типу воздействия могут быть разделены на две категории: методы стимуляции и деструкции. Последние (стереотаксическая хирургия, термокоагуляция, радиохирургия) в настоящее время в терапии психических заболеваний практически не применяются. В отличие от них, методы стимуляции, особенно неинвазивные, такие как электросудорожная терапия (ЭСТ), транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС), прочно занимают свое место в терапевтических алгоритмах на этапе преодоления лекарственной резистентности при целом ряде психических и наркологических расстройств (расстройства аффективного спектра, шизофрения, аддикции). Инвазивные методы стимуляции (стимуляция блуждающего нерва, глубокая стимуляция мозга) на сегодняшний день, конечно же, не относятся к рутинным процедурам. Однако и они постепенно

расширяют показания к своему применению, занимая определенную нишу в терапии резистентных состояний не только в неврологии (эпилепсия, болезнь Паркинсона и другие двигательные расстройства), но и в психиатрии (обсессивно-компульсивное расстройство, депрессия).

Современные достижения в области нейроанатомии, нейрофизиологии и коннектомики позволяют выделить ряд областей головного мозга, в которых регистрируются функциональные изменения при большинстве психических расстройств (префронтальная и орбитофронтальная кора, инсулярная кора, базальные ганглии), и соответственно идентифицировать потенциальные мишени для нейромодуляции. Как это ни кажется странным на первый взгляд, клинические эффекты деструктивных вмешательств и методов стимуляции во многом аналогичны. Дело в том, что при подборе определенных параметров (в частности, частоты), стимуляция (как электрическая, так и магнитная) оказывает на анатомические структуры-мишени не стимулирующее, а тормозное воздействие. Точные механизмы, лежащие в основе терапевтического эффекта применяемых в психиатрии методов нейромодуляции, изучены далеко не полностью. Но вне зависимости от метода воздействия, все они преследуют одну цель: индуцировать реструктуризацию нейрональных сетей, вовлеченных в формирование устойчивого патологического состояния, вызвав в конечном итоге дезактуализацию и ликвидацию последнего. При этом задействуются все уровни нейропластичности: нейрональный, нейроглиальный, синаптический, межсетевой. Поэтому основным недостатком деструктивных методов (по сравнению со методами стимуляции) является наличие очага повреждения с нарушением межнейрональных связей, что может затруднить течение нейропластических процессов и следовательно – снизить эффективность нейромодуляции.

В целом результаты клинических исследований и мета-анализов говорят о достаточно высокой терапевтической эффективности нейромодуляции: от 40 до 60% респондеров – в зависимости от метода и конкретной нозологии (Rosson S. et al, 2022). При этом при оценке показателей эффективности следует учитывать, что в подобные исследования в подавляющем большинстве случаев включались пациенты, резистентные к «стандартной» терапии.

Таким образом, имеющиеся нейрофизиологические и клинические данные указывают на то, что нейромодуляция является перспективной стратегией преодоления терапевтической резистентности при хронической психической патологии. Одно из основных направлений будущих исследований в этой области – поиск биомаркеров (предикторов эффективности) в рамках персонализированного подхода к применению методов нейромодуляции при различных психических расстройствах.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА. ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Прокопович Г.А., Синенченко А.Г., Гвоздецкий А.Н.,
Добровольская А.Е., Софронов А.Г.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

СПб ГКУЗ «ГПБ №3 им. И.И. Скворцова-Степанова»

СПб ГБУЗ НИИ им. И.И. Джанелидзе

Санкт-Петербург

SUICIDAL ATTEMPTS IN THE ELDERLY.

INDIVIDUAL ISSUES OF PREVENTION AND PSYCHIATRIC CARE

Prokopovich G.A., Sinenchenko A.G., Gvozdetsky A.N.,

Dobrovolskaya A.E., Sofronov A.G.

Введение. Проблема суицидального поведения среди пожилых пациентов актуальна как для общесоматической медицины, так и для психиатрической службы. Коэффициенты смертности от самоубийств с годами возрастают, самые высокие риски у пациентов с депрессивными расстройствами и с часто рецидивирующими или инвалидизирующими соматическими заболеваниями (сахарный диабет, инсульт, онкологические заболевания, болезнь Паркинсона и другие). В вопросах профилактики суицидального поведения важную роль могут играть врачи-терапевты, семейные врачи, врачи общей практики, а также узкие специалисты поликлинических и стационарных отделений, так они, зачастую, остаются единственными специалистами с кем контактируют люди пожилого возраста.

Целью исследования является анализ госпитализаций пожилых пациентов, предпринявших попытки самоубийства в многопрофильный и психиатрический стационары, а также анализ характера и причин суицидальных действий для определения путей профилактики суицидального поведения.

Материалы и методы. Было проведено двухцентровое ретроспективное исследование, сбор данных осуществлялся в СПб ГБУЗ «НИИ им. И.И. Джанелидзе» и СПб ГКУЗ «ГПБ №3 им. И.И. Скворцова-Степанова». Период исследования – 2016-2020 гг. Сплошным методом были изучены рукописные и электронные журналы поступлений, в которых выявлены пациенты, совершившие суицидальные действия. В анализ была включена первичная документация (направления скорой медицинской помощи, психоневрологических диспансеров, заключения врачей-психиатров соматических стационаров). Данные первичных осмотров врача приемного отделения психиатрической больницы и врача-психиатра многопрофильного стационара. Собиралась следующая информация: пол, возраст, шифр диагноза по МКБ-10, на основании первичной документации осуществлялся анализ характера и причин суицидальных действий, проводилось сравнение показателей с аналогичными у пациентов младше 60 лет. При обработке материала использовались: описательная статистика; критерий Бартелса – для выявления тренда роста или уменьшения изучаемых показателей.

Результаты. После оценки данных, собранных по материалам СПб ГБУЗ «НИИ им. И.И. Джанелидзе» было выявлено, что общее число пациентов, госпитализированных в стационар с суицидальными действиями, в возрасте старше 60 лет за 2016-2020 гг. составило 719 чел. (0,2% от всех суицидентов). Средний возраст 71,95 ± 10,2; соотношение мужчины/женщины – 26,8% (193 чел.)/ 73,2% (526 чел.). Критерий Бартелса был использован для выявления тренда роста или уменьшения изучаемых показателей, при анализе отношения числа пожилых пациентов, госпитализированных с суицидальными действиями к общему числу госпитализированных по причине суицидальных действий, значимых колебаний за

период 2016-2020 гг. выявлено не было. Было проведено сравнение серьезности суицидальных намерений (у пациентов старше 60 лет и пациентов 18-59 лет), которое не показало статистически значимых различий; демонстративно-шантажные суицидальные намерения были у 3,5% пациентов младше 60 лет и у 0,6% в возрастной категории старше 60 лет. В многопрофильном стационаре, после проведения необходимых лечебных мероприятий, направленных на устранение угрожающих жизни и здоровью пациентов последствий совершенных ими суицидальных действий, осуществлялась оценка психического состояния, оказывалась первичная специализированная медико-санитарная помощь. С пациентами проводилась психотерапевтическая работа в рамках краткосрочной рациональной психотерапии. При наличии показаний, пациенты переводились в психиатрический стационар, доля их от общего числа госпитализированных с суицидальными попытками составила 41% (295 чел.). В случаях, когда имелись показания для стационарной психиатрической помощи, но тяжесть сопутствующей патологии (инсульты, инфаркты, сахарный диабет, хирургическая патология, травмы и пр.) не позволяла осуществить перевод, пациенты проходили лечение в соматопсихиатрическом отделении СПб ГБУЗ «НИИ им. И.И. Джанелидзе». На этапе многопрофильного стационара, на основании данных историй болезни пациентов, был проведен анализ причин суицидальных действий. Была выявлена связь между серьезными намерениями и одиночеством, тяжелой соматической болезнью и наличием трудно купируемого болевого синдрома (вне зависимости от диагноза). Таким образом, большинство пациентов имело в анамнезе сопутствующую соматическую патологию и неоднократные обращения за амбулаторной и стационарной помощью по поводу хронической патологии. Исследование включало также анализ госпитализаций пациентов пожилого и старческого возраста в психиатрический стационар после совершения суицидальных попыток. За исследуемый период (2016-2020 гг.) общее число госпитализированных в СПб ГКУЗ «ГПБН№3 им. И.И. Скворцова-Степанова» по поводу суицидального поведения составило 701 чел. пожилые (60 лет и более) – 16,1% (113 чел.), 75,2% (85 чел.) были переведены из многопрофильных стационаров. Не все из них ранее проходили лечение в СПб ГБУЗ «НИИ им. И.И. Джанелидзе», часть была переведена из других многопрофильных больниц, в том числе детских, что связано с особенностями маршрутизации пациентов в г. Санкт-Петербурге в исследуемый период. При проведенном анализе отношения числа пожилых пациентов, госпитализированных с суицидальными действиями, к общему числу госпитализированных по причине суицидальных действий значимых колебаний выявлено не было (критерий Бартелса). В психиатрическом стационаре пациенты получали лечение в соответствии со стандартами оказания психиатрической помощи по соответствующим нозологиям. В группе пожилых пациентов ведущие диагнозы были представлены группой F0, на втором месте была рубрика F3. Диагнозы из рубрик F2 и F4 имели сопоставимые между собой доли. Согласно анамнестическим данным, большинство пациентов ранее за психиатрической помощью не обращались, однако имели сопутствующие заболевания, по поводу которых наблюдались в общесоматической сети. Таким образом единственный специалист, к которому обращались все обследованные, был врач первичного звена амбулаторной помощи, который, при наличии достаточной квалификации, может предположить у пациента наличие психиатрической патологии и рекомендовать обратиться за специализированной помощью, а при наличии суицидальных тенденций и вызвать скорую помощь для организации медицинской эвакуации. Нами были сформулированы рекомендации для специалистов амбулаторного звена:

- 1) тяжелая соматическая патология (заболевания сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания; сахарный диабет и пр.);
- 2) некупируемая боль;
- 3) депрессивные расстройства (в прошлом и настоящем);
- 4) изменение привычного стереотипа жизни (увольнение с работы, выход на пенсию, наличие психотравмирующей ситуации, смерть или тяжелая болезнь одного из супругов, одиночество).

Выводы. На основании проведенного анализа можно говорить о том, что первым звеном на пути пациентов, совершивших суицидальные действия, является многопрофильный стационар, уже на данном этапе оказания помощи требуется присутствие квалифицированного специалиста (врача-психиатра, психотерапевта, психиатрической службы). Кроме того, выявленная в ходе исследования связь суицидального поведения с психическими и соматическими заболеваниями позволяет сделать вывод о необходимости проведения мероприятий по профилактике суицидов у пациентов старшей возрастной группы на амбулаторном этапе путем взаимодействия специалистов различных направлений (врачи общей практики, семейные врачи, врачи-специалисты амбулаторного звена, кабинеты доврачебной помощи и пр.). Следует уделить особое внимание подготовке вышеуказанных медицинских работников по вопросам раннего выявления у пациентов пожилого возраста суицидальных тенденций. Представляется целесообразным открытие на амбулаторном этапе кабинетов медико-психологической помощи, которые будут проводить работу на догоспитальном этапе, позволит ли подобная схема снизить уровень суицидов среди пожилых пациентов, требует дополнительного исследования.

ДВОЙНОЕ СЛЕПОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ N-АЦЕТИЛЦИСТЕИНА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Пятойкина А.С., Жилиева Т.В., Костина О.В., Мазо Г.Э.

ГБУЗ НО «КПБ №1 г. Н. Новгорода»

Нижний Новгород

DOUBLE-BLIND, RANDOMIZED, PLACEBO-CONTROLLED TRIAL OF N-ACETYLCYSTEINE IN SCHIZOPHRENIA

Piatokina A.S., Zhilyaeva T.V., Kostina O.V., Mazo G.E.

Окислительный стресс является потенциальным нейробиологическим фактором развития шизофрении (Newton D.F., 2015). Стресс-индуцированная гибель клеток в префронтальной области мозга способствует нарушению когнитивных и исполнительных функций при шизофрении (Maas D.A., 2017). Повышенное содержание свободных радикалов также коррелирует с выраженностью лекарственно-индуцированных экстрапирамидных расстройств (Бурминский Д.С., 2017). Дефицит восстановленного глутатиона (GSH), основного неферментативного антиоксиданта, при шизофрении был установлен в многочисленных исследованиях (Das T.K., 2019).

Предполагается, что применение антиоксидантов, в частности N-ацетилцистеина (NAC), может быть перспективным методом терапии у пациентов с шизофренией. К настоящему времени проведено несколько зарубежных исследований, демонстрирующих эффективность данного препарата в отношении редукации негативных и когнитивных нарушений при шизофрении. (Yolland C.O., 2020). При этом авторами было выдвинуто предположение, что NAC будет более эффективен для терапии негативных симптомов на более раннем этапе болезни.

Целью данного исследования была оценка динамики когнитивных функций у пациентов с первым эпизодом шизофрении на фоне применения НАС.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе ГБУЗ НО «Клиническая психиатрическая больница №1 г. Н.Новгорода» после одобрения локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России (протокол №12 от 23.10.2018 г).

Критерии включения: возраст от 18 до 44 лет; диагноз шизофрении, подтвержденный с помощью структурированного клинического диагностического «Международного нейропсихиатрического интервью» для психотических расстройств Диагностического и статистического руководства 5-й версии (MINI для DSM-5); стадия становления ремиссии или ремиссии заболевания; длительность со времени дебюта заболевания не более трех лет; прием стабильной антипсихотической терапии не менее 4 недель.

Критерии невключения: возраст младше 18 и старше 44 лет; наличие тяжелой психической патологии, сопровождающейся измененным сознанием, нарушениями поведения; наличие органического заболевания головного мозга, злоупотребления или зависимости от психоактивных веществ, тяжелого соматического состояния, способного повлиять на процедуры исследования; прием биологически активных добавок и/или лекарственных препаратов с антиоксидантным действием в течение месяца до включения в исследование.

Испытуемые были обследованы с помощью ряда психометрических методик: шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), шкалы "Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией" (BACS), шкалы оценки побочного действия (UKU), шкалы оценки социального функционирования (PSP). Оценку по шкалам проводил независимый рецензент, которому не были известны результаты рандомизации и биохимических анализов.

У всех участников исследования были взяты образцы крови для биохимического исследования уровня восстановленного глутатиона (GSH) крови, оцениваемого спектрофотометрическим методом.

Все пациенты были распределены в две группы методом блоковой рандомизации (каждые 2 пациента, включающихся в исследование, распределялись случайным образом по 1 человеку в основную группу и группу сравнения). Участникам основной группы (N=20) был назначен НАС в дозе 2000 мг/сут, участники группы сравнения (N=20) получали плацебо (микрочисталлическая целлюлоза в дозе 1000 мг/сут).

Прием НАС и плацебо продолжался 8 недель. На втором визите производился сбор данных о приеме основного лечения и НАС, общая оценка психического состояния пациента, повторное рейтингование по психодиагностическим шкалам, забор крови для оценки уровня маркеров оксидативного стресса.

Статистический анализ полученных данных осуществлялся на базе MS Excel и Statistica 10.0.

Результаты.

В процессе лечения в основной группе статистически значимо снижались показатели позитивной симптоматики PANSS ($Z=2,79$, $P=0,005$), негативной симптоматики PANSS ($Z=3,54$, $P=0,0003$), общепсихопатологической симптоматики PANSS ($Z=3,82$, $P=0,0001$) и общий показатель PANSS ($Z=3,91$, $P=0,00008$), выраженность экстрапирамидной симптоматики ($Z=2,29$, $P=0,021$), статистически значимо повысился показатель шкалы PSP ($Z=2,93$, $P=0,003$), улучшились показатели когнитивных тестов на вербальную память ($Z=1,97$, $P=0,047$), последовательность чисел ($Z=3,32$, $P=0,0008$) и моторику ($Z=2,95$, $P=0,003$). В группе сравнения выявлено

статистически значимое ухудшение показателей подшкалы негативной симптоматики PANSS ($Z=2,29$, $P=0,021$).

При сравнении динамики клинических показателей в опытной группе и группе сравнения отмечается статистически значимое отличие показателей позитивной симптоматики PANSS ($P=0,021$), негативной симптоматики PANSS ($0,00001$), общей психопатологической симптоматики PANSS ($P=0,0039$) и суммарного показателя PANSS ($P=0,0001$). Статистически значимо повысился показатель шкалы PSP ($P=0,0005$), улучшились показатели когнитивных тестов на последовательность чисел ($P=0,002$) и моторику ($P=0,048$).

При оценке динамики показателей GSH на фоне приема NAC было отмечено статистически значимое повышение его уровня в плазме крови ($Z=2,31$, $P=0,021$).

Обсуждение.

Полученные в данной работе данные об улучшении в основной группе на фоне приема NAC всех клинических показателей, оцениваемых по PANSS, согласуются с данными литературы, демонстрирующими улучшение позитивной (Do K., 2016), редукцию негативной (Farokhnia M., 2013) и общей психопатологической (Breier A., 2018) симптоматики PANSS. Имеющиеся результаты согласуются с представлениями об отрицательной корреляции уровня GSH в медиальной префронтальной коре с выраженностью негативных симптомов у пациентов с шизофренией (Matsuzawa D., 2005). Выявленное и улучшение когнитивных функций согласуется с данными об улучшении рабочей памяти в исследованиях с применением NAC (Sepehrmanesh Z., 2018; Yolland C.O., 2017). Полученные результаты могут объясняться повышением уровня GSH в префронтальной коре, который, как известно, ассоциирован с данными когнитивными функциями (Conus P., 2018; Rapado-Castro M., 2015). Наблюдаемое в основной группе также статистически значимое повышение показателей шкалы PSP позволяет предположить наличие протективного действия NAC на социальное функционирование, считающееся не просто сопутствующим симптомом шизофрении, а одной из ее центральных характеристик.

Редукция экстрапирамидных симптомов на фоне приема NAC говорит о перспективности применения данного антиоксиданта у пациентов с шизофренией с целью улучшения переносимости основного лечения.

Статистически значимое повышение периферического уровня GSH говорит о том, что NAC стимулирует синтез GSH в тканях организма за счет увеличения содержания лимитирующего субстрата его синтеза (Lavoie S., 2008).

Улучшение когнитивных и клинических функций при приеме NAC может быть обусловлено тем, что NAC, в отличие от GSH, свободно проникает через гематоэнцефалический барьер, где превращается в цистеин, предшественник синтеза GSH (Conus P., 2018). И, кроме этого, известны и другие потенциальные механизмы действия NAC на обмен веществ в головном мозге. Продемонстрированы противовоспалительные свойства NAC (Arango C., 2018; Jordan W., 2018). Помимо этого, он оказывает влияние на макрофаги мозга, участвует в регулировании глутаматергической системы (Kigerl K.A., 2012). Также было высказано предположение, что применение NAC может приводить к предотвращению истощения нейротрофического фактора мозга (BDNF) (Knez M., 2017). Вследствие вышеперечисленных механизмов происходит предотвращение стресс-индуцированного некроза клеток-предшественников олигодендроцитов, обеспечивающих миелинизацию нейронов (Maas D.A., 2017).

Таким образом, применение на начальных этапах течения шизофрении NAC в сочетании с антипсихотиками можно рассматривать как перспективный метод терапии.

ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИИ В СТРУКТУРЕ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА У ЖЕНЩИН

Раева Т.В., Белаш К.Д., Юдина Н.В.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Тюмень

FEATURES OF DEPRESSION IN THE STRUCTURE OF THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE IN WOMEN

Raeva T.V., Belash K.D., Uydina N.V.

Цель исследования. Изучить клинико-психопатологические особенности депрессивных расстройств в рамках первого психотического эпизода у женщин, поступивших на лечение в психиатрический стационар.

Материалы и методы. Обследовано 35 женщин, госпитализированных ГБУЗ ТО «ОКПБ» г. Тюмени в возрасте 18 лет и старше 45 лет с депрессивными расстройствами от умеренных до тяжелых в структуре первого психотического эпизода. Госпитализация в стационар во всех случаях была обусловлена глубиной и тяжестью имеющихся психических расстройств: наличием аффективно насыщенных переживаний, мешающих нормальному повседневному функционированию, нарушений психотического уровня, суицидальными мыслями и попытками. В исследование не включались пациентки с зависимостями, с органической патологией головного мозга, декомпенсированными соматическими заболеваниями. Большая часть женщин имела среднее специальное образование (57,1%), у 28,5% было высшее образование и у 11,4% – среднее. Большая часть женщин (85,7%) на момент госпитализации не работала. Группу инвалидности по общему заболеванию (соматическая патология) имели 8,5% женщин, 14,2% были официально трудоустроенными на момент поступления в стационар. Семейное положение женщин: на долю замужних и разведённых женщин приходится по 22,9% и 20% соответственно, еще 5,7% – вдовствуют, оставшиеся 51,4% никогда в браке не состояли. 48,6% женщин не имели детей, у 31,4% был только один ребенок, двое детей – у 17,1% женщин и менее 3% имели трех и более детей. Применялся клинико-психопатологический метод исследования, который дополнялся данными клинических шкал (Гамильтона, Бэка, Монтгомери-Асберг), а также хронобиологическими данными (мониторинг активности, сна, настроения).

Результаты и их обсуждение. В качестве основных факторов, оказавших влияние на возникновение депрессивного эпизода у пациенток, участвовавших в исследовании, можно выделить многолетние психосоциальные трудности, потерю близкого человека, конфликты в отношениях, насилие в семье, изменения в жизненной ситуации (развод, потерю работы). Депрессивные расстройства у женщин, были представлены аффективной патологией в структуре шизофрении (51,2%), острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении и без (11,4%), шизоаффективного расстройства (27,3%), депрессивного эпизода и рекуррентного депрессивного расстройства (10,1%), преимущественно тяжелой степени с психотическими симптомами (72,2%). У 60% женщин депрессивные расстройства сопровождались суицидальными мыслями и тенденциями, у 4% – самоповреждающим поведением. Тревожная депрессия в группе молодых пациенток (18-25 лет) отмечалась у 58,8%, тогда как у женщин из средней возрастной группы несколько реже – 41,2%. В клинике расстройств у данных групп преобладали явления угнетенности, подавленности, вкупе с воображаемыми опасениями о неминуемости «какого-либо несчастья», противоестественной тревогой. Тоскливые формы депрессий преобладали у женщин среднего возраста (86,7% у женщин в возрасте от 25 до 49 лет против 13,3% у пациенток 18-25 лет), и проявлялись

классически – выраженностью всей депрессивной триады, с наличием бредовых идей (в первую очередь самоуничтожения), слезливостью, чувством «тоски», подавленностью и унынием. Астеническая форма депрессии была зарегистрирована только в группе женщин среднего возраста: они предъявляли жалобы на чувство «опустошённости», «равнодушие к происходящему», спутанность мыслей, чувство «мышечной усталости» и раздражительной слабостью. В данной группе также преобладали слезливость, суицидальные мысли, тревога, сопровождающаяся острой деперсонализацией. Расстройства сна, отсутствие сил, чувство усталости, суточные колебания настроения с ухудшением состояния в утренние часы в клинической картине встречаются наиболее часто у подавляющего большинства пациенток.

Проблемы психического здоровья женщин в настоящее время выделяют в отдельное направление исследований и клинической практики, требует дальнейшего углубленного изучения взаимодействие биологических и психосоциальных факторов в развитии депрессивных расстройств, выделение и дифференцированный подход к сезонным депрессивным расстройствам у них. В осенне-зимний период госпитализированы и находились на лечении 60% обследованных женщин, что, возможно, указывает на сезонный характер имеющихся у женщин депрессивных расстройств. В МКБ-10 сезонное аффективное расстройство является частным случаем рекуррентного депрессивного расстройства. По данным исследования, сезонность отмечалась у части пациенток с расстройствами шизофренического спектра. Преобладал осенне-зимний вариант (65%), который проявлялся усилением аппетита с повышенной тягой к пище, богатой легко усваиваемыми углеводами – сладкому, мучному, желанием есть в ночное время. Они отмечали усиление в осенне-зимний период заторможенности и гиперсомнии, увеличение веса.

Выводы. Депрессивные расстройства у женщин, проходивших лечение на базе стационара ГБУЗ ТО «ОКПБ», представлены разнородной группой психических расстройств, большинство которых приходится на расстройства шизофренического спектра. Подавляющее большинство пациенток госпитализированных в психиатрический стационар в течение длительного периода не работали, что говорит о снижении уровня их социального функционирования. В группе молодых женщин наиболее часто встречались депрессии с выраженным тревожным компонентом, в то время как в группе более старшего возраста преобладали тоскливые и астенические формы депрессии. Большая часть диагностированных депрессивных расстройств имела осенне-зимнюю сезонность, что обуславливает необходимость дальнейшего исследования и наблюдения с целью уточнения соотношения хронотипа и депрессивных нарушений у женщин, разработке персонализированного подхода в терапии и реабилитации.

СТРЕСС-УЯЗВИМОСТЬ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (ЭПИГЕНЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПОДРОСТКОВОГО СУИЦИДА)

Розанов В.А.

Санкт-Петербургский государственный университет;
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Санкт-Петербург

STRESS VULNERABILITY AND SUICIDAL BEHAVIOR (EPIGENETIC MODEL OF ADOLESCENT SUICIDE)

Rozanov V.A.

В последние десятилетия во многих странах, особенно с высокоразвитой экономикой, высоким уровнем жизни и интенсивным погружением в цифровые технологии наблюдается ухудшение психического здоровья подростков и рост среди них суицидального поведения (суицидальных мыслей, планов, попыток и завершеного суицида). Эти изменения, происходящие очень быстро и явно под влиянием факторов внешней среды, прежде всего психосоциального стресса, имеют тенденцию проявляться во все большей степени при анализе поведения каждой новой генерации молодежи. Так, самые молодые жертвы суицида (10-14 лет), среди которых выявляется наиболее быстрый рост случаев, родились в цифровом мире, в котором их родители также являются глубоко вовлеченными в стрессовый цифровой контекст. Объяснение этого явления лежит как в плоскости социальных и смысловых факторов (неравенство, консьюмеризм, влияние информационных потоков, постмодернистское обесмысливание и т.д.), так и, не исключено, в сфере биологических механизмов, связанных со стресс-уязвимостью. Стресс-уязвимость рассматривается как ключевой эндотип суицидального поведения, обусловленный как генетическими предрасположенностями, так и эпигенетическим программированием. В отношении исследований эпигенетических механизмов при суицидальности (метилирование генов-кандидатов, динамика некодирующих микро-РНК и модификация гистонов) наблюдается явная интенсификация – за последние годы опубликовано более 50 работ. Однако накапливающийся разрозненный фактический материал пока не получил концептуального объяснения с позиций возможной роли эпигенетических механизмов в генезисе наблюдаемых процессов, особенно среди подростков. В то же время, именно в этой возрастной группе, суициды больше связаны с биологическими механизмами, по сравнению, например, с пожилым или зрелым возрастом, когда возрастает роль сознательных решений. Эпигенетика «переносит центр тяжести» с генов на окружающую среду и объясняет такие биологические явления, как пластичность развития и формирование множества фенотипов на основе одного генотипа. Принципиально новым в современном понимании эпигенетических явлений является признание нескольких важных закономерностей, ранее не столь очевидных. Во-первых, управление активностью генома не ограничивается внутриутробным развитием. Гены получают сигналы из внешней среды в течение всей жизни (хотя ранние периоды и являются более «чувствительными» в плане эпигенетических перестроек). Во-вторых, изменения активности генов, возникшие под влиянием некоторых средовых сигналов, приобретают устойчивый долговременный характер, т.е. раз возникнув, остаются относительно неизменными в течение длительного времени, часто на всю оставшуюся жизнь. Есть наблюдения о том, не все эпигенетические метки «стираются», что создает возможности для их трансгенерационной передачи, т.е. наследования некоторых признаков, сформировавшихся в процессе жизни как адаптивные свойства. Это наследование не такое «жесткое», как в случае истинных мутаций, оно может проследиваться в 2-3-х поколениях, особенно при «поддержке»

со стороны среды, причем в этом могут быть задействованы как поведенческие, так и генетические механизмы.

Вся эта система взглядов получила название «мягкой наследственности», а вся сумма эпигенетических трансформаций (импринтов) понимается сегодня как эпигеном. В конечном итоге среда, при обсуждении такой проблемы как «природа или воспитание» среда оказывается важнее, чем гены, по крайней мере, в течение жизни конкретного организма, а возможно, и вида в целом. Эпигеном при этом становится своеобразным интерфейсом между консервативным геномом и динамичной средой. Современная психосоциальная и культурная среда, в которую погружены подростки в социальных сетях (потребительство, индивидуализм, одиночество, девиантность, пропаганда самоповреждений и др.) является причиной субъективно ощущаемого стресса и сопутствующих ему депрессии, тревоги и других нарушений психического здоровья. Субъективный (психический) стресс сопровождается эпигенетическим программированием реактивности системы стресс-реагирования, включая состояние критически важных систем мозга, вовлеченных в стресс-реакцию. Учитывая существующее распределение индивидов с различной способностью к адаптации, вероятным ответом становится увеличение доли тех, кто получит ускоренное развитие и адаптируется, и тех, кто не справится с новыми условиями, пополняя ряды лиц с нарушениями психического здоровья, самоповреждениями и суицидальными тенденциями.

На основании такого эволюционного подхода, основанного на эпигенетическом мышлении, предлагается гипотеза, объясняющая рост самоубийств среди молодежи с позиций эпигенетического программирования с возможностью трансгенерационной передачи уязвимого фенотипа. Накапливающиеся данные об эпигенетических находках в структурах мозга и в клетках крови при суицидальных фенотипах подтверждают гипотезу и открывают новые перспективы изучения биологических механизмов суицидального поведения. Мы исходим из того, что основной движущей силой эпигенетических феноменов является стресс, ведущими причинами которого являются угрозы базовым потребностям – в безопасности, принадлежности и социальной поддержке. Эти страхи и возникающие вслед за ними стрессы в современном обществе подвергаются трансформации, их возникновение возможно не только в связи с детско-материнскими взаимоотношениями, а может быть обусловлено более широкими социальными явлениями. Социальная среда, с ее постоянно растущим неравенством, пропагандой потребления, глобальным ослаблением социальной поддержки (одиночеством) в силу демографических проблем и иных проблем, информационной перегрузкой, недостатком физической активности, урбанизацией и быстрой модернизацией существования по сути означает хроническое воздействие психо-социального стресса. Эпигенетические стресс-индуцированные феномены при этом становятся ведущим фактором нарушений психического здоровья, прежде всего депрессии и тревоги, но также и личностных расстройств, зависимостей и суицидальности.

В конечном итоге стресс формирует систему реагирования на стресс, которая определяет уязвимость к новому стрессу. Опыт ранних событий и самосознание (когнитивистская оценка способности справляться с угрозами) инкорпорируются в биологические системы в виде эпигенетических меток. Бесконечное число прямых и обратных связей между социумом, индивидуумом, опытом, памятью и биологическими системами создают сложную картину взаимодействий. Ведущую роль при этом играет усиливающееся давление среды в виде психо-социального стресса. Самоубийство как многофакторное явление, включающее экзистенциальные, психологические, поведенческие, когнитивные, социальные и биологические причины, возможно, в наибольшей степени отражает роль этих

взаимодействий. Рост самоубийств, особенно среди подростков, и особенно среди представителей аутохтонных народов, в наибольшей степени испытывающих напряжение от вестернизации и модернизации, во многом может быть обусловлен этими взаимодействиями. Человечество живет в необычайно измененных условиях, и переход произошел исключительно быстро, в силу чего, возможно, и наблюдаются негативные тенденции роста подростковых самоубийств. Эпигенетические явления как звено между меняющимся миром и адаптивными биологическими системами, участвуют в этом неблагоприятном развитии событий, об этом говорят эпигенетические находки при суицидальности.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОДЕРЖАНИЯ МАРКЕРА НЕЙРОНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ S-100 СЫВОРОТКИ КРОВИ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ АГРЕССИВНОСТИ ПРИ ДЕПРЕССИВНОМ ЭПИЗОДЕ

Рощина О.В., Левчук Л.А.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ
Томск

*RELATIONSHIP OF S-100 NEURONAL DAMAGE MARKER BLOOD SERUM
CONCENTRATION WITH MANIFESTATIONS OF AGGRESSION IN A DEPRESSIVE
EPISODE*

Roschina O.V., Levchuk L.A.

Введение. Большое депрессивное расстройство является одним из наиболее инвалидизирующих психических заболеваний, вносящих значительный вклад в общественное бремя болезней. Клиническое течение депрессии зачастую сопряжено с высокой распространенностью агрессивных (гнев, атаки гнева) и аутоагрессивных (вплоть до суицидальных) паттернов среди пациентов с депрессивными расстройствами. Одной из патофизиологических концепций депрессивных расстройств выступает развитие нейрональных нарушений, сопровождающихся повреждением астроцитов с повышением в сыворотке крови пациентов соответствующих маркеров, например, белка S-100.

Целью настоящего исследования выступило изучение взаимосвязи концентрации маркера S-100 с проявлениями агрессивности у пациентов, страдающих большим депрессивным расстройством (текущим депрессивным эпизодом, F32).

Материал и методы: Объектом исследования выступили пациенты отделения аффективных состояний клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Критериями включения в исследование являлись: 1) Добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании; 2) Возраст от 18 до 60 лет; 3) Установленный диагноз депрессивного эпизода (ДЭ) в рамках диагноза F32 по МКБ-10. Критерии исключения: 1) Отказ пациента от участия на любом этапе исследования; 2) Коморбидные психические расстройства, включая алкогольную зависимость; 3) Острые или хронические декомпенсированные соматические заболевания, требующие интенсивного терапевтического вмешательства. Обследование пациентов и забор биологического материала осуществлялись при поступлении, до начала активной психофармакотерапии. Для оценки содержания биологически активных веществ сыворотки крови, была набрана группа здоровых добровольцев.

Психопатологическая оценка состояния пациентов осуществлялась с помощью опросника агрессивности Басса-Дарки (BDHI) (Buss A.H., Durkee A., 1957). Забор периферической венозной крови для биологических исследований осуществлялся утром натощак в вакуумные пробирки «Vacutainer» (Becton Dickinson, USA) с активатором свертывания для получения сыворотки. Концентрацию исследуемых

биологических веществ в сыворотке крови пациентов в динамике терапии определяли «Сэндвич» – методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов DY1820-05 Human S100B DuoSet ELISA производства «R&D Systems» (США). После проведения и остановки ферментативной реакции проводили количественную оценку результатов анализа на мультимодальном микропланшетном ридере Thermo Scientific Varioskan LUX (ЦКП «Медицинская геномика», Томский НИМЦ). Статистический анализ полученных данных осуществлялся посредством пакета стандартных прикладных программ IBM SPSS Statistics 25. Исследование выполнено в соответствии с Хельсинкской декларацией ВМА 2000 г. и одобрено локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол №154 от 17.06.2022, дело №154/1.20.22).

Результаты и обсуждение: Исследовательскую выборку составили 26 пациентов с диагнозом F32, преимущественно женского пола (80,7%, n=21), медианный возраст 44 (32; 53) лет. Нозологическое распределение в группе было представлено: F32.1 ДЭ средней степени – 65,4% (n=17), F32.2 ДЭ тяжелой степени без психотических симптомов – 19,2% (n=5) и F32.0 ДЭ легкой степени – 15,4% (n=4) (p=0,001, хи-квадрат). Давность заболевания составила 5 (3; 15) месяцев. Контрольную вошли 25 психически и соматически здоровых лиц, преимущественно женского пола (56%, n=14), медианный возраст в группе составил 38,5 (29; 47) лет. Исследуемые группа были сопоставимы по половому (p=0,625, хи-квадрат) и возрастному (p=0,136, критерий Манна-Уитни) составу.

Клинико-патопсихологическое исследование агрессивности по шкале BDHI выявило у пациентов с ДЭ низкий уровень негативизма (2 (1; 3,25)); средние значения по шкалам физической агрессии (3 (1; 6,25)), обиды (4 (2,75; 6)), раздражительности (4,5 (3; 7,25)) и подозрительности (3,5 (2; 5)); повышенный уровень косвенной (5 (4; 6)) и вербальной (6 (3; 8,25)) агрессии, а также чувства вины (6 (4; 7,25)).

Сывороточная концентрация белка S-100 в исследуемой группе составила 28,76 (20,82; 44,98) пг/мл, а в группе контроля 33,88 (29,59; 36,55) пг/мл (p=0,098, критерий Манна-Уитни).

Проведенный корреляционный анализ по Спирмену содержания биологически активного вещества и выраженности паттернов агрессии по шкале BDHI обнаружил отрицательную корреляцию между концентрацией S-100 и индексом агрессивности (r= -0,483, p=0,036), индексом враждебности (r= -0,548, p=0,015), раздражительностью (r= -0,405, p=0,040) и обидой (r= -0,411, p=0,037), то есть показано уменьшение отдельных проявлений агрессивности при повышении сывороточной концентрации исследуемого белка-маркера нейрональных нарушений.

Заключение: В настоящем исследовании показана обратная взаимосвязь между сывороточной концентрацией белка S-100 и выраженностью отдельных паттернов агрессивности у лиц с ДЭ (F32). Выявленные корреляции могут иметь значение для оценки риска и предикции агрессивных тенденций у пациентов, страдающих депрессивными расстройствами.

Источник финансирования: Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 22-15-00084 «Униполярная и биполярная депрессия: трансдиагностичность или специфичность потенциальных клинических, нейрофизиологических, молекулярно-биологических и метаболомных маркеров?»

ТРАНСДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ, ПСИХИАТРИИ И НЕЙРОПСИХИАТРИИ

Савина М.А., Петрова Е.А., Поневежская Е.В.

ЗАО «Научный центр персонализированной медицины»

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

ГБУЗ г. Москвы ГКБ им. М.Е. Жадкевича ДЗМ

Москва

*TRANSDIAGNOSTIC APPROACH IN PSYCHOTHERAPY, PSYCHIATRY AND
NUROPSYCHIATRY*

Savina M.A., Petrova E.A., Ponevezhaskaya E.V.

Дименсиональный подход, лежащий в основе современных классификаций, предполагает сравнение множества синдромов и во многом включает в себя трансдиагностическое мышление, предполагающее сравнение совершенно различных психопатологических синдромов. Вместе с тем трансдиагностический подход не является синонимом дименсионального, а представляет собой особую методологию, поскольку создан для решения иных задач.

Впервые термин «трансдиагностический» использовался в исследовании когнитивно-бихевиоральной психотерапевтов (КБТ) (Harvey A.G., et al., 2004), где было 12 различных процессов, которые являются общими среди различных заболеваний, например, возвращающиеся негативные мысли, избегающее поведение, предвзятые интерпретации.

Вместе с тем, трансдиагностические подходы существовали и в психоанализе. Так, Хайман Спотниц, объединял шизофрению, нарциссические расстройства личности и пограничное личностное расстройство, имея в виду наличие у таких пациентов нарциссической защиты: структурно сложной защиты, в которой задействованы и агрессивный и либидинальные импульсы, предохраняющей объект от высвобождения вулканической агрессии (нарциссической ярости), но вызывающей разрушение (или угрозу разрушения) психического аппарата. Вторичными последствиями этой защиты является уничтожение объектного поля психики и фрагментация Эго.

Таким образом, история трансдиагностического подхода началась намного раньше, чем первые трансдиагностические исследования в КБТ (как правильно замечает В. Манселл, не все работы с трансдиагностическим подходом упоминают это слово). Можно сказать, его далекими прародителями были клиницисты, размышлявшие над этиологией психических болезней. Е.А. Целлер писал: «Мания, меланхолия, помешательство и слабоумие представляют последовательные стадии единого болезненного процесса». Такой подход, предполагавший, что все психические расстройства связаны и могут рассматриваться как проявления патологии головного мозга и, в связи с этим, все они имеют единую морфологическую основу, позволял В. Гринингеру рассматривать их в едином континууме (концепция «единого психоза»).

Вплоть до настоящего времени работы, исследующие нейробиологические процессы в основе психической патологии, чаще всего являются трансдиагностическими. В ходе нейробиологических исследований были выявлены такие трансдиагностические механизмы как затрудненное подавление реакции на испуг (startle response) после предъявления эмоционально-негативных стимулов, замедленное (нарушенное) созревание крупных нейрональных сетей, таких как сети оперативного покоя (default mode network), регуляторной и сенсомоторной сетей, а также связей между ними, нарушения эмоциональной саморегуляции, гиперактивацию амигдалы, гиппокампальной и парагиппокампальной извилины и

сниженную активность медиальной и латеральной префронтальной коры в ответ на эмоционально значимые стимулы, склонность к поиску новизны, сниженную способность контролировать выполнение когнитивных заданий, особенно в ситуации их особой эмоциональной окраски и многие другие.

Впервые клинические трансдиагностические исследования в области нейропсихотерапии фокусировались на изучении апатии. Так, в 1991 году Р. Марин обосновывает клиническую концепцию апатии как самостоятельного синдрома, который может присутствовать при очень широком перечне заболеваний, и эта работа представляет собой образец трансдиагностического мышления.

Изучение соотношения этого синдрома с другими психическими расстройствами выявило частое сосуществование апатии и большой депрессии. В данном исследовании авторы предприняли нестандартный клинический анализ: выделение трансдиагностических групп. Наряду с группой с самостоятельной апатией, самостоятельной депрессией, группой без этих расстройств они выделили группу со смешанной патологией (апатия+депрессия), что позволило им глубже исследовать клинические и патогенетические корреляты этих состояний. В основе такого распределения групп лежали не столько диагностические трудности (невозможность разграничения психиатрических состояний в ряде случаев и вероятность диагностических артефактов), сколько представление о патогенетической общности этих расстройств – определенной локализации поражения головного мозга, то есть трансдиагностический подход.

Апатия является нейропсихиатрическим синдромом не только часто сопровождающимся различной психической патологией, но и связанным с ними патогенетически. Клинические исследования часто фиксируют, что также апатии часто сопутствуют различные клинические синдромы, от усталости и расстройств сознания до депрессии. Поэтому в исследовании расстройств из спектра поведенческой пассивности вполне применимо создание клинически более гомогенных трансдиагностических групп.

Изучение клинических и патогенетических особенностей пациентов внутри таких транссиндромальных групп может расширить представления о патогенезе входящих в них синдромов. Примером такого исследования является работа [8], в которой пациенты с изолированной апатией отличались от пациентов с сочетанием апатии, астении и депрессии, в частности, особенностями поражения мозга: у пациентов с изолированной апатией чаще встречалось поражение лобных долей, тогда как у пациентов со смешанной патологией отмечался лейкоараиоз на КТ и более частое поражение височной доли левого полушария. Подобные трансдиагностические сравнения позволят пересматривать диагностические критерии и границы синдромов, выявляя более гомогенные клинические феномены, то есть способствуют совершенствованию психиатрических классификаций.

Однако главной целью трансдиагностического подхода является выявление общих процессов, которые лежат в основе очень разных патологий, расположенных внутри существующей системы классификации и тестирование общей теории психопатологии.

Исследование патогенетических механизмов расстройства является важнейшим шагом к пониманию природы психопатологии. В этом смысле можно согласиться с утверждением В. Манвелла о том, что трансдиагностический подход обладает потенциалом, преобразующим психиатрию.

ФАКТОРЫ РИСКА КОРОТКИХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

Савина М.А., Серпуховитина И.А., Петрова Е.А.
ЗАО «Научный центр персонализированной медицины»
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
Москва

RISK FACTORS OF SHORT-TERM DEPRESSIVE REACTIONS IN FIRST WEEK OF STROKE

Savina M.A., Serpuhovitina I.A., Petrova E.A.

Актуальность. Высокая частота постинсультных депрессий и их неблагоприятное влияние на восстановление пациентов делает важным раннее выявление постинсультных депрессий. При этом в литературе уделяется внимание очерченным депрессивным расстройствам длительностью не менее 2 недель. Однако описаны менее длительные депрессивные и тревожно-депрессивные реакции. Поскольку такие проявления сниженного настроения в остром периоде инсульта не всегда приводят к манифестации депрессии в последующем, было предложено называть эти проявления реакциями явной печали (*overt sadness*) или ранними депрессивными симптомами. Несмотря на потенциальную лабильность ранних признаков депрессии, их факторы риска изучены недостаточно.

Целью исследования являлось изучение факторов риска аффективных реакций в острейшем периоде инсульта.

Методы.

Работа являлась частью проспективного наблюдения над когортой из 348 больных (185 мужчин – 53,2%, 163 женщины – 46,8%, средний возраст 66±12 лет).

Критерии включения: первый церебральный инсульт, поступление в стационар в остром периоде инсульта. Критерии исключения: угрожающие жизни соматические заболевания (в т.ч. онкологические), наличие физического дефекта, который мог бы воспрепятствовать восстановлению двигательных функций (ампутация конечности), отказ от обследования психиатром.

Регистрация неврологического и психического статуса проводилась одними и теми же исследователями (неврологом и психиатром) в стандартные дни: в 1-3, 7, 14, 21, 28 сутки инсульта и спустя 3, 6 и 12 месяцев после инсульта.

Диагноз депрессии или генерализованного тревожного расстройства устанавливался в соответствии с критериями DSM-IV. Депрессивные, тревожные и тревожно-депрессивные реакции диагностировались при наличии подавленности, тревоги или их сочетания.

Из когорты больных с первым церебральным инсультом были выделены две группы пациентов: группа 1 (n=175) обследовалась с первых суток инсульта, группа 2 (n=116) – спустя неделю.

В первые сутки при поступлении оказывалось ранее психотерапевтическое вмешательство, показавшее свою эффективность, поэтому аффективные реакции 7-х суток формировались в других условиях – в отсутствии адекватной психотерапии. Поэтому мы предположили, что аффективные реакции в разные сроки будут отличаться по факторам риска.

Между пациентами двух групп с короткими эмоциональными реакциями и без них проведено сравнение психического (структурированное интервью) и неврологического статуса (NIH), данных анамнеза (структурированное интервью), локализации очага инсульта (КТ при поступлении и спустя 7 суток), результатов когнитивного обследования (MMSE, тест следования по маршруту часть А и В).

Использовались методы непараметрической статистики (хи-квадрат, критерий Крускала-Уоллиса).

Результаты. Частота депрессивных реакций (ДР) в группе 1 составила 39,7% (n=52), в группе 2 - 30,5% (n=25). Частота тревожных (ТР) составила 22,1% (n=39) в группе 1 и 35,4% (n=29) в группе 2.

Пациенты с ДР группы 1 чаще, чем контроль этой группы, были женщинами (53,8% против 30%, $\chi^2(2)=8,113$ $p=0,017$), имели очаг в левом полушарии – чаще в височной доле и подкорковых ядрах – (57,4% против 28,9% $\chi^2(4)=10,304$, $p=0,036$, частота поражения левой височной области 22,0% против 11,4%, подкорковых ядер слева 26,7% против 4,5%), хуже выполняли тест следования по маршруту часть В (261 сек против 189 сек, KW $\chi^2(2)=6,038$, $p=0,049$), чаще страдали депрессиями до инсульта (в 32% случаев против 10%, $\chi^2(2)=10,342$ $p=0,006$).

Пациенты с ДР группы 2 от контроля группы 2 не отличались.

Пациенты с ТР обеих групп не отличались от больных без аффективных реакций.

Заключение. В группе, в которой было проведено психотерапевтическое вмешательство, ДР возникали у лиц, наиболее к этому предрасположенных, при этом факторы риска ДР совпадали с общепринятыми факторами риска постинсультных депрессий: женский пол, левополушарная локализация очага поражения, депрессии в анамнезе. В группе без психотерапевтического вмешательства, ДР возникали и у лиц без определенной предрасположенности к аффективным нарушениям. Различия в факторах риска между ДР разных групп отражает протективное влияние раннего психотерапевтического вмешательства в отношении риска постинсультных аффективных расстройств.

Ключевые слова: инсульт, депрессия, постинсультная депрессия, тревога, генерализованное тревожное расстройство, короткие депрессивные реакции, короткие тревожные реакции, факторы риска, психотерапия.

КЛАСТЕРИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С АТТЕНУИРОВАННЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ПО БИОХИМИЧЕСКИМ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ: ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ

Савушкина О.К., Бокша И.С., Зозуля С.А., Отман И.Н., Омельченко М.А., Прохорова Т.А., Терешкина Е.Б., Воробьева Е.А., Бурбаева Г.Ш.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Москва

CLUSTERING OF PATIENTS WITH ATTENUATED PSYCHOTIC SYMPTOMS BY BIOCHEMICAL AND IMMUNOLOGICAL PARAMETERS: THE POSSIBILITY OF PREDICTING THE EFFECTIVENESS OF THERAPY

Savushkina O.K., Boksha I.S., Zozulya S.A., Otman I.N., Omel'chenko M.A., Prokhorova T.A., Tereshkina E.B., Vorobyeva E.A., Burbaeva G.Sh.

Актуальность. Поиск взаимосвязи показателей глутаматного метаболизма, окислительного стресса и маркеров воспаления на основе определения биохимических параметров крови пациентов с аттенуированными психотическими симптомами и выявление возможных связей с клиническими данными представляется актуальным в контексте развития персонализированной медицины. Материал и методы. Клинико-биохимическое исследование проведено в ФГБНУ НЦПЗ совместно лабораториями нейрохимии и нейроиммунологии и Отделом по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний с разрешения локального Этического комитета ФГБНУ НЦПЗ (Протокол N8 от 26.02.2019).

Для исследования отобраны 54 юноши в возрасте 16-25 лет (медиана 19,0 лет), госпитализированные с диагнозами из рубрики «депрессивный эпизод» по МКБ-10 (F32.1, F32.2, F32.38, F32.8). Критерием включения было наличие в структуре депрессивного состояния ослабленных продромальных симптомов. Критериями исключения были: нарушения психического развития в анамнезе, отчетливые психотические симптомы, позволяющие диагностировать психотическую депрессию (F32.33, F32.34), дефицитарный синдром, сопутствующая психическая патология, клинически значимые хронические соматические, неврологические, инфекционные заболевания.

Клиническое и психометрическое обследование, а также взятие крови на анализ проводились дважды: в течение трех дней с момента госпитализации и после купирования острой психопатологической симптоматики. Фармакотерапию антидепрессантами (в основном флувоксамином и амитриптилином) назначали в день поступления в стационар. Средняя продолжительность стационарного лечения составляла $1,74 \pm 0,77$ мес. В связи с наличием аттенуированных (ослабленных) психотических симптомов, пациенты проходили курс антипсихотического лечения с применением атипичных нейролептиков (кветиапина, оланзапина, рисперидона, арипипразола), а при недостаточной их эффективности – нейролептиков второй линии (флупентиксола, трифлуоперазина, бутирофенона, зуклопентиксола, клозапина).

Для оценки тяжести депрессивных и аттенуированных психотических симптомов использовались шкала оценки депрессии Гамильтона (HDRS-21) и шкала продромальных симптомов (SOPS).

В исследовании анализировались ферментативная активность цитохром с-оксидазы (ЦО), глутаматдегидрогеназы (ГДГ), глутатионредуктазы (ГР) и глутатион-S-трансферазы (ГСТ) в тромбоцитах, а также ферментативная активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ), функциональная активность альфа1-протеиназного ингибитора (альфа1-ПИ), концентрации аутоантител к белку S100b и основному белку миелина (ОБМ) в плазме крови до и после лечения. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Statistica 8.0 (Statsoft, непараметрический модуль).

Результаты обследования – демографические данные пациентов, суммы баллов по психометрическим шкалам и биологические показатели внесены в базу данных для анализа.

Базовые (до начала лечения) биохимические и иммунологические показатели были нормированы по их максимальным значениям (результат измерения каждого признака делили на его максимальное значение в группе, при этом получали значения в диапазоне 0–1). Кластерным анализом с заранее заданным числом кластеров равным 3 методом каппа-средних с числом итераций 3 получены кластеры K1 (n=19), K2 (n=18) и K3 (n=17).

Сравнение базовых признаков в K1, K2 и K3 методом Краскела-Уоллиса показало статистически значимые различия: активности ГДГ ($p < 0,0001$), ГР ($p < 0,0001$), альфа1-ПИ ($p < 0,0001$) и аутоантител к ОБМ ($p < 0,0102$). В случае ЦО наблюдалась тенденция к различию ($p = 0,08$). Внутри каждого кластера найдены статистически значимые корреляции признаков ($p < 0,05$). Во всех трех кластерах обнаружена статистически значимая прямая корреляция аутоантител к ОБМ и S100b с высокими коэффициентами корреляции Спирмена ($R = +0,744$, $R = +0,707$ и $R = +0,562$ для K1, K2 и K3, соответственно). В K1 обнаружены прямая корреляция активностей ГДГ и альфа1-ПИ ($R = +0,515$) и обратная корреляция активности ЦО и уровня аутоантител к ОБМ ($R = -0,482$). В K2 обнаружена прямая корреляция активностей ГДГ и альфа1-ПИ ($R = +0,521$).

Статистические значимые различия по медианным значениям базовых биохимических и иммунологических признаков в кластерах распределились следующим образом: активность ГДГ – $K1 > K2 < K3$, активность ГР – $K2 < K3 < K1$, активность альфа1-ПИ – $K1 > K2 > K3$, уровень аутоантител к ОБМ – $K2 \approx K3$, $K1 > K2$, $K1 > K3$ (тест Манна-Уитни, $p < 0,01$).

По некоторым исследованным параметрам произошли статистические значимые изменения в ходе лечения: в $K1$ – активность ГДГ снизилась и активность ГР повысилась, в $K2$ – активность ГСТ повысилась, а активность альфа1-ПИ снизилась, при этом в $K3$ активность альфа1-ПИ повысилась (тест Вилкоксона, $p < 0,03$).

Обнаружено, что полученные кластеры статистически значимо различались по психометрическим признакам. Все три кластера различались по числу баллов HDRS-21 до лечения (метод Краскела-Уоллиса, $p < 0,02$). $K1$ и $K3$ значимо различались по баллам HDRS-21 до лечения ($p < 0,01$), а $K2$ и $K3$ значимо различались по баллам HDRS-21 до лечения ($p < 0,01$) и по баллам SOPS-N после лечения ($p < 0,03$) (метод Манна-Уитни). $K1$ и $K2$ значимо различались по баллам SOPS-P до лечения ($p < 0,03$).

Во всех кластерах произошло статистически значимое снижение сумм баллов по SOPS и HDRS (тест Вилкоксона, $p < 0,0003$) в ходе лечения. $K1$ и $K2$ также различались по величине снижения баллов SOPS-P ($p < 0,009$).

В каждом кластере обнаружены статистически значимые корреляции между базовыми значениями биохимических/иммунологических параметров и психометрическими признаками, определенными после лечения. Так, в $K1$ и $K3$ активность ЦО коррелировала с баллами по SOPS-N ($R = +0,50$, $p < 0,04$). В $K1$ наблюдалась обратная корреляция активности ГР с баллами по SOPS-P, SOPS-O и с общим баллом по SOPS ($R = -0,46$, $p < 0,04$), уровень аутоантител к ОБМ обратно коррелировал с баллами по SOPS-N ($R = -0,48$, $p < 0,04$). В $K2$, в отличие от $K1$, наблюдалась прямая корреляция уровня аутоантител к ОБМ с баллами по SOPS-N ($R = +0,53$, $p < 0,03$), а также прямые корреляции активности ГДГ с суммами баллов по SOPS-N и SOPS-D и общим баллом по SOPS ($R = +0,50$, $p < 0,04$).

Обсуждение. Показано, что включенная в исследование группа пациентов с аттенуированными психотическими симптомами гетерогенна по биохимическим, иммунологическим и психометрическим признакам. Кластеризация по базовым биологическим признакам позволила получить более гомогенные кластеры пациентов, статистически значимо различающиеся по психометрическим параметрам и по эффективности проведенного курса терапии. Кластеры $K1$ и $K2$ различались по величине снижения баллов по SOPS-P.

Внутри каждого кластера обнаружены статистически значимые корреляции между базовыми биохимическими/иммунологическими признаками и психометрическими признаками после лечения, что может способствовать оценке клинической реакции на лечение. Например, для $K1$: чем выше активность ГР у пациента, тем меньше баллов по SOPS он наберет после лечения (выше эффективность лечения). Важно, что каждый базовый биологический параметр, примененный в настоящем исследовании для кластеризации, следует рассматривать только в сочетании с остальными, но не по отдельности.

Заключение. Определение набора базовых биохимических/иммунологических показателей позволит стратифицировать пациентов гетерогенной группы и прогнозировать эффективность лечения.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭНДОФЕНОТИПЫ КАК МИШЕНЬ ТРАНСДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Самылкин Д.В., Киренская А.В., Мямлин В.В., Ткаченко А.А.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Москва

*NEUROPHYSIOLOGICAL ENDOPHENOTYPES AS A TARGET OF TRANSDIAGNOSTIC
RESEARCH OF MENTAL DISORDERS*

Samylikin D.V., Kirenskaya A.V., Myamlin V.V., Tkachenko A.A.

Введение. Трансдиагностический подход к изучению психических расстройств считается одним из наиболее перспективных (Fusar-Poli et al., 2019). С ним связываются надежды на обнаружение перекрывающихся и отличающихся механизмов патогенеза различных психических расстройств, а также понимание физиологических и нейроанатомических основ психопатологии (Mitelman, 2019). Большая часть такого рода исследований направлена на поиск нейровизуализационных трансдиагностических маркеров психических расстройств (Mitelman, 2019; Parkes, 2020). Между тем, с нашей точки зрения, трансдиагностический характер могут иметь нарушения процессов обработки информации и исполнительных функций, которые могут быть объективно оценены при помощи набора тестов, имеющих доказанное влияние генетических факторов и включенных в список наиболее валидных эндофенотипов шизофрении (Киренская и др., 2013). Данный набор тестов позволяет оценить как ранние, неосознаваемые, так и поздние этапы селективного внимания, а также исполнительные функции (executive functions – контроль поведения) (Turetsky et al., 2007; Киренская и др., 2013). Особый интерес в рамках трансдиагностического исследования представляют расстройства личности (РЛ) в силу своей клинической неоднородности, что может подразумевать и их различную патогенетическую природу. Ряд из них (шизоидное и параноидное РЛ) рассматривается как более тяжелые состояния (Leaf et al., 1992), феноменологически близкие к шизофрении (Bernstein et al., 1993; Rouff, 2000).

Целью исследования была объективизация интранозологической (внутри типологического круга РЛ), а также интернозологической (шизоидного и параноидного РЛ и шизофрении) дифференциации.

Материалы. Исследование проведено для 2 групп с РЛ (рубрики МКБ-10 - F60 и F61): (1) РЛ1 – с шизоидным/параноидным радикалами (16 чел.), (2) РЛ2 – с истерическим/эмоционально неустойчивым радикалами (18 чел.). Данные сопоставляли с группами нормы (86 чел.) и больных шизофренией (Шз, 67 чел.).

Методы. Проведен анализ четырех нейрофизиологических эндофенотипов – предстимульного торможения (ПСТ) акустической стартл-реакции, торможения вызванного потенциала (ВП) P50, амплитуды ВП P300, процента ошибок при выполнении теста с антисаккадами. Для возбуждения АСР использовали широкополосные звуковые импульсы (105 дБ, 40 мс - основные стимулы), подаваемые с интервалом от 15 до 22 с. Для получения феномена предстимульного торможения (ПСТ) предстимулы (75 дБ, 20 мс) подавали перед основным стимулом (ОС) с интервалом опережения (ИО) 60 мс. Величину АСР оценивали по электромиограмме (ЭМГ) круговой мышцы правого глаза. Величину ПСТ вычисляли в % по изменению средней амплитуды АСР в пробах, включающих предстимул, относительно проб без предстимула. Для получения феномена торможения компонента ВП P50 использовали парные звуковые стимулы (85 дБ, 1 мс) с интервалом между стимулами в паре – 500 мс. Параметры P50 оценивали в отведении Cz (зона вертекса). Амплитуда P50 измерялась относительно

предшествующего негативного пика. Торможение P50 оценивали по соотношению амплитуд P50 на стимулы S2 и S1 (A2/A1) (Storozheva et al., 2016). Регистрация ВП проводилась в стандартной 2-стимульной парадигме oddball с вероятностью предъявления целевого стимула (тон, 2000 Гц, 75 дБ, 50 мс; 60 стимулов) – 20% и нецелевого (тон, 1000 Гц, 60 дБ) – 80% с интервалом между стимулами 1,8 – 2,2 с. P300 определяли как максимальное позитивное отклонение в интервале от 250 до 400 мс после стимула, амплитуду оценивали относительно базовой линии, в качестве которой использовали среднее значение потенциалов в интервале 200 мс перед целевым стимулом (Бочкарев и др., 2020). Анализировали амплитуду и топографию P300 по данным 9 отведений: лобных (Fz, F3, F4), центральных (Cz, C3, C4) и теменных (Pz, P3, P4). В тесте с антисаккадами регистрировали горизонтальную электроокулограмму (ЭОГ) и 19 каналов ЭЭГ. Анализировали медленные негативные потенциалы, развивающиеся в период после предъявления предупреждающего стимула (ЦФС) и ожидания пускового стимула (ПС), которые являются аналогом условно-негативной волны УНВ (Contingent Negative Variation – CNV).

Статистическая обработка данных включала дисперсионный анализ ANOVA и сравнение средних с использованием пакетов программ STATISTICA.8 и SPSS.17 (USA).

Результаты. Анализ показателей, отражающих ранние неосознаваемые этапы селективного внимания, показал значимое снижение уровня торможения P50 и ПСТ стартл-реакции в группах Шз ($p < 0,01$) и РЛ1, с шизоидным/параноидным радикалами ($p < 0.05$), в то время как группа РЛ2 не демонстрировала отличий от нормы. В соответствии с современными представлениями, эти показатели отражают эффективность механизмов фильтрации сенсорных и сенсомоторных сигналов (Storozheva et al., 2016), а их изменения могут приводить к неадекватной оценке поступающей информации, фрагментарности восприятия и мышления, снижению рабочей памяти и другим когнитивным нарушениям, характерным для шизофрении (Hamilton et al., 2018; Vo et al., 2021).

Наиболее высокие значения амплитуды P300 наблюдались в группе нормы, а наиболее низкие – в группе Шз, значения групп РЛ1 и РЛ2 были промежуточными. Сравнение средних показало высоко достоверное снижение амплитуды P300 в группе Шз относительно групп нормы ($p < 0.001$) и РЛ2 ($p < 0.01$) во всех отведениях; в то же время для группы РЛ1 достоверных различий не найдено при сравнении как с группой нормы, так и с группой Шз.

В тесте с антисаккадами процент ошибок был существенно выше нормативного уровня во всех клинических группах. Анализ амплитуды условно-негативной волны (УНВ) в лобных и центральных зонах коры показал, что в группах с расстройством личности (РЛ1 и РЛ2) амплитуда УНВ не отличалась от нормативного уровня и была значительно снижена у больных шизофренией, что согласуется с представлениями о «гипофронтальности» при шизофрении. Нормативные значения амплитуды УНВ у лиц с РЛ свидетельствуют о сохранности префронтальной коры (ПФК), однако, низкое качество выполнения антисаккад в группах РЛ1 и РЛ2 позволяет предположить снижение функционального состояния ПФК и эффективности её активации.

Выводы. Совокупность полученных данных показывает, что отличия между истерическими/эмоционально неустойчивыми РЛ и шизоидными/параноидными РЛ проявляются не только на клиническом, но и на нейрофизиологическом уровне. Выявление у лиц с шизоидными/параноидными РЛ снижения уровня торможения P50 и ПСТ стартл-реакции, являющихся эндофенотипами шизофрении, позволяет предположить, что их феноменологическая близость обусловлена нарушением

одних и тех же нейрональных механизмов фильтрации сенсорных и сенсомоторных сигналов. В то же время, учитывая, что традиционно РЛ и шизофрения концептуализируются как две различные психопатологические категории (шизофрения как хроническое прогрессирующее заболевание, РЛ – как особые состояния, аномалии психики, имеющие дизонтогенетическую природу), нарушения, выявленные у лиц с шизоидным/параноидным радикалом, требуют уточнений в рамках дальнейших исследований.

**ПРЕВЕНТИВНЫЕ СВОЙСТВА ЦЕРЕБРОЛИЗИНА ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ
КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У
РОДСТВЕННИКОВ 1-Й СТЕПЕНИ РОДСТВА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ
АЛЬЦГЕЙМЕРА**

Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

ФГБОУ ВО МГППУ

Москва

*THE PREVENTIVE PROPERTIES OF CEREBROLYSIN WITH MINIMAL COGNITIVE
DYSFUNCTION AND AFFECTIVE DISORDERS IN RELATIVES OF THE 1ST DEGREE
OF KINSHIP OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE*

Selezneva N.D., Roshchina I.F.

Введение. Необходимость исследования особенностей когнитивной сферы у родственников 1-й степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера (БА) обусловлена данными, свидетельствующими о существовании на преклиническом этапе БА специфических когнитивных дисфункций – более низких (по сравнению с группой контроля) показателей кратковременной памяти, вербальной и зрительной памяти, исполнительных функций, абстрактного мышления и худшие способности к обучению (Селезнева Н.Д. и соавт., 2012). Проведенные исследования дают основание утверждать, что родственники пациентов с БА – это когорта лиц, в отношении которой должны разрабатываться и осуществляться медикаментозные и коррекционно-реабилитационные воздействия, направленные на профилактику мнестико-интеллектуального снижения.

Гипотеза о возможности замедлить развитие когнитивного дефицита при БА с помощью превентивного медикаментозного воздействия церебролизином основана на доказательствах болезни модифицирующего эффекта препарата с нейротрофическими свойствами (Гаврилова С.И. и соавт., 2008), а также на результатах мета-анализа 6 рандомизированных двойных слепых исследований, показавших положительное влияние на когнитивные функции и улучшение общего клинического состояния (Gauthier S и соавт., 2015). Кроме того, результаты трехлетнего проспективного исследования лиц с синдромом мягкого когнитивного снижения амнестического типа доказали возможность предотвращения развития у них деменции при применении у них курсовой терапии церебролизином (Гаврилова С.И. и соавт., 2012).

Целью исследования являлась оценка влияния церебролизина на минимальную когнитивную дисфункцию (МКД) и на аффективные расстройства у родственников 1-й степени родства пациентов с БА.

Участники исследования. Когорта состояла из 67 человек (средний возраст 57,6±14,2 г.), включая 22 мужчин и 45 женщин (50 детей пациентов с БА и 17 братьев и сестер). Критерии МКД основывалась на наличии субъективных мнестических нарушений, касающихся событий текущего времени и новой, особенно цифровой, информации, легких трудностей усвоения мануальных навыков и пространственных

взаимоотношений, легких признаков снижения показателей оптико-пространственной деятельности, зрительной и слухоречевой памяти, кинетической и пространственной организации праксиса, а также легких нарушений произвольной регуляции деятельности; социальная и повседневная активность таких лиц оставалась полностью сохранной (Селезнева Н.Д. и соавт., 2020).

Методы: клинико-психопатологический, нейропсихологический, психометрический, статистический. Психометрический комплекс включал шкалу общего клинического впечатления (CGI-I), Мини-тест оценки когнитивных функций (MMSE), Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций (MoCA), тесты произвольного запоминания и отсроченного воспроизведения 10 слов, Бостонский тест называния (BNT), субтест 6 теста Векслера, тест запоминания 5 геометрических фигур, тест Бентона (BVRT), субтесты «звуковые» и «категориальные» ассоциации теста Маттиса (DRS) и тест Мюнстерберга (Munsterberg Test). Также применяли шкалы Гамильтона для оценки депрессии и тревоги (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS, Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS). Нейропсихологическое исследование включало «Экспресс-методику исследования когнитивных функций» с количественной и качественной оценкой различных параметров когнитивной сферы, которые наиболее сензитивны к возрастным изменениям в позднем возрасте (Корсакова Н.К. и соавт., 2009).

Безопасность препарата оценивалась по Шкале оценки побочного действия UKU (Lingjaerde O и соавт., 1987). Статистический анализ данных проводился с применением пакета прикладных программ Statistica 6 фирмы StatSoftInc. (США). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Методика терапии. Церебролизин, разведенный в 100,0 мл 0,9% физиологического раствора, назначался внутривенно капельно: по 20 мл препарата 30 дней.

Результаты. При клинико-психопатологическом обследовании когнитивные трудности в исследованной когорте выявлялись с частотой 56,7% (38 чел.). К ним относились легкое ослабление концентрации внимания при умственном и/или физическом перенапряжении (18 чел., 26,7%), трудности усвоения новой информации (15 чел., 22,3%) и припоминания событий, отдалённых на 1-2 года (11 чел., 16,4%). Частота депрессивной реакции дезадаптации, связанной с тяжелой семейной ситуацией в связи с заболеванием родственника БА, составляла 41,8% (28 чел.). Эпизодические тревожные расстройства встречались в 42,3% (31 чел.), фобические нарушения, в том числе альцгеймерофобия – в 35,8% (24 чел.).

При психометрическом обследовании наибольшие затруднения отмечались при выполнении тестов, оценивающих отсроченное воспроизведение 10 слов, повторение цифр в обратном порядке, запоминание 5 геометрических фигур и тест Бентона.

По данным нейропсихологической диагностики отмечались низкие показатели кинетической и пространственной организации праксиса, дефицитарность конструктивной деятельности, дефицит кратковременной слухоречевой и зрительной памяти по параметрам объема запоминания и тормозимости следов, недостаточность произвольного внимания и контроля.

В результате курсовой терапии церебролизинном по шкале CGI-I выраженное улучшение отмечено в 37,3% случаев, умеренное – 40,3%, минимальное – в 22,4%. По шкалам MMSE, MoCA и всем применявшимся тестам улучшение суммарных средних групповых оценок имело статистически значимую величину ($p < 0,05$).

На терапии церебролизинном редукция депрессивных и тревожных расстройств отмечена в 31,3% и 34,3% случаев (21 и 23 чел. соответственно), частота фобических нарушений, в том числе альцгеймерофобия, снизилась до 25,6% (17 чел.).

Результаты нейропсихологической оценки к окончанию лечения церебролизином показали значимое улучшение по 7 субтестам и общей сумме баллов «Экспресс-методики исследования когнитивных функций». К окончанию лечения наблюдались более высокие результаты в произвольной слухоречевой и зрительной памяти (непосредственное запоминание 9 слов и геометрических фигур, заучивание 10 слов). У всех родственников отмечались значимо более высокие результаты в зрительно-пространственной деятельности, динамическом праксисе и вербальном мышлении. При запоминании семантически организованных стимулов наблюдалось улучшение результатов, однако, эти показатели не достигали степени значимости, так как изначально находились на высоком уровне.

Побочных эффектов и нежелательных явлений во время проведения курсовой терапии церебролизином ни у одного из родственников не наблюдалось.

Заключение. Анализ результатов курсовой терапии показал ее положительное воздействие на минимальную когнитивную дисфункцию у родственников 1-й степени родства пациентов с БА. У 77,6% родственников по окончании терапии установлено улучшение выраженной и умеренной степени по шкале общего клинического впечатления, а также значимое улучшение по всем когнитивным шкалам и тестам. Значимо улучшались номинативная функция речи, слухоречевая, зрительная и зрительно-пространственная память. Более чем в половине случаев достигнута редукция депрессивных, тревожных и фобических расстройств.

Полученные результаты продемонстрировали мультимодальный спектр механизма действия церебролизина, проявляющегося в позитивном воздействии препарата не только в отношении когнитивной дефицитарности, но также и в положительном влиянии на аффективные расстройства.

Сопоставление результатов данной работы с результатами зарубежных исследований не представляется возможным, поскольку в изученной литературе не анализировались результаты медикаментозной терапии когнитивной недостаточности разной выраженности у родственников 1-й степени родства больных БА.

ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ЛИЦ С ЛЕГКИМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ИЗ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА ПО БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

ФГБОУ ВО МГППУ

Москва

*PREVENTION OF PROGRESSION OF COGNITIVE DEFICITS IN INDIVIDUALS WITH
MILD COGNITIVE IMPAIRMENT AT HIGH RISK FOR ALZHEIMER'S DISEASE*

Selezneva N.D., Roshchina I.F.

Введение. Из многочисленных причин деменции пожилого и старческого возраста наиболее частой является болезнь Альцгеймера (БА). По прогнозам экспертов Международной альцгеймеровской ассоциации, численность популяции больных БА, возрастет с 55 млн. чел. в 2021 г. до 139 млн чел. в 2050 г. (Disease Report Alzheimer's Disease International, 2021). К настоящему времени получены многочисленные данные о нейропатологических изменениях, характерных для БА, и появлении легких когнитивных расстройств за 10–15 лет до развития деменции, обусловленной БА. В связи с этим чрезвычайно актуальна задача разработки эффективных методов профилактики прогрессирования когнитивного дефицита и развития деменции на додементном этапе развития БА. В настоящее время известен

ряд препаратов (холина альфосцерат, цитиколин, актовегин, обладающих нейрометаболической активностью, способной влиять на нейропатологические процессы, участвующие в сложном патогенезе нейродегенеративных изменений при БА).

Цель исследования: оценка долговременных эффектов курсовой нейрометаболической терапии на показатели когнитивной дисфункции, соответствующей критериям диагностики синдрома мягкого когнитивного снижения (МКС) или минимальной когнитивной дисфункции (МКД), у родственников пациентов с болезнью Альцгеймера (БА).

Участники исследования. В когорту включили 198 родственников 1-й степени родства больных БА, из них с МКД 134 чел. (67,7%) и с синдромом МКС 64 чел. (32,3%) (Mild cognitive disorder, рубрика ICD-11: 6D71). Средний возраст в группе МКД он был ниже, чем в группе МКС: соответственно 51,5+10,7 г. и 67,5+9,9 г.

Критерии МКД основывались на наличии субъективных мнестических нарушений, касающихся событий текущего времени и новой, особенно цифровой, информации, легких трудностей усвоения мануальных навыков и пространственных взаимоотношений, легких признаков снижения показателей оптико-пространственной деятельности, зрительной и слухоречевой памяти, кинетической и пространственной организации праксиса, а также легких нарушений произвольной регуляции деятельности; социальная и повседневная активность таких лиц оставалась полностью сохранной [Селезнева Н.Д. и соавт., 2020].

Диагноз МКС (Mild cognitive disorder, рубрика ICD-11: 6D71) ставился при наличии жалоб на ухудшение памяти, подтвержденных объективным информантом и выявленных при нейропсихологическом обследовании; оценка >24 баллов по шкале MMSE, оценка 0,5 по шкале тяжести деменции Clinical Dementia Rating scale (CDR), 1–3 стадия по шкале общего ухудшения Global Deterioration Scale (GDS); сохранная повседневная активность; возможно легкое ухудшение в наиболее сложных видах профессиональной деятельности или сложных инструментальных видах активности.

Методы: клиничко-психопатологический, нейропсихологический, психометрический, статистический.

Психометрический оценочный комплекс включал шкалу общего клинического впечатления (CGI-I), Мини-тест оценки когнитивных функций (MMSE), Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций (MoCA), тесты произвольного запоминания 10 слов, Бостонский тест называния (BNT), субтест 6 теста Векслера, тест запоминания 5 геометрических фигур, тест Бентона (BVRT), субтесты «звуковые» и «категориальные» ассоциации теста Маттиса (DRS) и тест Мюнстерберга (Munsterberg Test).

Нейропсихологическое исследование включало «Экспресс-методику исследования когнитивных функций» с количественной и качественной оценкой различных параметров когнитивной сферы, которые наиболее сензитивны к возрастным изменениям в позднем возрасте [Корсакова Н.К. и соавт, 2009].

Безопасность препарата оценивалась по Шкале оценки побочного действия UKU.

Статистический анализ данных проводился с применением пакета прикладных программ Statistica 6 фирмы StatSoftInk. (США). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Методика терапии. Включенные в исследование родственники наблюдались в течение 39 месяцев, и за этот период они получили 3 курса пероральной терапии с периодичностью в 1,5 года одним из нейрометаболических препаратов: холина альфосцератом (30 чел.), цитиколином (48 чел.) или актовегином (120 чел.). Длительность лечебных курсов – 3 месяца. Суточная доза холина альфосцерата

составляла 1200 мг (по 400 мг 3 раза/сут.), цитиколина – 1000 мг 1 раз/сут., актовегина – 600 мг (по 200 мг 3 раза/сут.). В группе МКД и МКС курсовую терапию холина альфосцератом получили – 21 и 9 чел. соответственно, цитиколином – 37 и 11 чел., актовегином – 76 и 44 чел. Метод оценки. Сравнили показатели когнитивного функционирования до начала курса терапии (0 день) с показателями после окончания каждого лечебного курса – 1, 2 и 3.

Результаты. В группе МКД по шкале CGI-I к концу наблюдения выраженное улучшение достигнуто в 53,0% случаев, умеренное улучшение – в 35,1% случаев, минимальное улучшение – в 11,9%. Ни в одном случае состояние не ухудшилось или не осталось без изменений. Число лиц с выраженным улучшением возрастало после каждого курса терапии, тогда как процент минимального улучшения постепенно снижался. В группе МКС по шкале CGI-I к окончанию исследования улучшение отмечено в 76,6% случаев: в 48,5% – минимальное, в 25,0% – умеренное, в 3,1% – выраженное. Состояние не изменилось в 23,4% случаев. Оценка по когнитивным шкалам и тестам показала, что как при МКД, так и при МКС практически по всем шкалам и тестам исходные средне-групповые оценки значительно улучшались после каждого курса терапии.

Нейропсихологическая оценка в группе МКД по «Экспресс-методике исследования когнитивных функций» показала значимое улучшение по всем 10 параметрам когнитивной сферы после каждого курса всех видов терапии. В группе МКС к окончанию 1 курса терапии наблюдалось значимое улучшение произвольного внимания, конструктивной деятельности, зрительной памяти, динамического праксиса. По окончании 2 и 3 курсов терапии наблюдались стабильные результаты без значимого ухудшения по всем исследуемым параметрам.

Установлена безопасность применения повторных курсов нейрометаболической терапии: за время наблюдения не отмечено ни одного нежелательного явления.

Обсуждение. Исследование выполнялось в рамках проспективного исследования эффективности терапии когнитивной дисфункции у родственников 1-й степени родства больных БА и изучения возможности предупреждения развития деменции у лиц из группы высокого риска по БА с помощью нейрометаболической терапии, применявшейся в виде трехмесячных пероральных курсов, повторявшихся 1 раз в 1,5 года на протяжении 3-х лет и 3-х месяцев. Подтверждена эффективность повторных курсов терапии нейрометаболическими препаратами у родственников с МКД и с синдромом МКС. Ни в одном случае не отмечено ухудшения когнитивного функционирования. У родственников с МКД по шкале CGI-I к концу наблюдения выраженное и умеренное улучшение достигнуто в 88,1% случаев. Число лиц с выраженным улучшением возрастало после каждого курса терапии. В группе МКС по шкале CGI-I к окончанию исследования выраженное и умеренное улучшение установлено в 28,1% случаев; состояние осталось стабильным в 23,4% случаев. Достигнуто значимое улучшение практически по всем шкалам и тестам исходных оценок после каждого курса разных видов терапии как при МКД, так и при МКС.

Заключение. Проведенное исследование подтвердило опубликованные ранее данные, свидетельствующие о позитивном влиянии длительной курсовой нейрометаболической терапии на эффективность когнитивной деятельности [Селезнева Н.Д. и соавт., 2021]. Повторные курсы нейрометаболической терапии с периодичностью 1,5 года позволяют предупредить нарастание когнитивного дефицита у лиц с клинически диагностированными додементными когнитивными расстройствами и стать основой для внедрения метода нейрометаболической терапии в программу профилактики деменции у лиц с высоким риском по БА.

ПОЛУКОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ПРОТЕОМА СЫВОРОТКИ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Серегин А.А., Смирнова Л.П., Дмитриева Е.М., Симуткин Г.Г., Иванова С.А.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ

Томск

SEMI-QUANTITATIVE ANALYSIS OF THE SERUM PROTEOME OF PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER

Seregin A.A., Smirnova L.P., Dmitrieva E.M., Simutkin G.G., Ivanova S.A.

Актуальность. Аффективные расстройства, особенно биполярное аффективное расстройство (БАР), оказывают отрицательное воздействие на профессиональные и социальные стороны жизни больных и приводят к существенному снижению качества жизни. БАР поражает до 3% от мирового населения (Marmol F., 2008).

Основное отрицательное последствие этого расстройства заключается в высоком риске суицидов (10-15%) у этих больных (Cavazzoni P. 2007), а частота парасуицидов достигает 25–50%. (Young L., 2001). Поэтому раннее выявление и правильное лечение имеет для БАР особо важное значение. Однако в клинической практике БАР нередко имеет сходную клиническую картину с другими психическими расстройствами, и наиболее часто пациентам с БАР на начальном этапе заболевания ставят диагноз депрессии (60%), тревожных расстройств (26%), шизофрении (18%), и шизоаффективных расстройств (11%) (R.M. Hirschfield et al., 2003; G. Perugi, 2010). В настоящее время, для постановки диагноза используют только анамнестические и клиничко-психопатологические данные, и в связи с недостаточным пониманием патогенетических механизмов БАР не существует параклинических методов его диагностики психических расстройств. Предполагается, что патогенез БАР связан с нарушением синаптической передачи в системе нейронов гипоталамуса и других базальных отделов мозга, так же в повреждении лежащих в их основе энергетических путей. Поэтому логично предположить наличие биомаркеров, отражающих эти патогенетические изменения. Но до настоящего времени в мировой практике не выявлено ни одного биологического маркера БАР. В последнее время активно развиваются новые подходы к диагностике психических заболеваний и поиску их патогенетических маркеров, в том числе и с помощью протеомного анализа. Применение такого подхода способствует открытию белковых паттернов патологических процессов и созданию новых методов диагностики и лечения заболеваний. В связи с этим представляется перспективным поиск белков участвующих в патогенезе БАР, в легкодоступном материале – сыворотке крови. Однако публикации по протеомным исследованиям больных с психическими расстройствами малочисленны, и в основном представлены работами по шизофрении. Это связано в том числе и большими трудозатратами при обработке большого объема масс-спектрометрических протеомных данных. В связи с этим, для выявления белковых биомаркеров нами был применен программный пакет PeptideShaker. Это независимая от поисковой системы платформа для интерпретации результатов протеомной идентификации из нескольких поисковых систем и систем de novo, в настоящее время поддерживающая X!Tandem, MS-GF+, MS Amanda, OMSSA, MyriMatch, Comet, Tide, Mascot, Andromeda, MetaMorpheus, Novor, DirecTag и mzIdentML. PeptideShaker объединяет результаты в единый идентификационный набор, аннотирует спектры, вычисляет оценку консенсуса, сопоставляет последовательности и делает вывод о белках, оценивает локализацию посттрансляционных модификаций, выполняет статистическую проверку, контроль качества и аннотирует результаты с использованием нескольких источников

информации, таких как Gene Ontology, аннотации UniProt и Ensembl и структуры белков.

Цель исследования. Таким образом, целью настоящей работы явилось проведение сравнительного биоинформационного анализа данных масс-спектрометрии сыворотки крови лиц больных БАР и здоровых лиц при помощи программного пакета PeptideShaker.

Материалы и методы. В работе проанализировали 5 образцов сыворотки БАР, Возраст пациентов составил 32[21;52] года с длительностью заболевания 8[5;11] лет. Группу контроля составили 5 психически и соматически здоровых добровольцев, соответствующих полу и возрасту группе БАР.

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 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 А, антитрипсин, трансферрин и гаптоглобин) на хроматографе АКТА 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) Обработка масс-спектрометрических данных и идентификация белков проводилась с помощью поисковых алгоритмов OMSSA, X!Tandem и Andromeda, входящих в программный пакет SearchGUI [4.1.14] и базы данных протеома человека UniProtKB [PMID 20013364]. Пептиды и белки определяли по результатам идентификации спектра с использованием PeptideShaker версии 2.2.9. Коэффициент ложного обнаружения пептидов (FDR) был установлен на уровне 1,0%. Учитывались только белки, количественно определенные по крайней мере с двумя пептидами. Для оценки различий между изучаемыми группами использовали полуколичественный анализ без метки на основе интенсивности масс-спектрометрических пиков – emPAI. Интенсивности emPAI для белков были прологарифмированы \log_2 и нормализованы для обеспечения равного среднего содержания белка во всех образцах. Статистическая обработка проводилась при помощи двустороннего непарного t-теста Стьюдента (FDR=0,05 и $S_0 = 2$).

Результаты. В результате анализа в каждой исследуемой группе было идентифицировано более 1300 белков. Далее, с учетом анализа статистически значимых различий в показателях нормализованных средних интенсивностей (emPAI) пептидов исследуемых групп были выделены 10 белков. Наибольшая статистическая значимость ($p=0,0003$) была показана для белка Transforming growth factor-beta-induced protein ig-h3, который играет роль в клеточной адгезии и является структурным компонентом внеклеточного матрикса. Другие обнаруженные в этой работе белки: Disabled homolog 2-interacting protein, coiled-coil domain-containing protein 80, B-cell CLL/lymphoma 9 protein, coatomer subunit gamma-1, ras GTPase-activating-like protein IQGAP1 ($p=0,001$), также являются структурными компонентами внеклеточного матрикса и регуляторами широкого спектра различных сигнальных путей, прежде всего воспалительного, а также регулируют иммунный ответ, эмбриональное развитие, транскрипцию и дифференцировку

клеток и апоптоз. Кроме того, *ras GTPase-activating-like protein IQGAP1*, является, по сути, нейроспецифичным белком и способствует росту нейритов. Такие белки как *ectonucleoside triphosphate diphosphohydrolase* *adhesion G protein-coupled receptor V1* ($p=0,002$) и *14-3-3 protein zeta/delta* ($p=0,005$) отвечают преимущественно за фосфорилирование и дефосфорилирование, гидролизуют АТФ и другие нуклеозиддифосфаты, регулируют апоптоз и убиквитинирование; в нейронах регулируют образование дендритных шипиков.

Обсуждение. Применение программного пакета *PeptideShaker* позволило выявить несколько белков, которые могут принимать участие в патогенетических процессах БАР. Дальнейшее изучение роли этих белков в данном заболевании, а также изучение их количественного содержания на большем числе больных является перспективным. Проведение таких исследований может помочь в разработке новых параклинических критериев и открытии новых мишеней для медикаментозной терапии БАР.

Работа поддержана грантом РНФ № 23-75-00023 «Поиск новых молекулярных механизмов аффективных расстройств с целью разработки методов диагностики и прогноза с использованием протеомных подходов и нейровизуализации».

ТАТУИРОВКИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Серова А.Е.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

Санкт-Петербург

TATTOOS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIC SPECTRUM DISORDERS

Serova A.E.

Актуальность. Татуировка – сознательное искусственное нарушение целостности кожных покровов посредством колюще-режущих инструментов с последующим введением в раневую поверхность красящих веществ с целью получения стойких не исчезающих изображений. Татуировку можно назвать своеобразным индикатором характера человека, его приоритетов, ценностных ориентаций. В последнее время наблюдается увеличение числа татуировок. При различных психических заболеваниях татуировки могут служить невербальным проявлением болезни

Цель: исследование особенностей татуировок у больных с расстройствами шизофренического спектра.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 34 человека от 20 до 46 лет (основная группа – 19 человек, группа сравнения – 15). Критерии отбора в основную группу – наличие заболевания шизофренического спектра, наличие татуировок, нанесение татуировок после начала заболевания. Группу сравнения составили лица без диагностированных психических расстройств, имеющие татуировки. Критерии исключения – татуировки, сделанные в местах лишения свободы. Исследование проводилось с помощью традиционного клинико-психопатологического метода.

Результаты и обсуждение. В основной группе мотивами нанесения татуировок были: способ прекратить нанесение самоповреждений и скрыть шрамы от них – 25%, символические татуировки (символ внутренних переживаний) – 56%, дань моде – 14%, импульсивные татуировки – 5%. В группе сравнения 60% татуировок – украшение, 6% – как самоповреждение, 34% – символические. В основной группе локализация татуировок была различной (в том числе на лице), во второй группе преобладали татуировки на конечностях. У 83% опрошенных из основной группы присутствовали самоповреждения, которые в большинстве случаев появились

раньше татуировок. 67% респондентов считают, что татуировки могут препятствовать нанесению самоповреждений. В группе сравнения самоповреждения наблюдались только у 20%.

Выводы. Для большей части опрошенных с расстройствами шизоспектра татуировка – символ, отражающий важные переживания и мысли. Это может косвенно говорить о течении заболевания у пациента. У многих респондентов кроме татуировок присутствуют самоповреждения, которые часто напрямую связаны друг с другом. Эта взаимосвязь представляет собой направление для будущих исследований. Для большей части группы сравнения татуировки – украшения, которые лишь иногда несут смысловую нагрузку. Их следует рассматривать как самовыражение, не придавая им особого значения.

СРАВНЕНИЕ НЕСУИЦИДНОГО САМОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ (НССП) ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ, ЛИЧНОСТИ

Серова А.Е.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

Санкт-Петербург

COMPARISON OF NON-SUICIDAL SELF-HARMING BEHAVIOR (NSSP) IN SCHIZOPHRENIA AND CONDUCT AND PERSONALITY DISORDERS

Serova A.E.

Актуальность. Несуицидное самоповреждающее поведение (НССП) – намеренное повреждение тканей своего тела без суицидной направленности и по причинам, не принимаемым обществом. НССП рассматривается как пограничный транснозологический феномен, на что и указывает коморбидность как шизофренией, так и с расстройствами личности. НССП при различных нозологиях могут иметь общие мотивы. Распространенность НССП при шизофрении, согласно разным исследованиям, составляет от 31 до 44%, а при расстройствах поведения достигает 17%.

Цель исследования: сравнение мотивов НССП в зависимости от нозологической формы, пола и возрастной группы респондентов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 191 человек. Основную группу составили 100 пациентов от 13 лет до 41 года с расстройствами шизофренического спектра (18% мужчин и 82% женщин). Контрольную – 91 пациент от 13 до 24 лет с расстройствами поведения (РП) и расстройствами личности (РЛ) (12% мужчин и 88% женщин). Критерии отбора – наличие НССП и подтвержденный диагноз шизофрения или шизотипическое расстройство, РЛ или РП. Исследование проводилось с помощью традиционного клинико-психопатологического (беседа, анализ характера повреждений), личностно-психологического метода (самоопросник ISAS).

Результаты и обсуждение. На момент опроса 85% респондентов сообщали о наличии НССП, у 8% они являлись первым симптомом заболевания. 92% опрошенных обращались за психиатрической помощью. Среди самоповреждений у респондентов отмечались порезы, удары, ожоги, укусы, сильное расцарапывание. Выделенные группы не различались по возрасту пациентов, возрасту начала самоповреждающего поведения и его продолжительности. Не выявлено также отличий ведущих типов самоповреждений в зависимости от пола, возрастной подгруппы и клинического диагноза, что подтверждает превалирующую на сегодняшний день взгляд на НССП как на транснозологический феномен. Мотивы НССП также не различались в зависимости от нозологической формы. Выявлены половые и возрастные отличия мотивов самоповреждений. У пациентов мужского пола достоверно преобладают

мотив «поиска новых ощущений» и «сплочение со сверстниками». В младшей возрастной подгруппе преобладают мотив «самонаказание» и «сплочение со сверстниками».

Выводы. 1. НССП не является нозоспецифичным расстройством и может наблюдаться в структуре расстройств поведения/ личности и заболеваний шизофренического спектра (наряду со множеством других симптомов) и даже могут быть первым симптомом заболевания. 2. Отмечался общий механизм формирования эмоциональной регуляции, что говорит о импульсивных способах совладания с эмоциями. 3. Большая часть опрошенных обращались за психиатрической помощью (проходили лечение в условиях стационара, ПНД, ДС, обращались за помощью в частные клиники). 4. Фармакологическая терапия оказала положительный эффект на НССП (купирование, снижение интенсивности). Но медикаментозное лечение не всегда помогает полностью избавиться от самоповреждений.

ПОКАЗАТЕЛИ ИМПУЛЬСИВНОСТИ КАК МАРКЕР ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Сковородников Д.В., Фролова И.Д., Марченко А.А., Лобачев С.А., Хабаров И.Ю., Виноградова О.С., Моисеев Д.В., Володарская А.А.

Военно-медицинская академия

Санкт-Петербург

INDICATORS OF IMPULSIVITY AS A MARKER OF MENTAL DISORDERS

Skovorodnikov D.V., Frolova I.D., Marchenko A.A., Lobachev S.A., Khabarov I.Yu., Vinogradova O.S., Moiseev D.V., Volodarskaya A.A.

Диагностика психических расстройств (ПР), до настоящего времени, базируется на клиническом методе, что не исключает некоторую субъективность. Отсутствие объективных признаков и биомаркеров ПР в современных диагностических классификациях приводит к возникновению затруднения при дифференциальной диагностике расстройств, сложности определения симптомов и терминов, что может снижать эффективность фармакотерапии (Shadli S. и др.). Для решения данных проблем Национальный институт психического здоровья США запустил инициативу Research Domain Criteria (RDoC), направленную на разработку более нейрофизиологически обоснованной системы описания и классификации ПР (Insel T. и др.). Данная концепция подразумевает исследования, ориентированные на эндофенотип (симптоматику) ПР и основ психического функционирования человека. При этом принципы оценки поведенческой сферы не требуют строгого разделения между нормой и патологией, а рассматривают всю последовательность качеств от нормы до патологии. В рамках исследования предложенной концепции нами было проведено нейропсихологическое обследование для оценки информативности различных маркеров при ПР.

Цель исследования: на основе оценки процессов тормозного контроля и склонности к риску определить нейропсихологические маркеры психических расстройств.

Материалы и методы. Всего было обследовано 79 мужчин (средний возраст - 26±3.0 лет) : 19 пациентов с расстройствами шизофренического спектра (ШП, F20.0-F25), 21 – с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР, F43.1), 20 – расстройствами адаптации (РА, F43.2) и 19 человек контрольной группы (здоровые лица).

Стимульный материал предъявлялся с помощью программного обеспечения PsychoPy (версия 2021.2.3). Для оценки тормозного контроля использовали методику «Стоп-сигнал» (Stop-signal), склонность к риску оценивали при предъявлении аналогового теста «Воздушный шар» (Ballon Analog Risk Task, BART).

Результаты и их обсуждение. По результатам методики «Стоп-сигнал» у здоровых лиц достоверно ($p < 0,05$) реже по сравнению с пациентами с ПТСР наблюдали ошибочные пропуски при отсутствии стоп-сигнала: $0,55 \pm 0,72\%$ и $3,48 \pm 6,72\%$ соответственно. Пациенты с РА имели большее среднее время реакции при стоп-сигнале (SSRT) (884 ± 542 мс) по сравнению с пациентами с ПТСР (293 ± 345 мс), меньшее среднее время задержки стимула при стоп-сигнале (SSD) (199 ± 176 мс и 406 ± 160 мс) и время реакции при отсутствии стоп-сигнала (NSRT) (536 ± 174 мс и 859 ± 273 мс), больший процент ошибочных реакций при стоп-сигнале ($71,88 \pm 31,77$ и $35,02 \pm 23,29$) и меньший процент ошибочных пропусков реакций при отсутствии стоп-сигнала ($0,34 \pm 0,93$ и $3,48 \pm 6,72$) (все различия значимы при $p < 0,05$). Также выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) между группами ПСТР и ШР, так лица с ПТСР имели большее SSD (406 ± 160 мс) по сравнению с пациентами с расстройствами шизофренического спектра (155 ± 152 мс), большее NSRT (859 ± 273 мс и 490 ± 119 мс), меньший процент ошибочных реакций при стоп-сигнале ($35,02 \pm 23,69$ и $82,87 \pm 29,53$), а также больший процент ошибочных пропусков реакций при отсутствии стоп-сигнала ($3,48 \pm 6,72$ и 0).

Анализ результатов теста «Воздушный шар» показал достоверные ($p < 0,05$) различия между исследуемыми группами: здоровые лица в среднем получали большее количество баллов за шары синего цвета ($17,99 \pm 6,86$) по сравнению с группой пациентов с ПТСР ($11,65 \pm 5,64$), а сумма баллов за синие шары у пациентов с расстройствами адаптации была выше ($190,45 \pm 99,71$), чем у лиц с ШР ($164,16 \pm 42,59$) ($p < 0,05$). Стандартное отклонение количества нажатий на шары синего цвета у пациентов с ПТСР имели меньшее значение ($1,65 \pm 0,33$) по сравнению с пациентами с ШР ($1,99 \pm 0,31$) ($p < 0,05$).

Анализ результатов исследования по методике «Стоп-сигнал» позволил построить дискриминантную модель (при $F\text{-enter}=2,0$, $F\text{-remove}=1,9$ и $p < 0,05$), включающую лишь один исследуемый параметр - «среднее время реакции при отсутствии стоп-сигнала». Общая точность модели оказалась низкой - $38,0\%$, но чувствительность решающих правил в отношении групп пациентов с РА и ПСТР составила по $73,0\%$, при этом, модель не может быть для групп здоровых лиц и пациентов с ШР (чувствительность равна 0%).

Не удалось построить адекватную дискриминантную модель и для методики теста «Воздушный шар» (при $F\text{-enter}=2,0$, $F\text{-remove}=1,9$ и $p < 0,05$). В модель с должным уровнем достоверности был включен лишь один параметр - стандартное отклонение нажатий на шары синего цвета. Общая точность модели - $34,0\%$, чувствительность решающих правил была низкой для всех групп: для здоровых лиц - $36,0\%$; группа с РА - $27,0\%$; ПТСР - $55,0\%$, ШР - $17,0\%$. Координаты центроидов: $G_1:0 - 7/2/7/3$; $G_2:1 - 10/5/5/0$; $G_3:2 - 5/4/12/0$; $G_4:3 - 13/0/3/3$.

Выводы. Выявленные отличия между результатами теста «Стоп-сигнал» у пациентов с РА и ПТСР могут свидетельствовать о разной степени выраженности нарушения способности подавлять двигательные реакции при данных расстройствах.

При оценке склонности к рискованному поведению при прохождении аналогового теста «Воздушный шар» показал, что пациенты с ПТСР более «настороженно» решают задачу и менее склонны к рискованному поведению, по сравнению со здоровыми лицами. В то же время пациенты с ШР по сравнению с пациентами с РА показывают меньшее количество баллов, что говорит о том, что пациенты с ШР не могли проработать стратегию и обладали более низкими когнитивными функциями, чем пациенты с РА.

Невысокая точность дискриминантных моделей для методик «Стоп-сигнал» и «Воздушный шар» не позволяет использовать самостоятельно для решения

диагностических задач. Тем не менее, выявленные достоверные отличия могут быть использованы в комплексном обследовании лиц с психическими расстройствами для оценки нейропсихологического статуса.

ЭЭГ МАРКЕРЫ ПРОЦЕССОВ ПОДГОТОВКИ К ДЕЙСТВИЮ В НОРМЕ И У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ

Славуцкая М.В., Лебедева И.С., Котенев А.В., Тихонов Д.В., Каледа В.Г.

МГУ имени М.В. Ломоносова, биологический факультет

ФГБНУ «Центр психического здоровья»

Москва

EEG MARKERS OF PREPARATION FOR ACTION IN THE NORM AND IN PATIENTS WITH THE FIRST EPISODE OF SCHIZOPHRENIA

Slavutskaya M.V., Lebedeva I.S., Kotenev A.V., Tikhonov D.V., Kaleda V.G.

Одной из когнитивных дисфункций при шизофрении, является нарушение процессов антиципации и предиктивного кодирования, которое ассоциировано с искажением сенсорного восприятия и галлюцинациями (Friston et al., 2016). В настоящее время нейронные механизмы этих процессов остаются малоизученными. Адекватной моделью для исследования опережающей преднастройке к действиям могут служить саккадические движения глаз, в программирование которых непосредственно включены когнитивные функции внимания, принятия решения и торможения. Нарушение когнитивного контроля подготовки саккадических ответов на ранних стадиях шизофрении находят отражение в параметрах и топографии связанных с событием потенциалов ЭЭГ (Славуцкая и др., 2020, 2022).

Цель исследования – анализ комплекса медленных волн ЭЭГ (МНП1,2 и МПП) в 1сек предстимульном интервале как возможных маркеров нарушения когнитивного контроля процессов опережающей подготовки к ответной реакции у больных с первым эпизодом шизофрении в саккадической парадигме «Go/No go delay».

У 19 здоровых испытуемых и 19 больных, перенесших первый психотический эпизод (F20, МКБ-10), регистрировали ЭЭГ (25 отведений) и ЭОГ горизонтальных движений глаз в саккадической парадигме «Go/No go delay». Зрительные стимулы в виде белых кружков или крестиков предъявляли на расстоянии 7 угл. град. слева или справа от центральной фиксационной точки на темном экране монитора. Межстимульный интервал (delay период) между предупреждающим сигнальным (СС) и целевым (ЦС – «Go» или «No go», 50%) зрительными стимулами варьировал от 2800 до 3000мс. СС указывал на пространственное расположение ЦС. Использовали метод выборочного усреднения ЭЭГ перед саккадами, латентный период (ЛП) которых лежал в узком диапазоне ($\pm 20-30$ мс от средней величины). Анализировали параметры медленных негативных потенциалов усредненной ЭЭГ (МНП1 и 2), предшествующих ЦС за 1000-700 и 400-0мс, до его включения и медленного позитивного потенциала (МПП) за 700-400мс.

Поведенческие данные показали увеличение числа ошибочных саккад на тормозный стимул в группе больных по сравнению со здоровыми испытуемыми ($40\% \pm 14$ и $8\% \pm 2$, соответственно, $p = 0.0007$), а также увеличение латентного периода правильных ответов (472 ± 28 мс и 442 ± 19 мс, $p=0.001$). Эти факты могут свидетельствовать о снижении уровня внимания, нарушении процессов восприятия стимулов и ухудшение удержания в памяти инструкции в группе больных (Thakkar et al., 2015).

Анализ ЭЭГ данных установил увеличение амплитуды компонентов медленных негативных волн МНП1 и МНП2 (на $2,1 \pm 0,8$ мкВ, $p=0.001$, $2,6 \pm 0,7$ мкВ, $p=0.03$) как в «Go», так и в «No go» условиях в группе больных. Амплитуда волны МПП также была

больше в группе больных по сравнению со здоровыми испытуемыми, однако только в «Go» условиях (на $1,7 \pm 0,8$ мкВ, $p=0,04$). Пики компонента МНП1 независимо от группы, сигнального значения ЦС и его пространственного расположения преобладали во фронто-центральных отведениях, а пики компонента МНП2 и МПП преимущественно локализовались во фронто-центральных отведениях у здоровых испытуемых, и в теменно-затылочных отведениях в группе больных ($p=0.027$ и $p=0.013$, соответственно).

В соответствии данными нейрофизиологии, медленные негативные волны могут рассматриваться как аналоги раннего и позднего компонентов условно-негативной волны CNV (Кануников, 1980), которые отражают последовательные этапы реализации установочных процессов, включающих мотивацию, внимание, произвольный контроль (МНП1) и опережающие процессы активации зон саккадической генерации и/или их проактивное торможение (МНП2). Компонент МПП как аналог «потенциала выбора» (Иваницкий, 1984) и потенциала промежуточной позитивности (ПП, Славущая и др., 2008), может служить ЭЭГ коррелятом опережающих процессов прогнозирования ответного действия и принятия решения. Данные ЭЭГ указывают на усиление активации и перестройку фронто-теменных сетей когнитивного контроля в период ожидания целевого стимула в группе больных, что может носить компенсаторный характер для усиления эффективности предиктивных процессов в условиях «гипофронтальности» на раннем этапе развития шизофрении.

Полученные результаты привлекают внимание к нарушениям комплекса медленных волн (МНП1,2 и МПП) в предстимульном 1сек интервале как потенциально значимым для клиники маркерам нарушений когнитивного контроля при шизофрении.

БЕЛКИ, УЧАСТВУЮЩИЕ В РЕГУЛЯЦИИ ПРОЛИФЕРАЦИИ И ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ НЕЙРОНОВ, ЗАДЕЙСТВОВАНЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Смирнова Л.П., Серегин А.А., Дмитриева Е.М., Симуткин Г.Г., Иванова С.А.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ

Томск

PROTEINS INVOLVED IN THE REGULATION OF NEURONAL PROLIFERATION AND DIFFERENTIATION ARE INVOLVED IN THE PATHOGENESIS OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

Smirnova L.P., Seregin A.A., Dmitrieva E.M., Simutkin G.G., Ivanova S.A.

В психиатрии на данном этапе очень актуальна проблема дифференциальной диагностики аффективных расстройств. В современном мире наблюдается постоянный рост различного вида депрессий и биполярного аффективного расстройства (БАР), но постановка точного диагноза затруднительна. Выявление специфичных белковых маркеров могли бы облегчить дифференциальную диагностику аффективных расстройств. В последнее время для этих целей все чаще используются методы протеомики. Особенность протеомных исследований заключается в возможности обнаруживать белковые биомаркеры, связанные с функциональными нарушениями, участвующими в патофизиологии заболеваний, без необходимости выдвижения гипотезы и ограничения ею области поиска (Martins-de-Souza D, 2019), т.е. выявленные белки-кандидаты могут быть не связаны между собой функционально и представлять разные системы организма. Цель исследования.

Провести сравнительный протеомный анализ данных сыворотки крови больных биполярных аффективным расстройством и здоровых лиц, с целью поиска потенциальных белковых маркеров

Материал и методы. В данной работе масс спектрометрическому анализу была подвергнута сыворотка крови 5 человек больных БАР и 5 психически и соматически здоровых добровольцев сопоставимых по полу и возрасту с больными. Возраст больных БАР был 32 [21;52] лет, продолжительность болезни 8 [5;11] лет. Возраст здоровых лиц составил 28 [21;55] лет.

У обследуемых лиц брали кровь из локтевой вены утром натощак с использованием пробирок типа Vacuette. С целью удаления из исследуемой сыворотки 14 мажорных белков была проведена аффинная хроматография на хроматографе фирмы ÄKTA pure (GE Healthcare). В дальнейшем белки разделяли с помощью электрофореза по методу Laemmli, с последующим трипсинолизом белковой смеси в геле. Масс-спектрометрию образцов проводили на Orbitrap Q-exacutive HF (Thermo Fisher Scientific, USA). Идентификация белков осуществлялась с использованием программного обеспечения Mascot Ver. 2.1 (www.matrixscience.com, «Matrix Science» США). Для оценки достоверности различий качественных признаков использовался точный непараметрический критерий Фишера с поправкой Йетса, статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В результате поиска пептидных последовательностей при помощи ресурса Mascot, и базы данных Uniprot в обеих группах было идентифицировано около 1600 белков. Сопоставление индивидуальных протеомов обследованных лиц выявило достаточно большое количество различий в белковом спектре. При анализе биологических процессов, в которых участвуют эти белки была выделена достаточно большая группа белков, участвующих в регуляции пролиферации и дифференцировки нейронов, а также регуляции гомеостаза и метаболизма ЦНС. Среди них наиболее часто встречающийся, с максимальным score, оказался белок Ataxin-10. Этот белок поддерживает постоянство пулов нейронов мозжечка. Он участвует в индукции нейрогенеза, активируя Ras-MAP киназу. Кроме этого, он участвует в поддержании критического уровня внутриклеточного гликозилирования и гомеостаза. Следующие два белка, встречающиеся у всех больных и тоже с достаточно высоким score это Vaculoviral IAP repeat-containing protein 1 и ELKS/Rab6-interacting/CAST белки. Первый из которых – антиапоптотический белок, ингибирующий каспазы, ингибирует аутопротеолиз и выступает медиатором выживания нейронов при патологических состояниях. А второй может участвовать в организации цитоматрикса в активной зоне нервных окончаний и регулирует высвобождение нейромедиаторов. Может быть вовлечен в транспортировку везикул в эту зону. Кроме этого, в этой группе выявлены ещё 7 минорных, в основном внутриклеточных белков, которые в разной степени участвуют в активации транскрипции и репрессии отдельных генов, ремоделируют хроматин нейронов, регулируют рост и дифференцировку нейронов и процессы репликации их ДНК.

Выводы. Таким образом, выявленные в результате сравнительного протеомного анализа сыворотки крови больных БАР белки, участвующие в регуляция пролиферации и дифференцировки нейронов, а также в регуляции гомеостаза ЦНС, по всей видимости, свидетельствуют об активно идущих у этих больных процессах, восстанавливающих целостность поврежденных нейронов. Но для полноценных выводов об участии белков в патогенезе БАР необходимы количественные исследования.

Работа поддержана грантом РФФИ № 23-75-00023

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ГОРМОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СРЕДИ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Собенников В.С., Манданов Н.А.

ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России

Иркутск

NON-PSYCHOTIC AFFECTIVE DISORDERS AND HORMONAL CHANGES AMONG ADOLESCENT GIRLS WITH MENSTRUAL IRREGULARITIES

Sobennikov V.S., Mandanov N.A.

Манифестация аффективных нарушений у пациентов женского пола является независимым фактором риска нарушений менструального цикла. Ряд исследований указывают на прямую связь наличия аффективных нарушений с уровнем эстрадиола и лютеинизирующего гормона в позднюю лютеиновую фазу. Предполагается, что связующим звеном является изменение нейрогормональной регуляции с повышением уровня кортикотропин-рилизинг гормона и снижением активности гонадотропин-рилизинг фактора, что влечет снижение уровня лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов.

Следовательно, аффективные расстройства и нарушения менструального цикла обнаруживают отчетливую патогенетическую взаимосвязь, таким образом, что факторы, способствующие реализации одного патологического состояния, способствуют возникновению другого. Уже в пубертатном периоде, у девочек-подростков симптомы нарушения менструального цикла имеют отчетливую ассоциацию с симптомами депрессии. Кроме того, в данном возрастном периоде непсихотические аффективные расстройства у лиц женского пола отличает коморбидность, ассоциация с личностными и невротическими расстройствами, в том числе дисморфофобией. Третье место по распространенности у данного контингента, занимают расстройства пищевого поведения.

Цель исследования: установить связь уровня ЛГ и ФСГ у девушек-подростков с нарушением менструального цикла и аффективных расстройств непсихотического уровня (тревожно-депрессивные нарушения) для возможной оптимизации терапии.

Материал и методы: девушки-подростки, пациентки гинекологического стационара НЦ ПЗСРЧ в возрасте от 15 до 18 лет с нарушениями менструального цикла и коморбидными непсихотическими расстройствами аффективного спектра (194 человека). В большинстве случаев аффективные расстройства отличал полиморфизм, субсиндромальный характер проявления. Синдромально-завершенные депрессии легкого и умеренного уровня, а также тревожно-депрессивное расстройство диагностировались у 66 пациенток. Все девушки дали свое информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения из исследования было наличие расстройств шизофренического спектра, умственной отсталости, а также отказ от участия в исследовании. Пациентки были разделены на две группы – с нормативными и измененными показателями ЛГ и ФСГ.

Для первичного скрининга и динамического изучения пациентов использованы опросники Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) и General Anx-iety Disorder-7 (GAD-7) для оценки выраженности аффективных расстройств, диагностическое интервью MINI-KID и опросник Ахенбаха, а также ММРІ.

Лабораторные исследования включали определение уровня ЛГ и ФСГ. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программ JASP Statistics – сравнительная и описательная статистика (U – критерий Манна-Уитни, коэффициент корреляции Пирсона).

Результаты. Выявленные аффективные расстройства отличал полиморфизм клинических проявлений, коморбидность с нарушениями личностного и невротического регистров, частота ассоциации с нарушениями пищевого поведения. Выделенные группы больных, в зависимости от наличия гормональных нарушений, обнаружили статистически значимые различия с превышением выраженности тревоги и депрессии, а также уровня агрессии среди пациентов с гормональной дисрегуляцией. При этом выраженность тревожно-депрессивной симптоматики по данным PHQ-9 и GAD-7, коррелировала с акцентуацией таких личностных детерминант, как наличие тревожных черт, замкнутость, склонность к соматизации и концентрации на внутренних проблемах ($P=0,05$).

В процессе терапии гинекологической патологии наблюдалась общая тенденция к редукции выраженности аффективных расстройств по мере лечения гинекологической патологии, особенно у пациенток без выраженных аномальных личностных черт.

Заключение. Установлена распространенность непсихотических аффективных расстройств среди пациентов гинекологического стационара, девушек подростков с нарушением менструального цикла, а также связь выраженности тревожно-депрессивных аффективных расстройств непсихотического уровня, с изменениями гормонального профиля. Полученные данные предполагают необходимость дальнейшего изучения в связи с возможностью разработки алгоритма комплексной терапии расстройств аффективного спектра, сочетающихся с нарушениями менструального цикла.

КОМОРБИДНОСТЬ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Собенникова В.В., Черняк Н.Б., Лобков С.А.

ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России

Иркутск

COMORBIDITY OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND EATING DISORDERS

Sobennikova V.V., Chernyakh N.B., Lobkov S.A.

Цель исследования: установление клинических особенностей пограничного расстройства личности (ПРЛ), коморбидного с расстройствами пищевого поведения (РПП).

Материал и методы: в исследование включены 22 пациентки, проходившие стационарное лечение в психиатрическом отделении клиник ИГМУ с диагностированным, в соответствии с критериями DSM-V и МКБ-11, пограничным личностным расстройством. Критериями исключения являлось наличие сопутствующей соматической и неврологической патологии, затрудняющей оценку результатов исследования. Социально демографические характеристики: средний возраст составил 21 ± 2.7 лет; анамнез жизни изученной выборки характеризовался нагруженностью неблагоприятными социальными факторами: развод родителей у 15 чел. (68.2%), злоупотребление алкоголем одним из родителей – у (36.4%), факты систематического физического и эмоционального насилия, либо пренебрежительного отношения у 18 чел. (81,8 %). Лица исследуемой когорты характеризовались невысоким образовательным уровнем, преимущественно с неполным средним и общим средним образованием 19 чел. (86.4%), неустойчивостью трудовой – 20 чел. (90.9%) и семейной адаптации (все женщины не состояли в официальном браке). В анамнезе преобладающего числа лиц, у 18 человек (81.8%) имелись факты злоупотребления алкоголем и иными ПАВ,

рискованное сексуальное поведение, факты привлечения к административной ответственности отмечалось у 3 пациенток (13.7%). Средний возраст первичного обращения в психиатрическую сеть составил: 19 ± 1.4 лет.

Основные методы исследования: клинико-anamнестический, клинико-психопатологический, психометрический (тест для оценки отношения к приему пищи EAT-26, опросник для диагностики ПРЛ, форма S, шкала клинической рейтинговой оценки пограничного расстройства личности (Романов Д.В. 2015), пятифакторный опросник личности 5PFQ). Обработка полученных данных производилась в программе Stat Soft Statistica 10.

Результаты и их обсуждение: Согласно критериям МКБ-11 большинство лиц изученной выборки – 14 чел. (63.6%) соответствовали умеренной степени тяжести личностного расстройства, 5 чел. (22.7%) - расстройству тяжелой степени и 3 чел. (13.6%) – расстройству личности легкой степени. Средний балл по опроснику для диагностики ПРЛ, форма S составил 14 ± 26 . Результаты исследования продемонстрировали обратную зависимость степени выраженности черт пограничного расстройства с увеличением возраста ($p = -0,493028$).

Анализ литературы свидетельствует о высокой частоте коморбидности ПРЛ с расстройствами пищевого поведения (РПП). Так, по данным разных авторов, распространенность соболезненности ПРЛ с нервной анорексией и нервной булимией варьирует от 24% до 65% (Randy A. 2011, Mohsen K. 2020). Анализ состояния лиц изученной выборки обнаружил соответствие критериям диагнозов МКБ-11: нервная анорексия в 4 случаях (28,6%), нервная булимия в 6 случаях (42,8%). У 4 чел. (28,6%) отмечались проявления девиантного пищевого поведения субклинического уровня. Средний индекс массы тела у лиц, страдающих ПРЛ с коморбидной нервной анорексией составил 17.2 (что соответствует пониженному значению), при коморбидности с нервной булимией – 21.7 (нормальное значение).

У 14 человек (63.6%), имевших признаки коморбидности с РПП, обнаруживались также иные расстройства, соотносимые с кластером интернализированных ($p = 0,607143$): негативная эмоциональность (стыд, вина, недоверие, пессимизм, низкая самооценка) отмечалась у 5 пациенток (22.7%); проявления социофобии у 6 пациенток (27.2%), явления дисморфизма и аллопсихической деперсонализации у 2 человек (9%), патологической сенситивности в межличностных отношениях у 7 пациентов (31.8%), избегающий паттерн поведения у 5 пациенток (22.7%). У 6 пациенток (27.3%) без расстройств пищевого поведения в большей степени были представлены: чрезмерный гнев с низкой способностью к его контролю, акты вербальной и физической агрессии по отношению к другим, импульсивность, что соответствует кругу экстернализированных проявлений ПРЛ.

Выводы: таким образом, лица с преобладанием в структуре ПРЛ интернализированных нарушений чаще обнаруживают коморбидность с различными формами РПП. Выявленные особенности требуют дальнейшего изучения на больших выборках и могут иметь значение для выбора терапевтической тактики.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСМЕРТНЫХ КОМПЛЕКСНЫХ СУДЕБНЫХ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ («СУИЦИД НЕ СУИЦИД?»)

Спадерова Н.Н., Родяшин Е.В., Горохова О.В., Ниязов В.М., Абрамова Т.А

ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»;

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава

Тюмень

FEATURES OF POST-MORTEM COMPLEX FORENSIC PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC EXAMINATIONS ("SUICIDE IS NOT SUICIDE?")

Spaderova N.N., Rodyashin E.V., Gorokhova O.V., Niyazov V.M., Abramova T.A.

Актуальность исследования суицидального и аутоагрессивного поведения в мире является чрезвычайно важной. Ежегодно в мире от самоубийств погибает 703 000 человек, а число лиц, пытавшихся покончить с собой, может превышать этот показатель в 10-20 раз (ВОЗ 2014, 2021). При установлении факта законченного самоубийства для оценки психического состояния суицидента следователь назначает посмертную комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу (КСППЭ), чаще всего в рамках ст. 110 УК РФ, за доведение до самоубийства или до покушения на самоубийство путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства потерпевшего. Причем суицид потерпевшим совершается осознанно, под принуждением виновного лица. Особенностью проведения такого рода экспертиз является ретроспективный анализ сведений из уголовного дела и приобщенных к нему материалов, которые являются единственными источниками информации о личности суицидента, его трудовом маршруте, семье, особенностях анамнеза жизни, перенесенных заболеваниях и его психическом состоянии в предшествующий смерти период.

Цель исследования: проанализировать посмертные КСППЭ, проведенные в отделении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы с 2020г. по 2022г., по выводам которых суицидальное поведение констатировано не было.

Материалы и методы: в рассматриваемом периоде было проведено 108 посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз в Тюменской области: 2020г. – 41 (37,9%), 2021г. – 23 (21,3%), 2022г. – 44 (40,8%). КСППЭ проводились по постановлению следователя в рамках ст.110 УК РФ, ст. 105 УК РФ (убийство) и материалам проверки.

В 27,7% случаях (n=30) врачами СПЭ не было обнаружено суицидальное поведение, из них у 76,7% мужчин и у 23,3% женщин. Больше всего (40,0%) были несовершеннолетними, меньше лиц с 18 до 30 лет -30,0%, с 31 до 40 лет - 23,3% и более 41 года – 6,7%.

Для проведения экспертизы использованы методы ретроспективного клинико-психопатологического исследования (анализ материалов уголовного дела медицинской документации, описание психического состояния, анализ имеющихся симптомов психических расстройств) в сочетании с анализом данных соматоневрологического состояния, а также данных лабораторных, инструментальных, статистических (описательная статистика) методов исследования, заключение психолога в рамках посмертной экспертизы.

Результаты и обсуждения: 46, 7% исследованных лиц были учащимися школы и ПУ, 30,0% занимались низкоквалифицированным трудом и 23,3% были безработными. 26,7% лиц состояли в браке, 40,0% проживали с родителями и 33,3% были одинокими. По нозологическим группам было распределение: F10-F19 – 33,3%, F06.8 – 13,3%, F70.0 и F91.2– по 6,7%, F61.0- 3,3%. У 36,7% не было диагностировано психическое расстройство. Среди внешних форм (способов) суицидальных

(аутоагрессивных) действий отмечались: падение с высоты (33,3%), повешение (26,7%), железнодорожное травмирование и использование холодного оружия (по 13,3%), в единичном случае применялось огнестрельное оружие. В 10,0% случаях были обнаружены скелетированные трупы с гнилостными повреждениями без возможностей определить причину смерти. Суицидальное поведение не было обнаружено экспертами, в связи с рядом причин: 1) в 56,7% случаев отсутствие сведений о суицидальном поведении (внутренних и предыдущих внешних формах) в материалах уголовного дела (протоколах допросов потерпевших, свидетелей, письменной и электронной продукции, характеристиках) и медицинских документах. Отмечалось умышленное уничтожение суицидентами перед смертью признаков суицидогенеза в социальных сетях. 2) в 26,6% случаев нахождение исследованного лица в момент непосредственно предшествующего смерти в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (средней или тяжелой степени) и показаний свидетелей о случайных действиях данных лиц (падение с крыши дома или из окна, неосторожное обращение с оружием, хождение в состоянии алкогольного опьянения по железнодорожным путям). При этом свидетели описывали у них эмоциональное возбуждение, речевую и двигательную активность. В таком состоянии нарушается четкость восприятия окружающего, подавляется инстинкт самосохранения, игнорируются опасные для здоровья и жизни ситуации, исследуемые лица не смогли понять все риски и спрогнозировать возможный выход из данной ситуации. 3) в 10,0% случаев аутоагрессивное поведение, обусловлено механизмом психологической защиты – ретрофлексии катарсиса, у лиц обладающих определёнными индивидуально-психологическими особенностями (интроверты, склонные к накоплению отрицательных эмоций, имеющие страх проявить по отношению к эмоционально значимым людям гнев, агрессию и обиду) переносят гетероагрессию с несуйцидальной целью импульсивно на себя, в результате чего наступала непреднамеренная смерть; 4) в 6,7% рисковое поведение (поездки на крыше электропоезда, прогулка по железнодорожным путям в наушниках) без суицидальных намерений.

Выводы. При проведении посмертных КСППЭ врачи-судебно-психиатрические эксперты часто видят лишь внешнюю форму суицидального поведения. Эффективность таких экспертиз и надежность экспертных выводов зависит не только от уровня профессиональной квалификации экспертов, но также от надлежащей подготовки следователем каждой назначенной им конкретной экспертизы. В 27,7% случаев суицидальное поведение врачами СПЭ не констатировалось. Основными причинами чего являются: 56,7% невосполнимость информации (отсутствие сведений о развитии суицидогенеза в материалах уголовного дела и медицинских документов) и 26,6% невозможность исследованных лиц оценить опасность своих действий, поступков, осознать риски и спрогнозировать возможный выход из конкретной ситуации в связи с нахождением в состоянии алкогольного и наркотического опьянения (средней и тяжелой степени).

ВЛИЯНИЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ И АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.

**Степанова А.А., Тумова М.А., Гусейнова З.Т., Зайцева М.М., Дымент И.В.,
Коцюбинский А.П., Иванов М.В.**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
Санкт-Петербург

*THE EFFECT OF ANTIPSYCHOTIC AND ANTICHOLINERGIC TREATMENT ON
COGNITIVE FUNCTIONS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA*

*Stepanova A.A., Tumova M.A., Guseynova Z.T., Zaitseva M.M., Dyment I.V.,
Kotsubinskyi A.P., Ivanov M.V.*

Актуальность. За последние десятилетия определена значимость когнитивного дефицита, как одного из ключевых факторов, определяющих качество жизни и функциональный исход при шизофрении. Эта точка зрения нашла отражение в МКБ 11, в которой когнитивный кластер приобрел самостоятельное значение, наряду с другими симптомами шизофрении. Нарушения в когнитивной сфере часто регистрируются у пациентов уже на этапе преморбида заболевания, опережая позитивные проявления. Также в отличие от продуктивного кластера, когнитивные нарушения (КН) являются стабильной и потенциально необратимой группой симптомов. Известно, что тяжесть когнитивного дефицита связана с длительностью и течением заболевания. Выраженность КН увеличивается от первого эпизода прямо пропорционально количеству госпитализаций, отчетливо проявляясь в период обострения шизофрении (психоза) и подвергаясь обратному развитию в стадии ремиссии. Обсуждается также связь нейрокогнитивного дефицита с другими синдромами шизофренического процесса. В лонгитюдных исследованиях была обнаружена связь КН с негативной симптоматикой, а также с продуктивным синдромом. В качестве субстратов, определяющих развитие данного кластера расстройств, рассматриваются гиппокамп, миндалина, префронтальная кора, верхняя височная и передняя поясная извилина. Большой вклад в механизм возникновения КН вносит функционирование BDNF (brain-derived neurotrophic factor), ГАМК-ергическая и моноаминовая системы.

Дофаминергическая система (мезолимбический и мезокортикальный пути) также имеет важное значение в когнитивной деятельности. Влияние оказывает, как избыточная активация рецепторов дофамина, нарушающая функции внимание, так и блокада D2-рецепторов со снижением высвобождения дофамина в префронтальной коре, проявляющаяся брадифренией и персеверациями. Имеются данные, что АПП могут улучшать некоторые нейропсихологические функции, ухудшать их или не оказывать значимых изменений. При этом терапия типичными антипсихотиками осложняется частым возникновением экстрапирамидных расстройств (ЭПР). Осложняя течение основного заболевания, экстрапирамидный синдром (ЭПС) увеличивает выраженность негативных, когнитивных и аффективных нарушений, приводя к дополнительной социальной стигматизации пациентов с шизофренией. Так же ЭПС являются одной из весомых причин отказа от терапии. Кроме того, антипсихотики обладают собственными антихолинергическими свойствами, а лекарственно-индуцированный ЭПС требует назначение антихолинергических препаратов-корректоров (АХТ). Антипсихотики второго поколения (АВП) отличаются парциальным агонизмом в отношении D2-рецепторов, а также парциальным антагонизмом 5HT_{2A}-рецепторов и агонизмом 5HT_{1A}-рецепторов. Таким образом, они селективно воздействуют на моноаминовые системы, регулируя высвобождение дофамина и ацетилхолина в префронтальной коре. Учитывая все

вышеперечисленное, изучение влияния на КН антипсихотической и антихолинергической терапии остается крайне важным.

Цель исследования. Выявление связей между лекарственной терапией (антипсихотических и антихолинергических препаратов) и когнитивными функциями у больных шизофренией.

Материал и методы. Обсервационное проспективное исследование проводилось на базе отделения биологической терапии психически больных НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. В исследовании приняло участие 41 пациент (22 мужчин и 19 женщин) с параноидной формой шизофрении соответственно критериям МКБ 10 в возрасте от $30,12 \pm 8,24$ на стабильной антипсихотической монотерапии или в комбинации с антихолинергическим препаратом (тригексифенидил). Оценка когнитивных функций проводилась с помощью шкалы «Краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS), тяжесть психического состояния и выраженность экстрапирамидных нарушений измерялись с помощью шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS) и шкале Симпсона-Ангуса для оценки экстрапирамидных побочных эффектов (SAS). Все процедуры обследования проводились дважды на 2-й и 8-й неделе терапии. Пациенты были разделены на 2 группы по характеру получаемой антипсихотической терапии. 12 пациентов получали АПП (группа 1), 29 пациентов АВП (группа 2).

Результаты. При сравнении групп пациентов на типичных и атипичных антипсихотиках значимых различий между группами ни на 2-й неделе, ни на 8-й неделе терапии получено не было). У пациентов обеих групп после проведенного лечения отмечалось снижение общего балла PANSS ($V = 78$, $p\text{-value} = 0,003$ и $V = 435$, $p\text{-value} = 2,661e-06$ для группы 1 и 2 соответственно), но только у пациентов, получавших АВП, значимо снизился общий балл по шкале Симпсона-Ангуса на 8-й неделе терапии по сравнению с данными на 2-й неделе ($V = 192$, $p\text{-value} = 0,033$) и наблюдалось улучшение когнитивных функций ($V = 46$, $p\text{-value} = 0,0003$). Изменения по отдельным тестам BACS также были только у пациентов второй группы по таким тестам, как «Порядок чисел» ($V = 51,5$, $p\text{-value} = 0,007$), «Двигательный тест» ($V = 75,5$, $p\text{-value} = 0,007$) и «Башня Лондона» ($V = 52$, $p\text{-value} = 0,027$). Заключение. Повышение когнитивных показателей во 2-й группе наблюдались по тестам «Порядок чисел», «Двигательный тест», «Башня Лондона» и композитному индексу по шкале BACS. «Двигательный тест» и композитный индекс отрицательно коррелировали с тяжестью ЭПС у пациентов 2-й группы, также у этих пациентов отмечалось значимое уменьшение тяжести ЭПС к 8-й неделе терапии. В связи с этими данными мы полагаем, что ЭПС могут влиять на общее когнитивное функционирование пациентов с шизофренией. На исполнительные функции и проблемно-решающее поведение, оцениваемые в тесте «Башня Лондона», оказывали влияние как ЭПС, так и тяжесть психического состояния (общим баллом PANSS и когнитивным компонентом). Наши результаты демонстрируют влияния целого ряда факторов на когнитивные функции. Так, на скорость обработки информации влияли все компоненты PANSS, а также возраст пациентов, доза тригексифенидила коррелировала с вербальной памятью, хотя эта связь имела характер тенденции. Наши данные согласуются с описанными ранее в литературе сведениями, что антипсихотические препараты могут ухудшать когнитивные функции за счет развития ЭПС. Мы обнаружили, что на фоне приема АВП к 8-й неделе улучшается переносимость препарата, а также связанные и несвязанные с ними когнитивные показатели. Наше исследование подтверждает необходимость придерживаться принципа минимальной эффективной дозы антипсихотических препаратов для лечения шизофрении для профилактики когнитивных нарушений, а также отдавать предпочтение в выборе терапии АВП.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА ДОФАМИНОВОГО РЕЦЕПТОРА 2 ТИПА (DRD2) НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПРЕФРОНТАЛЬНОЙ КОРЫ В НОРМЕ И ПРИ ШИЗОФРЕНИИ (ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ВЫПОЛНЕНИЯ ТЕСТА С АНТИСАККАДАМИ)

**Сторожева З.И., Киренская А.В., Меркулова Т.В.,
Новотоцкий-Власов В.Ю., Кибитов А.О.**

ФГБНУ «НИИ нормальной физиологии имени П.К. Анохина»;
ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им В.П. Сербского» Минздрава России;
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
Москва, Санкт-Петербург

IMPACT OF THE DRD2 GENE POLYMORPHISMS ON THE FUNCTIONING OF PREFRONTAL CORTEX IN NORM AND SCHIZOPHRENIA (BY ANTISACCADE TASK PERFORMANCE MEASURES)

*Storozheva Z.I., Kirenskaya A.V., Merkulova T.V.,
Novototsky-Vlasov V.Y., Kibitov A.O.*

Введение. Шизофрения относится к заболеваниям полигенной природы с вкладом генетических факторов до 80% (Sullivan et al., 2003). Показан специфичный вклад в нейробиологию шизофрении нарушений дофаминэргической нейротрансмиссии (Nkam et al., 2017). DRD2 рецепторы играют существенную роль в модуляции как внутрикортикальных, так и корково-подкорковых взаимодействий. Были получены данные о вкладе DRD2 в регуляцию активности префронтальной коры (ПФК) и обеспечение исполнительных функций (Beste et al., 2016). Для некоторых полиморфных локусов гена DRD2 человека была выявлена ассоциация с риском шизофрении (Liu et al., 2014), однако вопрос об ассоциации с параметрами функциональной активности ПФК остается малоизученным. Целью настоящей работы явилось изучение ассоциации 3 полиморфных локусов гена DRD2 и характеристик теста с антисаккадами, в выполнении которого ПФК принадлежит ведущая роль, у здоровых лиц и больных шизофренией. Выбор полиморфизмов гена DRD2 основан на данных литературы и результатах ранее проведенного пилотного исследования (Сторожева и др., 2017).

Методы. В исследовании приняли участие 162 праворуких испытуемых мужского пола, из которых в группу нормы вошли 74 психически здоровых добровольцев и 88 больных шизофренией (диагноз F20 по МКБ-10).

Изучали 3 полиморфных локуса в гене DRD2: rs6277 – аллели А и G (минорный), rs6275 – аллели G и А (минорный) и rs2242592 – аллели G и А (минорный). Образцы ДНК испытуемых, полученные из венозной крови или слюны, генотипировали методом полимеразной цепной реакции в реальном времени. Клиническую симптоматику больных характеризовали по шкале позитивных и негативных синдромов (PANSS).

В тесте с антисаккадами (АС) для зрительной стимуляции использовали светодиоды, один из которых был расположен в центре, а два других – в 10° справа и слева от него (периферические стимулы-мишени – ПС). Испытуемые совершали саккады в точку, расположенную симметрично ПС в противоположном зрительном поле. Движения глаз регистрировали с помощью горизонтальной электроокулограммы (ЭОГ). Качество выполнения теста оценивали по количеству (в %) ошибочных саккад (направленных к ПС), длительности латентного периода (ЛП) и вариативности ЛП (стандартное отклонение – sЛП) правильных саккад. Статистическую обработку данных проводили при помощи пакетов программ SPSS 23.0 и STATISTICA 6.0.

Результаты. Распределения вариантов всех исследованных полиморфизмов в обеих группах соответствовали равновесию Харди-Вайнберга. Частота встречаемости носителей гомозиготного GG варианта rs6277 в группе больных была статистически значимо выше, чем в контрольной группе ($p=0,046$). Для полиморфизмов rs6275 и rs2242592 различий между группами не выявлено.

Сравнение качества выполнения АС в группах нормы и шизофрении показало, что процент ошибочных саккад, ЛП и sЛП правильных саккад в группе больных были существенно выше (Группа, $p<0.001$), что согласуется с данными литературы.

Эффекты rs6277 различались в исследуемых группах. В группе нормы носители генотипа GG характеризовались более низкой вариативностью ЛП (sЛП) как по сравнению с генотипом AA ($p=0.027$). У больных шизофренией носителей гомозиготы GG, напротив, выявлено увеличение процента ошибок относительно гомозигот AA (ПС справа, $p=0.050$). При сравнении носителей генотипов GG+GA и AA в объединенной выборке здоровых лиц и больных для показателя процента ошибок обнаружена тенденция взаимодействия Диагноз x Генотип ($F(1,1,81)=3,36$, $p=0,071$). При анализе ассоциаций rs6277 с PANSS наиболее низкие значения шкал найдены у носителей гетерозигот. Гомозиготы по аллелю AA характеризовались увеличением ($p<0.05$) баллов только по шкалам Н1 (притупленный аффект) и О14 (ослабление контроля импульсивности) по сравнению с гетерозиготами. У гомозигот GG были достоверно выше баллы по 8 шкалам: Н1, Н3 (трудности в общении), Н4 (пассивно-апатическая социальная отгороженность), Н5 (нарушение абстрактного мышления), Н6 (нарушение спонтанности и плавности речи), П4 (возбуждение) и О13 (расстройство воли), а также по суммарной шкале негативных синдромов.

Анализ эффектов rs6275 в группе нормы проводили, сравнивая объединенную когорту носителей минорного аллеля А (GA+AA) и гомозиготы GG. У носителей аллеля А качество выполнения АС было существенно выше: снижено количество ошибок (ПС справа, $p=0.020$) и длительность ЛП (ПС слева, $p=0.034$). В группе больных различия найдены при сравнении генотипов GG и GA для вариативности ЛП, которая была выше у носителей гомозиготы GG (ПС справа, $p=0.033$). Для показателя sЛП также был значимым фактор Генотип в объединенной выборке здоровых лиц и больных ($F(1,70)=4,40$, $p=0,04$).

Анализ влияния rs6275 на клиническую симптоматику показал, что в подгруппе гомозигот AA наиболее высокие значения (при значимых отличиях от гетерозигот, $p<0,05$) наблюдались по 3 шкалам Н1, Н3 и О15 (загруженность психическими переживаниями). Для гомозигот GG значимое увеличение по сравнению с гетерозиготами обнаружено для 6 шкал -Н1, Н5, Н6, суммарной шкалы негативных синдромов, а также шкал П6 (подозрительность, идеи преследования) и О15. Таким образом, у больных шизофренией у носителей гомозиготы GG качество выполнения АС было ниже, а выраженность клинической симптоматики больше.

Эффекты rs2242592 оценивали, сравнивая когорты носителей генотипов GG+GA и AA. В группе нормы качество выполнения АС было выше у носителей минорного аллеля G по количеству ошибок (ПС справа, $p=0.016$), длительности ЛП (ПС слева, $p=0.031$) и вариативности ЛП ($p=0.018$). В группе больных, напротив, у носителей аллеля G количество ошибок было выше ($p=0.038$). Для процента ошибок выявлено взаимодействие Группа x Генотип ($F(1,1,72)=5,11$, $p=0,027$). Ассоциация rs2242592 и клинической симптоматики оказалась слабо выраженной: у носителей гомозиготы GG найдено увеличение баллов по шкале Н3 относительно носителей гетерозиготы, а у гомозигот AA наиболее высокими были значения по шкале Н5.

Заключение. Проведенное исследование согласуется с представлениями об ассоциации аллеля G полиморфизма rs6277 с риском шизофрении (Liu et al., 2014) – частота встречаемости гомозиготного GG варианта в группе больных была выше, а

качество выполнения АС ниже при большей выраженности клинической симптоматики. Увеличение количества ошибочных саккад у больных носителей гомозиготы GG свидетельствует о снижении эффективности тормозных процессов в ПФК.

Анализ эффектов rs2242592 показал, что в группе нормы у носителей минорного аллеля G выполнение АС было лучше по всем показателям по сравнению с генотипом AA, а у больных носителей аллеля G, напротив, количество ошибок было существенно увеличено.

Качество выполнения АС было выше у носителей минорного аллеля A rs6275 как в группе нормы, так и больных шизофренией. Это противоречит результатам исследования Nkam с соавт. (2017), свидетельствующим о нарушении внимания у больных шизофренией носителей минорного аллеля. Вместе с тем, имеющиеся в литературе сведения об ассоциации rs6275 с риском шизофрении, также противоречивы [He et al., 2016].

Как полагают, полиморфизмы rs6275 и rs2242592, влияют на альтернативный сплайсинг DRD2: у больных шизофренией носителей минорных аллелей в наибольшей степени выражено снижение относительно нормы количества постсинаптических и повышение пресинаптических DRD2 рецепторов в ПФК (Kaalund et al., 2014), что может приводить к нарушению дофаминэргической нейротрансмиссии и ослаблению тормозных процессов. Полученные нами данные о снижении качества выполнения АС у больных носителей минорной аллели rs2242592 согласуется с этой гипотезой, тогда как результаты анализа rs6275 ей противоречат.

При анализе влияния полиморфизмов гена DRD2 рецепторов на шкалы PANSS необходимо отметить минимальные значения шкал у гетерозигот, а также общее для полиморфизмов rs6275 и rs6277 преобладание эффектов в отношении шкал негативных синдромов.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ КАК
БИОМАРКЕРОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ
АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**
Стрельник А.И., Смирнова Д.А., Шнайдер Н.А., Насырова Р.Ф.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Самара, Санкт-Петербург

*STUDY OF PRO-INFLAMMATORY CYTOKINES AS BIOMARKERS OF EFFICIENCY
AND SAFETY OF ANTIPSYCHOTIC THERAPY IN SCHIZOPHRENIA*

Strelnik A.I., Smirnova D.A., Shnayder N.A., Nasyrova R.F.

Актуальность. Применение антипсихотиков (АП) в терапии шизофрении связано с риском развития нежелательных реакций (НР) и отсутствием терапевтического эффекта, что снижает приверженность больных к лечению и качество их жизни (Сычев Д.А., 2012). По данным разных авторов, терапевтическая резистентность диагностируется у 30%-60% больных шизофренией (Kinon V.J., 2019). Исследования в области фармакогенетики дали обширные доказательства влияния генетических факторов на эффективность и безопасность лечения АП (Незванов Н.Г., 2018). Генетическая изменчивость лекарственного ответа возникает в результате молекулярных изменений фармакокинетических и фармакодинамических систем (Herken M.E., 2003). В последнее время роли воспалительного процесса при шизофрении уделяется большое внимание, а связанный с цитокинами механизм является приоритетным во многих сформулированных за два последних

десятилетия гипотезах. (Kirkpatrick B., 2013). Предполагается, что некоторые пациенты могут страдать шизофренией, патогенетически не связанной с изменением в дофаминовой системе, и в развитии данных психических нарушений нейровоспаление играет ключевую роль (Kronfol Z., 2000). В частности, в реализации каскада нарушений было обнаружено активное участие провоспалительных цитокинов (Erbağcı A.B., 2001). Провоспалительные цитокины, такие как IL-1-β, IL-6 и TNF-α могут напрямую модулировать активность нейронов ЦНС, включая дофаминергические нейроны (Vallée A., 2022). Провоспалительные цитокины рассматриваются как перспективные биомаркеры эффективности и безопасности антипсихотической терапии, что формирует необходимость проведения фармакогенетических исследований на территории Российской Федерации.

Цель исследования – обобщить данные, касающиеся роли провоспалительных цитокинов как предикторов эффективности и безопасности антипсихотической терапии при шизофрении.

Материалы и методы. Поиск публикаций проводился в системах eLibrary, PubMed, Google scholar, Scopus, Web of Science до 2023 года. Статьи идентифицировались с помощью заранее определенных алгоритмов поиска терминов, включались все типы статей.

Результаты и обсуждение. В одном из недавних генетических исследований изучалась взаимосвязь между полиморфизмом TNF-α - 238 G/A и ответом на лечение антипсихотическими препаратами. Было показано, что полиморфизмы TNF-α - 238 G/A и -308 G/A не были связаны с риском развития шизофрении, но полиморфизм TNF-α -238 G/A может быть связан с резистентностью к лечению и попытками самоубийства у пациентов в турецкой популяции. (Aytac N. M., 2022). Данные перекрестного исследования 2021 года показали, что пациенты с терапевтически резистентной шизофренией (ТРШ) имели тенденцию к увеличению экспрессии TNFα (Leboyer M., 2021). Опубликованы данные, что у европейских пациентов IL-1β rs16944*GA, IL-1β rs1143634*G были связаны с большим антипсихотическим набором веса, как и IL-1β rs4849127*A и IL-1β rs16944*GA у афроамериканцев (Trehani M., 2015). Сообщается, что плазменные уровни IL-6 высоки при психозе первого эпизода и рецидивах болезни, при этом нормализуются при лечении АП. Описана связь между ТРШ и повышенным уровнем IL-6, сывороточный IL-6 был значительно выше в группе пациентов с ТРШ, чем у нормальных добровольцев, тогда как у пациентов с шизофренией без ТРШ обнаружены промежуточные значения (Marion L., 2021). Сообщается, что связь между IL-6 и метаболическим синдромом, была выявлена у пациентов мужского пола (Fang X., 2019). Уровни IL-6 могут быть использованы в качестве предиктора метаболического синдрома у пациентов с шизофренией (Saidah S., 2021). Уровни мРНК IL-6 могут быть еще одним инструментом, который клиницисты могут использовать для первоначальной диагностики психического расстройства, либо для разработки индивидуальных планов лечения пациентов с шизофренией (Kayla A., 2016). Применение точных инструментов диагностики *in vitro*, может помочь сократить продолжительность заболевания и стоимость лечения, а также улучшить его результаты.

Выводы. Связь между нейровоспалением и шизофренией была одним из наиболее важных открытий психиатрии, при этом многочисленные исследования изучали изменения уровня периферических цитокинов. Появляются данные, согласно которым, продолжительность психического расстройства, тяжесть симптомов, а также ответ на лечение коррелируют с носительством однонуклеотидных полиморфизмов цитокинов. Многочисленные исследования представляют доказательства значительной роли IL-6, IL1-β, и TNF-α в патогенезе шизофрении. Доказательство провоспалительной иммунной дисрегуляции предполагает, что

провоспалительные цитокины должны быть в центре внимания при дальнейших исследованиях биомаркеров эффективности и безопасности антипсихотической терапии шизофрении (Mondelli V., 2015).

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Султанова Ю.А.

Волгоградский государственный медицинский университет

Волгоград

PSYCHIATRIC CARE FOR VICTIMS IN AN EMERGENCY

Sultanova Y.A.

Введение: оказание медицинской помощи психических расстройств при чрезвычайных ситуациях является неотъемлемой частью лечения. К сожалению, никто не застрахован от попадания в аварийное положение, поэтому организация психолого-психиатрической помощи должна работать четко и эффективно. В России существует психологическая служба МЧС, которая осуществляет ликвидацию последствий ЧС и оказывает экстренную психологическую помощь пострадавшим, у которых имеется психотравмирующее событие: гибель, ранение или угроза жизни и здоровью. Первичную врачебную психолого-психиатрическую помощь оказывают психиатрические бригады: врачи-психиатры; медицинские психологи, работающие в психиатрических клиниках.

Цель: рассмотреть порядок оказания психиатрической помощи в режиме чрезвычайной ситуации.

Материалы и методы: изучение статей и современной литературы по оказанию психиатрической помощи населению при возникновении чрезвычайных ситуаций.

Результаты и обсуждения: при возникновении чрезвычайной ситуации пострадавшие испытывают острую реакцию на стресс, клиническая картина которой переменчива: пациент может испытывать психомоторное возбуждение с беспорядочными движениями, возникновением тахикардии, покраснения, в дальнейшем может быть амнезия; нередко у пациента может наблюдаться заторможенность движений, мышления, мутизм, такие люди становятся абсолютно безучастны к происходящему вокруг и могут не реагировать на обращения. Возникновение этой реакции, в том числе, обусловлено личностными особенностями человека, а также черепно-мозговыми травмами и химическими поражениями. В результате возникновения чрезвычайной ситуации пострадавших, как правило, делят на группы: с легкими, умеренными и выраженными психическими нарушениями. Соответственно для оказания рациональной психолого-психиатрической помощи требуется соблюдение принципов:

1. Системность – организация службы психолого-психиатрической помощи исходя из данных влияющих на эффективность оказания специализированной помощи;
2. Многоуровневость – осуществление и делегирование мероприятий учреждениям (федерального, регионального, городского, местного уровня), для достижения лучшего результата;
3. Единоначалия – службы, работающие в эпицентре ЧС и за ее пределами, осуществляют работу как единая система (линейное подчинение), данный принцип исключает исключительные себя приказы и распоряжения;
4. Дифференцированность – исходя из чрезвычайной ситуации организуются различные модули, такие как выездная психолого-психиатрическая бригада, психосоматическое отделение, «Горячая линия»)

5. Доступность – возможность получения помощи в любое время суток (круглосуточный режим работы), бесплатно и анонимно (при желании обратившегося)

6. Этапность – психолого-психиатрическая служба, осуществляет контроль и оказывает необходимую помощь, исходя из развития ЧС.

7. Последовательность – последовательность оказания специализированной помощи проявляется в двух видах:

А. Часть пострадавших, которым оказывается психолого-психиатрическая помощь в эпицентре ЧС, нуждается в последовательном лечении в специализированных психиатрических стационарах;

Б. Другая часть пострадавших после непосредственно ликвидации последствий передается в местные психоневрологические диспансеры, для дальнейшего наблюдения и лечения.

Организация психолого-психиатрической помощи в эпицентре чрезвычайной ситуации:

Следует пояснить, что реакции, происходящие в острый период, могут приводить к преходящим нарушениям интеллектуальных способностей (нарушения памяти, затруднение в принятии решений), при этом физически человек не пострадал. Поэтому во время беседы с людьми, не нуждающимися в оказании помощи, врачи-психиатры, психологи или врачи пытаются довести сведения до пострадавших следующие понятия: «Ситуация под контролем; Вы в безопасности, беспокоиться не следует». Излагать данные понятия следует в щадящем режиме.

Оказание психологической и психиатрической помощи по телефону – «горячая линия».

Данная структура организуется в специальных помещениях, которые позволяют работнику колл-центра (врачу-психиатру, психологу) сосредоточиться на проблеме пациента, каждый оператор сидит в индивидуальном кабинете или отделении, для удобства обращающихся предусмотрено несколько телефонных линий. В первые трое суток, что соответствует острому периоду стресса, люди, обратившиеся на горячую линию, интересуются количеством пострадавших, тяжестью состояний, характером ЧС, спрашивают о нарушениях в жилищно-коммунальной сфере (отключение воды, электричества, газоснабжения), которые возникли на фоне катаклизма, о помощи, где, как и какую можно получить.

При необходимости работники колл-центра, могут посоветовать обратиться в амбулаторное психиатрическое отделение по месту жительства

Консультативная врачебная бригада психолого-психиатрической помощи в ЧС:

Участники бригады должны понимать, что многие пострадавшие находятся в стрессе и могут проявлять агрессию, может быть, что они даже будут винить их в случившемся происшествии, с другой стороны, у пострадавших может быть, так называемая «героическая фаза», что может привести к причинению вреда самому пострадавшему и окружающим его людям.

В острой фазе, как уже было сказано ранее, страдают когнитивные способности, снижается внимание, могут быть преходящие провалы в памяти. Поэтому все врачебные назначения (чаще всего это лекарственные препараты) участник бригады должен фиксировать на листе назначений (название препарата, время приема и дозировка), данный лист следует выдать пострадавшему. Одной из особенностей работы данных бригад является недостоверность сведений, предоставляемых пострадавшими или их родственниками.

Отделение психолого-психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях:

Организуется на базе психиатрических больниц. В данные учреждения направляются лица с подтвержденным психиатрическим диагнозом, возникшим из-

за чрезвычайной ситуации, или пациенты, у которых произошло обострение психиатрической симптоматики вследствие катаклизма, после купирования острого состояния данные пациенты направляются на амбулаторное лечение в психоневрологические диспансеры по месту жительства. Также в задачи данного отделения входит дифференциальная диагностика сложных клинических диагнозов, осуществление экспертизы трудоспособности.

Вывод: оказание психиатрической помощи является неотъемлемой частью в зоне чрезвычайной ситуации, нужно помнить, что пациенты могут по-разному реагировать на окружающую обстановку, и это является их защитной реакцией, поэтому оказывающие помощь должны вести себя уверенно и спокойно. Помощь должна оказываться быстро и эффективно, пострадавшие с умеренными и тяжелыми психиатрическими нарушениями должны направляться в учреждения для оказания квалифицированной врачебной помощи.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ СУИЦИДАЛОГИЧЕСКОГО РЕГИСТРА В ГБУЗ АО «ОКПБ» ПО НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ, СОВЕРШИВШИМ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ ЗА ПЕРИОД 2017-2022 ГОДА

Тарханов В.С., Соколова Н.Н., Сабирова Н.Г., Бакирова Л.М.

ГБУЗ АО «ОКПБ»

Астрахань

*EXPERIENCE IN MAINTAINING SUICIDAL REGISTER IN ASTRAKHAN STATE
BUDGETARY HEALTH INSTITUTION "REGIONAL CLINICAL PSYCHIATRIC
HOSPITAL" FOR JUVENILES COMMITTED A SUICIDE ATTEMPT DURING THE
PERIOD 2017-2022*

Tarchanov V.S., Sokolova N.N., Sabirova N.G., Bakirova L.M.

Цель-информация об организации специализированной помощи несовершеннолетним, совершившим суицидальную попытку. Улучшение профилактических мероприятий суицидов и снижение их распространенности в Астраханской области, проведение постоянного мониторинга суицидального поведения среди населения Астраханской области.

Профилактика суицидов среди несовершеннолетних является одной из приоритетных задач в современном обществе, поскольку в значительной мере определяет уровень здоровья будущих поколений и представляет собой не только глобальный императив для всего мира, но и одно из направлений стратегии комплексной безопасности детей в Российской Федерации. Основной концепцией формирования кризисной (суицидологической) службы является создание суицидологического регистра в регионе, цель которого заключается в учете случаев суицидальных действий, а также контроль эффективности проводимых превентивных и лечебных мероприятий. С целью профилактики суицидов и снижения их распространенности в Астраханской области, постоянного мониторинга суицидального поведения среди населения АО, организации социально-психологической помощи суицидентам и их семьям, в ГБУЗ АО «ОКПБ» с 2017 года организовано формирование суицидологического регистра.

Формирование регистра осуществляется на основании предоставляемых медицинскими организациями АО экстренных извещений о случае суицидальной попытки, не закончившейся смертью. Министерство здравоохранения АО, в соответствии с полученными сведениями из СУ СК РФ по АО и прокуратуры АО, также информирует ГБУЗ АО «ОКПБ» о суицидальных попытках несовершеннолетних, закончившихся смертью. В ГБУЗ АО «ОКПБ» более 10 лет в практике используется региональная медицинская информационная система

«МедОС», которая позволяет в электронном виде вести суицидологический регистр, медицинскую карту пациента, врачу-психиатру на приеме сразу получать всю информацию у суициденте. Программа также позволяет формировать разного уровня обобщающую информацию, а также отчеты для анализа статистических показателей по суицидологическому регистру: возрастные группы несовершеннолетних, место проживания, вид суицидальной попытки (СП), их частота, группа наблюдения пациента, эпикризы после стационарного лечения и др. В динамике за 6 лет (2017-2022 г.г.) ведения суицидологического регистра график зарегистрированных суицидальных попыток имеет вид ломанной прямой, с пиками роста случаев в 2019 и 2021 годах и снижением – в 2018, 2020 и 2022 годах. Увеличение числа зарегистрированных СП в регистре в 2019 году обусловлен, скорее всего тем, что в отделении токсикологии ГБУЗ АО «ГКБ№3» в основном штате отделения ввели ставку врача-психиатра (которая отсутствовала в 2018 г.), что позволило осмотреть всех несовершеннолетних, поступивших в данное отделение, после совершенной СП. При этом своевременно передавались экстренные извещения, и решался вопрос перевода подростков в специализированную клинику при наличии показаний для этого. На увеличение количества суицидальных попыток в 2021 году (в сравнении с 2020 г.) повлияла длительная фрустрирующая ситуация в связи с карантинными мероприятиями по коронавирусной инфекции (самоизоляция, дистанционное обучение, не возможность активного общения со сверстниками и занятием хобби, смена привычного образа жизни, тревожная информация СМИ и т.д.). Это привело к декомпенсации личностных патологических черт у несовершеннолетних, аффективным нарушениям депрессивной структуры и реакциям дезадаптации к изменившимся социальным условиям на фоне стрессовых жизненных событий. При анализе статистических данных за период ведения регистра видно, что аутоагрессивные действия в большем количестве совершают девушки подросткового возраста, проживающие в городе. Среди способов СП чаще выбирают отравление и нанесение самоповреждений. Около 50% несовершеннолетних проживают в неблагополучной микросоциальной среде: асоциальные родители, отчим в семье, ближайшие родственники совершали суицидальные попытки и т.п. Наиболее частыми причинами аутоагрессивного поведения являются конфликты в микросоциальном окружении (родители, сверстники, любимые), имеют они чаще демонстративно-шантажный характер и «говорят о протесте или призыве о помощи». За период регистрации СП у несовершеннолетних достаточно высокий процент количества суицидентов осматриваются врачом-психиатром: от 85% до 93%. В психиатрический стационар направляется около 60%-70% несовершеннолетних, осмотренных врачом-психиатром после СП, у 40%-30% пациентов психическое состояние позволяет получить им специализированную помощь в амбулаторных условиях. В отчетных годах регистрировались повторные СП у несовершеннолетних в количестве 1-2 случая в год. Причиной этого, как правило, является нежелание законных представителей выполнять рекомендации врачей-психиатров по приему лекарственных препаратов, отсутствие поддержки во внутрисемейном микроокружении или же возврат подростка во фрустрирующую обстановку государственного учреждения. Среди несовершеннолетних, совершивших аутоагрессивное действие, около 70% ранее не обращались за помощью к врачам-психиатрам, 26%-28% получали консультативно-лечебную помощь и только 4%-2% несовершеннолетних находились на диспансерном наблюдении у врача-психиатра. У большинства несовершеннолетних (80%) диагностируются психические расстройства непсихотического уровня. Всем пациентам, совершившим суицидальную попытку, и госпитализированным в ГБУЗ

АО «ОКПБ», оказывается как психофармакологическая, так и психокоррекционная помощь в полном объеме. Медицинские психологи работают не только с несовершеннолетними, но и приглашаются на коррекцию родители, т.к. при суицидальной попытке у ребенка нуждаются в помощи все члены семьи. При выписке из стационара пациентам дается полная информация по лечению в амбулаторных условиях, по «Телефону доверия», консультативным кабинетам специалистов в городе и области. В диспансерном отделении ГБУЗ АО «ОКПБ» силами медицинских психологов и врача-психотерапевта проводится психокоррекционная работа с пациентами несовершеннолетнего возраста и их родителями, пережившими суицидальную попытку. Целью занятий является: формирование положительного отношения к тренинговой работе в группе, работа над умением координировать свои действия с другими участниками и отработка адаптивных навыков проблемно-решающего поведения; оптимизация отношений внутри семьи, помощь в установлении в семье отношений сотрудничества и партнерства между родителями и детьми, развитие навыков эффективного общения, саморефлексии; формирование у подростков системы жизненных ценностей, осмысления жизни как главной ценности; помощь в осознании личностных особенностей, создание благоприятной эмоционально положительной среды для отреагирования отрицательных эмоций и разрешения конфликтов; развитие эмоционального интеллекта: умения понимать свои чувства и чувства других людей.

ПСИХОТЕРАПИЯ, КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ В РАБОТЕ С ТРЕВОЖНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ У ПОДРОСТКОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Титова Ю.А.

ФГБУ «Научный центр психического здоровья»
Москва

PSYCHOTHERAPY AS AN EFFECTIVE TOOL IN WORKING WITH ANXIETY IN ADOLESCENTS IN PSYCHIATRIC PRACTICE

Titova Yu.A.

В настоящее время тревожные расстройства признаны наиболее распространенными психическими нарушениями, диагностируемыми в том числе в детском и подростковом возрасте. Так, по данным ВОЗ, частота встречаемости генерализованного тревожного расстройства (ГТР) в общемировой популяции составляет 3% – 8,5%, для детского и подросткового возраста этот показатель колеблется в диапазоне от 3 до 6%, возрастая по мере взросления (у 3,6% лиц 10-14 лет и у 4,6% – 15-19 лет).

Часто тревожные и депрессивные нарушения регистрируются у подростков в возрасте 12-17 лет в рамках расстройств адаптации и проявляются беспокойством по незначительным поводам, склонностью выискивать любые пугающие события в книгах, фильмах или в новостных лентах, фиксацией на них особого внимания и связыванием с собственной жизнью.

По мнению отечественных и зарубежных авторов чувство тревоги может оцениваться, как непреодолимое состояние, сопровождающее жизнь, особенно значимое для нестабильной психики подростков, которым требуется больше сил и времени для преодоления тревоги, чем взрослому человеку. Появление тревожности в этом возрасте может служить сигналом развития расстройств невротического спектра, а также стать триггером для декомпенсации личностной патологии или оказаться проявлением начала иных психических нарушений более тяжелого

регистра. Для оказания своевременной помощи в этих случаях требуется комплекс мультидисциплинарных вмешательств, включающих и психотерапевтические.

Описание и анализ разнообразных подходов к проблеме психотерапевтической работы с подростками, столкнувшимися с тревожными и депрессивными расстройствами, мы встречаем в трудах таких авторов, как Е.А. Корабельникова (2018), Ю.А. Кочетова (2022), Z. Namli (2022). Многие исследователи придерживаются мнения о наиболее оптимальном и эффективном сочетании психотерапии и фармакотерапии. Однако, практика показывает, что психотерапевтическое воздействие, применяемое в качестве монотерапии, является результативным методом компенсации психического состояния подростков при легких и умеренных формах тревожного расстройства и нетяжелых депрессивных реакциях в тех случаях, когда курация лекарственными препаратами по какой-либо причине оказывается неприменимой. В силу психологических возрастных особенностей пациентов этого возраста, интеграция различных методов психотерапии в работе с подростками наиболее оправдана. Также важна возможность проведения психотерапии в наиболее краткие сроки.

Один из подходов, используемых в работе с подростками, – краткосрочная интерперсональная терапия (ИПТ), целью которой является осознание и переосмысление пациентами установок, стереотипов поведения и эмоционального реагирования. Краткосрочная ИПТ в период взросления отличается от способов психотерапевтической работы со взрослыми пациентами: подросток испытывает больше сомнений в результативности психотерапии и меньше мотивирован на нее, скептически настроен относительно ее целей и процесса; у подростков отмечается иная временная перспектива – поэтому часто терапия подростков ограничивается несколькими сессиями, которые дают видимый результат.

Помимо ИПТ с подростками являются наиболее эффективными:

- когнитивно-поведенческая терапия (управление поведением и мыслями человека);
- гештальт-терапия (направлена на повышение ответственности за самого себя);
- аутотренинг (работа посредством самовнушения);
- телесно-ориентированная психотерапия (направлена на осознание и изменение жизненных стереотипов с помощью ряда телесных и дыхательных упражнений).

При этом необходима оптимизация образа жизни, включающая в себя общеукрепляющие мероприятия, такие как физические упражнения, сбалансированное питание, отказ от вредных привычек, уменьшение времени, проведенного в игровых занятиях за экраном компьютера, перед телевизором.

Холистический подход определяет значимость телесно-ориентированных психотехнологий в пространстве тела и сознания, давая возможность пациенту с помощью двигательных и дыхательных упражнений более точно распознать и вербализовать собственные эмоции, пережить заново свой прошлый эмоциональный опыт, тем самым способствуя расширению сферы самосознания и формированию более эмоционально конструктивного отношения к себе. Помимо этого, телесно-ориентированная психотерапия, используемая для коррекции тревожных и депрессивных расстройств подростка, способна повысить его самооценку и чувство собственной ответственности, помочь научиться вербализовывать психологическое содержание телесных дисфункций и телесного оформления психологических трудностей, а также гармонизировать общий эмоциональный фон. Таким образом, изменения, происходящие с пациентом и являющиеся конечной целью психотерапевтического воздействия, относятся к различным уровням функционирования организма и личности. В ходе работы с пациентами подросткового возраста с фобическими расстройствами (по МКБ-10 –

это группа расстройств, при которых единственным или преобладающим симптомом является боязнь определённых ситуаций, не представляющих текущей опасности) высокую эффективность демонстрируют методы расслабления с использованием дыхания. Такие упражнения помогают избежать гипервентиляционного синдрома, вследствие которого у пациента может возникать замкнутый круг различных психологических реакций (усиление тревожности и чувства беспокойства).

Также в комплекс психотерапевтических воздействий включаются телесно-ориентированные упражнения, элементы арт-терапии: игры с песком, глиной, водой, различные техники рисования красками на большом формате большой кистью или пальцами, ладонками. В сочетании с такими приемами часто применяются методы когнитивно-поведенческой терапии, которые могут быть направлены на гармонизацию эмоционального состояния, определение тревоги и т.д.

Несмотря на отсутствие достаточной доказательной базы эффективности телесно-ориентированной психотерапии, клиническая реальность демонстрирует нам ее значимость у подростков с легкими тревожными и депрессивными расстройствами в сочетании с изменением образа жизни и с возможным применением психофармакотерапии при нарастающей декомпенсации психического состояния пациентов.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ПРИ ПСИХОРЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ

Тукало М.И., Докукина Т.В.

РНПЦ психического здоровья

Минск

TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION IN CHILDREN WITH MENTAL AND SPEECH DELAY

Tukala M.I., Dakukina T.V.

Актуальность. В последние десятилетия во всем мире и в странах СНГ отмечается рост регистрации детей с расстройствами психоречевого развития. У таких детей наблюдаются нарушения в различных областях, включая познание, память, внимание, распознавание эмоций и социальные навыки. Отсутствие активного использования речи закономерно ведет к затормаживанию психического развития. И, напротив, психические заболевания провоцируют недоразвитость речи. Эта взаимозависимость процессов формирования речи и психической деятельности делает проблему психоречевых расстройств социально значимой.

В основе многих расстройств развития речи лежит нарушенный баланс процессов торможения и возбуждения в головном мозге, который определяется различными нейрофизиологическими механизмами: работой синапсов, уровнем активности глутаматергической и ГАМК-ергической систем, межполушарными и внутрикортикальными взаимодействиями. Понимание этих патофизиологических аспектов заболевания привело к активному внедрению нейромодулирующих технологий. В мировой практике транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) зарекомендовала себя как безопасный метод, широко применяемый в психиатрии и неврологии, особенно для лечения когнитивных и речевых расстройств. В последнее десятилетие активно изучается влияние ТМС на поведенческие и речевые расстройства у детей [Casanova M.F et al., 2020; Griff J.R. et al., 2023]. Предложено множество эффективных протоколов лечения. В большинстве исследований в детской психиатрии, в связи с повышенной готовностью развивающегося мозга к

эпилептическим разрядам, используются протоколы низкочастотной стимуляции (<1 Гц), оказывающие ингибирующее воздействие на целевые нейронные сети за счет активации ГАМК-ергических систем. И крайне мало работ, посвященных применению ТМС у детей раннего возраста.

Цель. Изучить влияние ТМС на психоречевые расстройства у детей.

Материалы и методы исследования. За период 2021-2022 гг. в РНПЦ психического здоровья обследовано 36 детей с психоречевыми расстройствами (F80.0- F80.2, F80.8 и F84.0) в возрасте от 3 до 8 лет (медиана возраста 4,5 года), наблюдаемых амбулаторно: 24 мальчика (67%) и 12 девочек (33%). Критериями исключения являлись: нарушения слуха (по аудиограмме), объемное образование головного мозга, наличие металлических имплантов, эпилепсия, выраженные нарушения сердечного ритма, соматическая патология в период обострения.

В основной группе (20 детей) выполнен курс ТМС: низкочастотная ТМС 0,9 Гц (аппарат «Нейро-МС/Д», Нейрософт) правой дорсолатеральной префронтальной коры (ДЛПК) (15 минут), затем ТМС нижней лобной извилины правого полушария головного мозга (гомолог центра Брока) (10 минут). Процедура ТМС выполнялась в положении ребенка сидя на кресле или на коленях у родителя. Группа сравнения (16 детей) – без ТМС. В обеих группах детям также проводилась психологическая коррекция и занятия с логопедом. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Курс лечения – 4 недели (5 процедур в неделю с перерывом на выходные дни). Для оценки динамики психоэмоционального, речевого и поведенческого аспектов у детей применялась структурированная анкета наблюдения (разработана в РНПЦ психического здоровья), которую заполняли родители до и после прохождения курса ТМС. Патопсихологическая объективная оценка эффективности лечения проводилась по шкале «Определение речевых нарушений у детей 4-7 лет с аутизмом» (Инструкция по применению, Гребень С.А. и соавт., 2017), рейтинговой шкале оценки выраженности аутизма у детей (CARS). Нейрофизиологическая оценка по данным динамики диагностической ТМС и компьютерной электроэнцефалографии (ЭЭГ). Статистический анализ выполнен с помощью пакета Statistica 10.0 с использованием непараметрических методов.

Результаты. Все дети окончили курс лечения. Нежелательных реакций и осложнений применения ТМС выявлено не было. При оценке эмоциональной и речевой сферы после окончания курса ТМС в основной группе детей на 45% снизилась эмоциональная лабильность, на 62,4% уменьшилась плаксивость и проявления агрессивности, на 46 % – эпизодов повторяющегося поведения. Заметные положительные сдвиги поведенческих реакций наблюдались уже к окончанию первой недели курса ТМС.

Замечено увеличение вербальной активности (возросла частота спонтанной инициации речи, улучшилась способность выражения просьб, приветствие при встрече на процедуре) и расширение словарного запаса у 65% (13/20) детей ($\chi^2=8,0$, $p=0,005$), при этом эхολалия снизилась у 30% (6/20) ($\chi^2=5,8$, $p=0,017$) детей. Отметим, что понимание обращенной речи и выполнение просьб/инструкций улучшилось у 80% (16/20) детей, прошедших курс ТМС ($\chi^2=13,6$, $p<0,001$). Дети произносили больше слов или начинали говорить фразами. По шкале CARS после курса ТМС наблюдалась положительная динамика в следующих функциональных областях: эмоциональный ответ (уменьшение беспокойства при процедуре и частоты гримасничанья), адаптация к изменениям, игра (использование предметов), вербальная коммуникация. Важным событием являлось, у ряда детей, появление интереса к окружению и новой обстановке, а также удлинению времени фиксации взора на лицах взрослых. В основной группе отмечено снижение индекса шкалы

CARS на 20,6 % с 34 [28; 41] до 27 [21; 34] баллов ($p < 0,001$), в группе сравнения – без значимой динамики ($p > 0,05$).

Анализ нейрофизиологических параметров по данным диагностической ТМС показал повышение порога моторного ответа в 55% (11/20) случаев основной группы, и увеличение частоты реализации вызванных потенциалов моторных ответов. По данным ЭЭГ у 35% (7/20) детей основной группы отмечена положительная динамика в виде снижения выраженности медленноволновой и высокочастотной активности, появления пиковой частоты в диапазоне 6-13 Гц, исчезновение признака фокусирования бета-1, бета-2 активности, повышения индекса регулярного альфа-ритма, что свидетельствовало об организации основного ритма по сравнению с исходными данными и тенденции к восстановлению функционального состояния головного мозга. Это отражает свойство импульсного магнитного поля модулировать нейропластичность головного мозга у детей после курса лечения. Отмечена корреляция между динамикой показателей корковой возбудимости по данным диагностической ТМС и компьютерной ЭЭГ в основной группе.

Выводы. Полученные результаты демонстрируют, что корковая магнитная стимуляция оказывает реабилитационное действие на речевую сферу, повышает коммуникацию и социализацию детей. Разработанная методика последовательного воздействия низкочастотным магнитным полем на проекцию дорсолатеральной префронтальной коры и затем на проекцию гомолога зоны Брока показала высокую эффективность у детей раннего возраста. Выбранный протокол низкочастотной ТМС обеспечивает безопасность метода в отношении провокации эпилептических приступов. Применение нейромодулирующих технологий с использованием ТМС нивелирует устойчивое патологическое состояние в центральной нервной системе детей с психоречевыми расстройствами, создавая основу для последующих коррекционных вмешательств. Существует настойчивая потребность в изучении долговременных эффектов ТМС и поиске наиболее эффективных протоколов ее применения в детской психиатрии.

ДИНАМИКА КОНТРАСТНО-ЧАСТОТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Тумова М.А., Шошина И.И., Становая В.В., Гусейнова З.Т., Зазулина Ю.С., Иванов М.В.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург

DYNAMICS OF CONTRAST-FREQUENCY CHARACTERISTICS IN THE VISUAL SYSTEM OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Tumova M.A., Shoshina I.I., Stanova V.V., Guseinova Z.T., Zazulina Y.S., Ivanov M.V.

Введение. В последние десятилетия с развитием медицинских технологий и расширением данных о физиологии зрительной системы, накоплено достаточно данных, подтверждающих нарушения восприятия у больных шизофренией на ранних этапах обработки информации. Эти нарушения встречаются на всех уровнях обработки информации, однако особый интерес вызывают зрительные нарушения, что связано с объемом информации, поступающей через зрительный анализатор, лучшей изученностью данной системы, возможностью объективной оценки ее характеристик. Зрительные нарушения при шизофрении представляют интерес в качестве потенциального биомаркера психического состояния, однако ряд нерешенных вопросов затрудняют использование этих данных. На зрительное

восприятие может оказывать влияние не только состояние пациента, но возраст, лекарственная терапия, сопутствующие заболевания глаза и т.д. Для уменьшения влияния этих факторов мы изучили зрительные нарушения у больных шизофренией в динамике на второй и восьмой неделях стабильной антипсихотической монотерапии.

Цель. Изучить изменения зрительных нарушений у стационарных больных шизофренией на фоне изменения психического состояния.

Методы. В исследование было включено 11 стационарных пациентов с шизофренией, которые получали антипсихотическую монотерапию в отделении биологической терапии психически больных НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева и 13 здоровых испытуемых того же возраста и пола. Здоровые испытуемые были набраны из числа студентов и сотрудников СПбГУ.

Обследования пациентов проводились на 2-й и 8-й неделе лечения, здоровые испытуемые обследовались однократно. Исследование контрастно-частотных характеристик зрительной системы выполнялось с использованием компьютерной визоконтрастометрии. Визоконтрастометрия проводилась по методу обнаружения контраста элементов (решеток) Габора с пространственными частотами 0.4, 3.6, 17,9 цикл/угл. градус. Изображения элементов Габора разной пространственной частоты повторялись в случайном порядке 8 раз каждое. Тяжесть психического состояния оценивалась во время интервью врачом-психиатром с использованием шкалы PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale).

Критериями невключения для группы пациентов были возраст моложе 18 и старше 40 лет, отказ от участия, наличие актуальной продуктивной психопатологической симптоматики, определяющей поведение пациента; высокий риска суицидального и/или агрессивного поведения, наличие сопутствующего тяжелого острого или хронического соматического заболевания, требующего постоянной дополнительной терапии; беременность и период лактации; наличие онкологической патологии; органическое поражение ЦНС; алкогольной и/или наркотической зависимости, прием более одного антипсихотика и любых других психотропных препаратов (допускался прием тригексифенидила для коррекции экстрапирамидной симптоматики до 8 мг/сут) (Desmarais и др., 2014; Inada и Inagaki, 2015). Для контрольной группы критериями невключения были наличие в анамнезе психоневрологических заболеваний, наличие родственников первой и второй линии родства с психоневрологическими заболеваниями, итоговый балл по результатам заполнения Шкала депрессии Бека ≥ 14 , итоговые баллы по результатам заполнения шкалы тревоги Спилбергера ≥ 31 для каждой из подшкал, наличие тяжелых острых и хронических соматических заболеваний, хронических заболеваний на стадии обострения или декомпенсации, требующих постоянной дополнительной терапии, наличие заболеваний органов зрения, не поддающихся коррекции. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом (№ ЭК-И-120/19 от 24.10.2019). Все испытуемые перед началом исследования подписали добровольное информированное согласие. Обследование пациентов проводилось в соответствии с протоколом, стандартами GCP, Хельсинкской декларации всемирной медицинской ассоциации и нормативными требованиями. Тестирование пациентов проходило в присутствии врача-психиатра – сотрудника стационара. Острота зрения всех испытуемых была нормальной или скорректированной до нормы.

Результаты. Общий балл по PANSS на 2-й неделе терапии у пациентов в среднем составил 94.09 ± 17.58 балла, на 8-й неделе терапии составил 52.45 ± 6.06 , что было значимо ниже, чем на 2-й неделе ($V = 66$, $p\text{-value} = 0.004$). После проведения лечения у больных отмечалась тенденция к снижению порога в области низких частот ($V = 2207$, $p\text{-value} = 0.060$), однако и на второй и на восьмой недели пороги в области

низких частот у пациентов были значимо выше, чем в группе здоровых испытуемых ($W = 7233$, $p\text{-value} < 2.2e-16$, $W = 6924.5$, $p\text{-value} = 1.204e-11$, соответственно). Пороги контрастной чувствительности в области средних частот в группе пациентов и на 2-й и 8-й неделе были ниже, чем в группе здоровых ($W = 1479$, $p\text{-value} = 7.247e-12$, $W = 3156.5$, $p\text{-value} = 0.004$, соответственно), хотя после проведенного лечения отмечалось значимое повышение порога ($V = 925$, $p\text{-value} = 0.003$). В области высоких на 8-й неделе терапии пороги тоже увеличились ($V = 908$, $p\text{-value} = 2.084e-05$), на 2-й неделе пороги у больных были значимо ниже, чем у здоровых ($W = 2574.5$, $p\text{-value} = 2.757e-07$), а на 8-й неделе пороги в группах больных и здоровых не различались ($W = 4759.5$, $p\text{-value} = 0.461$).

Заключение. На основании полученных данных можно сделать предварительное заключение, что контрастно-частотные характеристики зрительной системы отражают динамику в изменении психического состояния. Из литературных данных известно, что нарушения в области низких пространственных частот у больных шизофренией возникают раньше всего (Adámek и др., 2022) и, видимо, являются наиболее стойкими. Изменения в области средних и высоких частот оказались более изменчивыми на фоне изменения психического состояния. К сожалению, наш дизайн не позволяет судить о стойкости выявленных изменений. Среди ограничений данной работы также были небольшие объемы выборок и гетерогенность проводимой терапии. Необходимы дальнейшие проспективные исследования для изучения связи зрительных нарушений с отдельными симптомами шизофрении.

Конфликт интересов.

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РФФИ (проект № 22-18-00074) “Психологические механизмы рассогласования восприятия и действия при решении задач в условиях зрительных иллюзий”.

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕРИКАПИЛЛЯРНОЙ МИКРОГЛИИ В ПРЕФРОНТАЛЬНОЙ КОРЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Вихрева О.В., Уранова Н.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

PROGRESSIVE DYSTROPHY OF PERICAPILLARY MICROGLIA IN THE PREFRONTAL CORTEX IN SCHIZOPHRENIA

Vikhreva O.V., Uranova N.A.

Обоснование. Нейровизуализационные и постмортальные исследования свидетельствуют о роли нейровоспаления и дисфункции микроглии в патогенезе шизофрении. Одним из важных факторов патогенеза шизофрении и механизмов нейровоспаления может быть показанное при хронической шизофрении нарушение гемато-энцефалического барьера (ГЭБ), при котором провоспалительные цитокины, противомозговые антитела и токсические метаболиты могут проходить через ГЭБ и непосредственно влиять на мозг. Микроглия и астроциты участвует в формировании ГЭБ. Олигодендроциты также участвуют в поддержании ГЭБ и транспорте веществ из капилляров в паренхиму мозга. Ранее мы показали дистрофические и деструктивные изменения перикапиллярных олигодендроцитов, достоверное набухание перикапиллярных астроцитарных ножек в префронтальной коре (ПФК) при шизофрении. Также были найдены дистрофические нарушения олигодендроцитов и микроглии, контактирующей с олигодендроцитами (МгОл) в слое 5 ПФК при шизофрении. Мы предположили, что при шизофрении может быть

дистрофия перикапиллярной микроглии (МгК), связанная с дистрофическими изменениями МгОл при шизофрении.

Цель исследования. Провести морфометрическое ультраструктурное исследование перикапиллярной микроглии (МгК) в префронтальной коре при шизофрении по сравнению с контролем и анализ корреляционных связей между параметрами МгК и МгОл, оцененными ранее в слое 5 префронтальной коры в тех же группах сравнения. Материал и методы. Проведено электронно-микроскопическое морфометрическое исследование МгК в слое 5 префронтальной коры (поле 10 по Бродману) аутопсийного мозга в 21 случаях шизофрении и 20 контрольных случаях без психической патологии. Групповые сравнения проводили с помощью ковариационного анализа (ANCOVA) с возрастом и постмортальным интервалом в качестве ковариат и корреляционного анализа Пирсона.

Результаты. Показано снижение объемной фракции (Vv), площади и количества митохондрий (все $p < 0.01$) и повышение Vv вакуолей эндоплазматического ретикулума ($p < 0.05$) в МгК при шизофрении по сравнению с контрольной группой. Площадь и количество вакуолей коррелировали положительно с возрастом только в группе шизофрении ($r = 0.50$, $r = 0.45$, $p < 0.05$) и с длительностью болезни ($r = 0.48$, $p < 0.05$). Численная плотность МгК повышена недостоверно (+20%) и коррелировала положительно с численной плотностью МгОл ($r = 0.53$, $p < 0.05$) и площадью митохондрий ($r = 0.47$, $p < 0.05$) в группе шизофрении, но не в контрольной группе. Сравнение реактивности МгК и МгОл выявило сходство в изменениях параметров митохондрий и вакуолей при шизофрении. В группе шизофрении найдены достоверные корреляции между параметрами МгК и МгОл по Vv митохондрий ($r = 0.73$, $p < 0.001$), количеству митохондрий ($r = 0.77$, $p < 0.001$) и отрицательные корреляции Vv митохондрий в МгК с площадью липофусцина в МгОл ($r = -0.65$, $p < 0.01$). В контрольной группе только Vv митохондрий в МгК и МгОл достоверно коррелировали с между собой ($r = 0.55$, $p < 0.05$).

Заключение. Результаты свидетельствуют о прогрессирующем нарушении метаболизма МгК при хронической шизофрении, которое может быть связано с состоянием хронического стресса микроглии и умеренным воспалением. Обнаружено сходство дистрофических изменений МгК и МгОл и достоверные корреляции между изменениями в МгК и нарушениями в МгОл при шизофрении, но не в контрольной группе. Эти данные позволяют предположить, что дистрофические изменения перикапиллярной микроглии и микроглии, контактирующей с олигодендроцитами, при шизофрении могут быть связаны с повреждением гемато-энцефалического барьера. Митохондрии в микроглии могут быть мишенью для новой стратегии терапии шизофрении.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ В КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНЕЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Усенко Т.С., Безрукова А.И., Башарова К.С., Байдакова Г.В., Изюмченко А.Д.,
Николаев М.А., Милухина И.В., Пальчикова Е.И., Захарова Е.Ю.,
Залуцкая Н.М., Незнанов Н.Г., Пчелина С.Н.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

НИЦ «Курчатовский институт» - ПИЯФ

ФГБНУ МГНЦ

Институт мозга человека РАН

Институт персонализированной психиатрии и неврологии

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Санкт-Петербург, Гатчина, Москва

ALTERATION OF ENZYME ACTIVITIES IN THE BLOOD OF PATIENTS WITH LATE SCHIZOPHRENIA

*Usenko T.S., Bezrukova A.I., Basharova K.S., Baydakova G.V., Izyumchenko A.D.,
Nikolaev M.A., Miliukhina I.V., Palchikova E.I., Zakharova E.Yu., Zalutskaya N.M.,
Neznanov N.G., Pchelina S.N.*

Шизофрения представляет собой психическое расстройство с распространенностью 0,7-1% населения во всем мире и характеризуется нарушением дофаминергической нейротрансмиссии в нейронах головного мозга. Последние данные указывают на нарушение липидного профиля, в частности сфинголипидов, как одной из основных групп веществ, участвующих в липидном обмене головного мозга у пациентов с шизофренией.

Цель настоящего исследования заключалась в оценке уровня активности ферментов, а также концентрации их соответствующих субстратов, относящихся к классу сфинголипиды, у пациентов с поздней шизофренией, болезнью Паркинсон (БП) и в контроле.

В исследование было включено 52 пациента с поздней шизофренией (средний возраст: 61.0 ± 11.1 год, возраст начала заболевания: 51.1 ± 11.5 год, 20 мужчин, 32 женщины) 180 пациентов с БП (средний возраст: 63.5 ± 9.2 года, возраст начала заболевания: 57.6 ± 10.2 год, 75 мужчин, 105 женщин) и 176 неврологически здоровых лиц (контрольная группа) (средний возраст: 62.4 ± 8.9 года, 70 мужчин, 106 женщин), сопоставимых по полу и возрасту. Активность лизосомных ферментов (альфа-галактозидаза (GLA), кислая сфингомиелиназа (ASMase), кислая альфа-глюкозидаза (GAA), галактозилцереброзидазы (GALC), GCase) и концентрацию их субстратов (глоботриаозилсфингозин (LysoGb3), сфингомиелин (LysoSM), гексозилсфингозин (HexSph)) оценивали методом высокоэффективной жидкостной хроматографии в сочетании с тандемной масс-спектрометрией (ВЭЖХ-МС/МС) в сухих пятнах крови.

В результате было выявлено статистически значимое снижение активности фермента ASMase и накопление его субстрата LysoSM, а также увеличение активности GLA и накопление его субстрата LysoGb3 ($p < 0.0001$). Также в группе пациентов с поздней шизофренией показано накопление субстрата HexSph по сравнению с пациентами с БП и контролем ($p < 0.0001$). Однако, статистически значимых изменений в уровне активности соответствующего фермента GCase между группами выявлено не было ($p > 0.05$).

Наши результаты подтверждают выраженное нарушение сфинголипидного метаболизма в патогенезе поздней шизофрении. Так как ранее было показано, что обмен сфинголипидов в не регулируется антипсихотическими препаратами, наши

данные открывают новые подходы к разработке таргетной терапии шизофрении по средством возможного воздействия на активность ферментов.

Работа выполнена в рамках государственного задания по теме "Фармакодинамические белки клеток периферического русла в прогнозе антипсихотической терапии" (регистрационный номер No 121052800046-9).

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СТИГМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Усова А.А., Жданова Ю.А., Гашков С.И.

ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России; БУЗОО «КПБ им Н.Н. Солодникова»

Омск

FEATURES OF INTERNALIZED STIGMA IN PATIENTS WITH VARIOUS DURATION OF PARANOID SCHIZOPHRENIA

Usova A.A., Zhdanova Yu.A., Gashkov S.I.

Актуальность исследования: Формирование у пациентов с параноидной шизофренией внутренней стигмы в отношении имеющегося у них психического расстройства приводит к удлинению сроков формирования ремиссии и затруднению восстановления социальных функций. При проведении реабилитационных мероприятий в отношении таких лиц важно учитывать специфику внутренней стигмы на разных этапах болезни.

Цель исследования: выявление особенностей внутренней стигмы у больных параноидной шизофренией с разной длительностью заболевания в состоянии ремиссии.

Материалы и методы: нами было обследовано 148 пациентов, наблюдающихся в БУЗ Омской области «КПБ им. Н.Н. Солодникова» с установленным диагнозом параноидной шизофрении (F20.014, МКБ-10), находящихся в состоянии лекарственной ремиссии не менее шести месяцев. Данная популяция была разделена на две группы: первая включала в себя 70 пациентов (47,3% от всех обследованных) с длительностью заболевания менее пяти лет и количеством госпитализаций в анамнезе не более трех, что соответствует критериям первого психотического эпизода. Вторая группа была представлена 78 пациентами (52,7% выборки), болеющими более пяти лет и имеющими более трёх госпитализаций в анамнезе.

Возраст пациентов составил от 18 до 65 лет. Среди них было 54,1% мужчин (n=80) и 45,9% женщин (n=68).

В ходе работы применялись клинико-психопатологический, психометрический и статистический методы. Для количественной оценки переживаний внутренней стигмы нами был использован «Опросник по самостигматизации».

Результаты и обсуждение: Уровень самостигматизации в группе пациентов с первым психотическим эпизодом составил 53,9 [25; 98,5] балла, а среди тех, кто болен давно 86,1 [43; 128] балла.

Нами выявлена сопряженность уровней всех компонентов самостигматизации в обеих группах. При этом статистически значимые различия были выявлены только у четырех компонентов из девяти.

Так, второй компонент внутренней стигмы – переживания нарушения Я-идентичности в большей степени выражен у давно болеющих пациентов (11 [4; 21,5] баллов), чем у лиц с первым психотическим эпизодом (8 [3,5; 14] баллов). Выявленные различия могут быть связаны с переживанием пациентом факта наличия психической расстройства, получения лекарственной терапии, изменения отношения со стороны близких. Более высокие значения второго компонента у лиц

с длительным течением шизофренического процесса свидетельствуют об искажении восприятия ими собственной идентичности и склонности объяснять проблемы в своем социальном функционировании болезнью.

Значения третьего компонента самостигматизации – готовность категории «психически больных» в сфере трудовой адаптации ($p=0,013$), также были выше у лиц с длительным течением болезненного процесса – 8,8 [4,3; 12,2] баллов, в то время как у недавно болеющих величина этого компонента составила 4,8 [2; 10,2] баллов. Высокие значения третьего компонента внутренней стигмы связаны, в большей степени, со сложившимися у пациента в течение жизни представлениями о психически больных, нежели с негативным опытом по отношению к себе, как психически больному.

Четвертый компонент внутренней стигмы – деидентификация от окружающих в социальной сфере – являлся наиболее выраженным в группе давно болеющих пациентов – 20 [5,7; 28,4] баллов. У лиц с первым психотическим эпизодом данный показатель не был самым выраженным среди остальных и составил 10,3 [3,8; 21,5] баллов. Важно отметить, что деидентификация от окружающих в социальной сфере может быть обусловлена рядом факторов: психотической симптоматикой, дефицитарными расстройствами, недостаточным уровнем самосознания. У пациентов с длительным течением процесса, находящимися в ремиссии, преобладание четвертого компонента имеет тесную связь с негативной симптоматикой. В отношении недавно болеющих можно говорить о постепенном формировании новой идентичности, когда сформированные ранее стереотипы и предубеждения в отношении психически больных начинают оборачиваться против самого пациента.

Пятый компонент самостигматизации – дистанцирование от психически больных в сфере внутренней активности – также оказался выше у пациентов из второй группы (10 [4,3; 14] баллов), чем у первой (6,2 [3,3; 10,9] баллов). У давно болеющих лиц сформировано осознание своего психического расстройства. Однако осознание ими болезни нередко приводит к стремлению избегать общества, ожидая негативного отношения окружающих. Если при оценке психического статуса не учитывать этот факт, есть вероятность преувеличения выраженности негативных симптомов, за частью из которых могут стоять реакции на заболевание. В таком случае, при выраженном пятом компоненте внутренней стигмы можно предположить наличие сохранных критических способностей. Недостаточная сформированность новой внутренней идентичности у недавно заболевших, вероятно, обусловила более низкое значение этого компонента.

Выводы: внутренняя стигма у лиц с разной длительностью течения шизофренического процесса, находящихся в состоянии ремиссии, имеет существенные отличия. При этом формальные показатели самостигматизации у некоторых пациентов может быть одинаковы, но первопричина оказывается различной. В одном случае мы можем говорить о реакции личности на болезнь, то в другом – об особенностях клинической картины заболевания. Полученные данные позволяют разрабатывать реабилитационные программы для пациентов с различной продолжительностью заболевания с учетом особенностей внутренней стигмы. Важно отметить, что при проведении дестигматизирующих мер следует учитывать выраженность переживаний самостигматизации только в сочетании с особенностями личности пациента, его анамнезом, семейным климатом и индивидуальными особенностями проявлений заболевания.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Усюкина М.В., Корнилова С.В., Лаврущик М.В.

ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России
Москва

ALGORITHM FOR THE DIAGNOSIS OF NEUROCOGNITIVE DISORDERS IN PEOPLE SUFFERING FROM EPILEPSY

Usyukina M.V., Kornilova S.V., Lavrushchik M.V.

Цель исследования. Разработка принципов количественной и качественной оценки нейрокогнитивных доменов при эпилепсии.

Материал и методы. Проведено клинико-психопатологическое обследование 42 больных, которым был установлен диагноз эпилепсии, в возрасте от 24 до 60 лет (в среднем 37,6 лет), с длительностью заболевания в среднем 16,8 лет, находившихся на обследовании в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского». В 34 случаях был установлен диагноз «Органическое расстройство личности в связи с эпилепсией» (F 07.02), пяти больным – «Органическое эмоционально-лабильное расстройство», трое – «Деменция в связи с эпилепсией».

При проведении исследования использовались клинико-психопатологический, статистический методы. Для диагностики когнитивных функций проводилось психометрическое исследование при помощи Адденбрукской шкалы оценки когнитивных функций III (Addenbrooke's Cognitive Examination ACE-III). Данная шкала позволяет прицельно оценить содержание нейрокогнитивных доменов с квалификацией отдельных субдоменов, состоит из 5 основных компонентов оценки: внимание и ориентация, память, речевая активность (вербальная беглость), речь и зрительно-пространственные функции. Статистический анализ полученных данных осуществлялся на базе MS Excel и программы Jamovi 2.2.5. Нормальность распределения показателей методик в каждой из групп проверялась с использованием критерия Шапиро-Уилка. Для количественных показателей статистически характеристики представлены в виде медианы (Me). Непараметрические зависимые анализировались при помощи критерия Краскела-Уоллиса.

Результаты исследования. На основании проведенного исследования больных эпилепсией было выделено три группы: с легкими, умеренными и выраженными когнитивными нарушениями. Был проведен анализ нарушений когнитивных доменов (внимание, память, речь, перцептивно-моторные и зрительно-пространственные функции) при различной выраженности когнитивных расстройств вследствие эпилепсии. У больных с легкими когнитивными нарушениями (23 чел. – 54,7%) выявлялась астеническая симптоматика, эмоциональная лабильность, нарушения внимания. В группе лиц с умеренными когнитивными расстройствами (12 чел. – 28,5%) отмечалось преобладание нарушений внимания, памяти, речи, явления брадикинезии, олигофазии, нарастание нарушений динамического компонента мышления. При наличии выраженных когнитивных расстройств (7 чел. – 16,67%) отмечались инертность и торпидность всех психических процессов, явления олигофазии, нарушение критических способностей.

При проведении психометрического исследования, среднее значение общего балла в группе больных эпилепсией с легкими нарушениями составило 82, с умеренными – 66, с выраженными – 44 баллов, что позволяет говорить о прогрессирующем когнитивном снижении. Психометрическое исследование лиц с легкими когнитивными нарушениями выявило среднее значение общего балла внимания,

которое составило 17 баллов, при максимальном – 18. Выявлялись недостаточность концентрации, колебания устойчивости при способности к переключаемости внимания. При отсутствии нарушений зрительного восприятия были снижены зрительно-конструктивные способности (6 баллов, при максимальном – 8).

Показатель общего балла речевых способностей был снижен за счет уровня вербальной беглости – 9 баллов, при максимальном – 14. Нарушение экспрессивной речи было обусловлено снижением фонематической беглости речи при сохранности семантической. Выявлялись снижение отсроченного воспроизведения - 3 балла, при максимальном – 7. Объем непосредственного запоминания, воспроизведение информации, кратковременная память были снижены незначительно. У больных с умеренными когнитивными нарушениями среднее значение общего балла внимания составило 13 баллов, при максимальном – 18. Выявлялось снижение концентрации и устойчивости внимания. Показатель общего балла зрительно-пространственных функций составил 13 баллов, при максимальном – 16. При анализе зрительно-конструктивных функций было выявлено их снижение – 5 баллов, при максимальном значении – 8 с преобладанием нарушений в тесте «рисования часов» в виде неточности изображения контура, расположения цифр и стрелок. Показатель общего балла речевых функций составил 21 балл. Нарушение экспрессивной речи было обусловлено снижением как фонематической, так и семантической беглости речи соответствовал 9 баллам, при максимальном значении – 14). Показатель общего балла памяти составил 12, при максимальном значении – 26 баллов. Выявлялись нарушения долговременной памяти с неспособностью длительного сохранения и воспроизведения информации, значительное снижение запоминания и устойчивости памяти. Объем непосредственного запоминания, эпизодическая, семантическая и кратковременная память были снижены. При исследовании больных с выраженными когнитивными нарушениями среднее значение общего балла внимания составило 8 баллов, при максимальном – 18. Отмечалась выраженная брадипсихичность с грубым снижением концентрации и устойчивости внимания, неспособностью усвоения инструкций. Наблюдалось нарушение зрительного восприятия как на узнавание букв, так и при задании на зрительный счет. Фонематическая и семантическая беглость речи была значительно нарушена (1 балл, при максимальном – 14). Выявлялись значительные нарушения кратковременной памяти, крайне низкий уровень непосредственного запоминания. Эпизодическая и семантическая память больных были существенно снижены.

Сравнение групп обследуемых с легкими, умеренными и выраженными когнитивными нарушениями между собой по критерию Краскела-Уоллиса по результатам Адденбрукской когнитивной шкалы показало статистически значительное нарушение нейрокогнитивных доменов внимания, памяти, речи и вербальной беглости у больных с выраженными когнитивными расстройствами по отношению к группе с легкими. Выявлена статистически достоверная разница значений по показателю домена памяти между группами с легкими и умеренными когнитивными нарушениями, являющимся наиболее часто поражающимся доменом при умеренных когнитивных нарушениях. Обнаружена статистически значимая разница по доменам речи (вербальной беглости, названия предметов и понимания речи) между группами с умеренными и выраженными когнитивными нарушениями.

Выводы. Выявленные при клинико-психопатологическом исследовании когнитивные нарушения затрагивают все нейрокогнитивные домены и определяют полиморфизм клинической картины. Для понимания и углубленного изучения патогенетических механизмов, лежащих в основе данных психических расстройств, необходима комплексная оценка клинических особенностей эпилептической

болезни с использованием психометрических методик, позволяющих дать количественную характеристику имеющихся когнитивных нарушений.

Представленное в данном исследовании подразделение групп больных эпилепсией может служить моделью динамики эпилептического процесса с прогрессивным нарастанием когнитивных нарушений, что выражается в количестве пораженных доменов и интенсивности нарушений когнитивных функций. Анализ проведенного комплексного исследования показал необходимость проведения скрининга когнитивных нарушений у больных эпилепсией с использованием психометрических шкал оценки когнитивных функций, нацеленных на исследование нейрокогнитивных доменов. Применение психометрического исследования позволяет оценить состояние когнитивных функций у больных эпилепсией, диагностировать наблюдаемые у больных расстройства памяти, внимания, речи, зрительно-пространственных функций. Психометрическая оценка нарушений доменов и их субдоменов согласуется и дополняет клинко-психопатологическую квалификацию всех когнитивных способностей и демонстрирует необходимость интегративной (качественной и количественной) диагностики нейрокогнитивных нарушений при эпилепсии.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ ОБЩИХ СВОЙСТВ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ) У БОЛЬНЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ПОВЫШЕННОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ВОЗБУДИМОСТЬЮ

Файзуллоев А.З., Хруленко-Варницкий И.О.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России
Москва

PSYCHOPHYSIOLOGICAL INDICATORS OF THE GENERAL PROPERTIES OF THE NERVOUS SYSTEM (COGNITIVE PROCESSES) IN PATIENTS WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS WITH INCREASED EMOTIONAL EXCITABILITY

Fayzullov A.Z., Khrulenko-Varnitsky I.O.

Актуальность. Одними из ведущих клинических проявлений, характерных для больных с непсихотическими психическими расстройствами (НПП) являются нарушения эмоционального реагирования. Следуют, отметить, что эти нарушения в когнитивной, аффективной, поведенческой сферах сопряжены и сопровождаются полиморфными психофизиологическими проявлениями.

Цель исследования – установить у больных с НПП, протекающих с повышенной раздражительностью (ПР) и эмоциональной возбудимостью (ЭВ) особенности когнитивного функционирования (КФ) и способностей (КС) с целью выработки объективных критериев их эффективной терапии, реабилитации и профилактики.

Материал и методы. Исследование проведено в Отделе пограничной психиатрии ФГБУ НМИЦПН им. В.П.Сербского. Целенаправленно изучено 89 больных у которых по клиническим данным, преобладали больные с рекуррентным депрессивным расстройством (либо депрессивным эпизодом, дистимией), тревожной депрессией (либо астенической, истерической) - возникших преимущественно после стрессовых событий пролонгированного характера. Клинико-психопатологические характеристики пациентов оценивались с помощью специально разработанных опросников и исследовательской карты. Клинико-психофизиологическая оценка КФ и когнитивных способностей КС проводилась с применением специально сформированной, в соответствии с дизайном исследования, батареи тестов на компьютеризованном психофизиологическом диагностическом комплексе (МПМ-

05). Оценивались такие базовые характеристики когнитивной сферы, как кратковременную и оперативную память, внимание, мышление и интеллект.

Результаты и их обсуждение. Применением кластерного анализа результатов в исследовательской выборке были выделены две группы – с низкими (1 группа) и высокими (2 группа) показателями ЭВ и ПР для последующего структурного анализа и оценки особенностей КФ и КС.

Изучение психофизиологических характеристик функции одного из стержневых компонентов когнитивных способностей – внимания, при выполнении тестов «Корректирующая проба с кольцами Ландольта» и «Расстановка чисел» установлен ряд закономерностей. В первой кластерной группе у больных отмечается умеренное снижение показателей эффективности и продуктивности как произвольного, так и произвольного внимания, при этом отмечается полная сохранность этих параметров у постпроизвольного внимания. Для пациентов, входящих во вторую кластерную группу, при неизменных характеристиках эффективности и продуктивности произвольного и произвольного внимания, были характерными более высокие значения эффективности и продуктивности постпроизвольного внимания, по сравнению с популяционными показателями физиологической нормы. При анализе результатов тестов «Память на слова», «Память на лица» и «Память на время», отражающих взаимосвязь психофизиологических параметров краткосрочной и оперативной памяти с уровнем активационных процессов в ЦНС, свидетельствуют об неизменности характеристик продуктивности и эффективности кратковременной памяти в обеих группах больных. Однако в то же время, отмечалось снижение продуктивности и эффективности оперативной памяти в них, при сбалансированном тренде возбуждения в первой группе, одновременно со значительным повышением уровня активационных процессов у больных второй группы.

Использованием методик «Прогрессивные матрицы Равена» (для оценки общего и невербального интеллекта) и «Исключения слова» (для определения вербального интеллекта) были установлены средний уровень общего и невербального интеллекта при высоком уровне его вербального компонента у пациентов первой группы. В тоже время больным второй группы было присуще значительное снижение уровня общего и невербального интеллекта, при среднем уровне вербального.

Системный структурный анализ полученных данных тестовых заданий для оценки эффективности и продуктивности базовых психофизиологических характеристик иерархической самоорганизации процесса мышления, таких как систематизация, категоризация и формализация, с использованием тестов: «Линейный глазомер», «Сортировка слов» и «Тест Струпа» продемонстрировал сохранность высокой эффективности и продуктивности процесса систематизации в обеих группах, при среднем уровне процессов категоризации и формализации у больных, входивших в первую группу. У пациентов второй группы отмечалось значительное снижение всех трех компонентов мышления.

Полученные результаты позволяют прийти к выводу о том, что психофизиологические особенности КФ и КС больных НПР тесно сопряжены с выраженностью эмоциональной возбудимости и повышенной раздражительности и, по-видимому, отражают некоторую слабость и неустойчивость механизмов, обеспечивающих и поддерживающих психическую адаптацию.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Хабаров И.Ю., Марченко А.А., Лобачев А.В., Виноградова О.С., Колодин С.Н.

Военно-медицинская академия

Санкт-Петербург

*PROBLEMATIC ISSUES OF MILITARY MEDICAL EXAMINATION OF MILITARY
PERSONNEL WITH MENTAL DISORDERS*

Khabarov I.Yu., Marchenko A.A., Lobachev A.V., Vinogradova O.S., Kolodin S.N.

Цель исследования: изучение актуальности существующих проблем военно-врачебного освидетельствования военнослужащих с психическими расстройствами, а также оценка перспективных направлений и способов их решения.

Материал и методы. В ходе оказания методической помощи на этапе подготовки представлений на военно-врачебную комиссию (ВВК) были выборочно, случайным образом, проанализированы 383 свидетельства о болезни, заключения ВВК, представления на ВВК, истории болезни и иная документация военнослужащих по контракту и по призыву, освидетельствованных в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), дислоцированных на территории Западного военного округа.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного анализа документации 328 военнослужащих по призыву, 27 военнослужащих по контракту, 24 офицеров, 4 военнослужащих-женщин выявлено, что наибольшее количество среди всех категорий военнослужащих было освидетельствовано по ст. 17 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) – 86,3 %; 44,5 %; 25,0 % и 50,0 % соответственно. Среди военнослужащих по призыву наряду со ст. 17 преобладали также освидетельствованные по ст. 18 (расстройства личности) – 5,2 % – и ст. 15 (эндогенные психозы) – 5,5 %. Среди военнослужащих по контракту преобладали освидетельствованные по ст. 19 (психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ) и по ст. 15 – по 18,5 %, в то время как среди офицеров – освидетельствованные по ст. 14 (органические психические расстройства) – 29,2 %, а среди военнослужащих-женщин – по ст. 14 и по ст. 15 – по 25,0 %. Лиц с умственной отсталостью (ст. 20) среди освидетельствованных военнослужащих по контракту, офицеров и военнослужащих-женщин ожидаемо не было. Все освидетельствованные по ст. 18 военнослужащие по контракту (14,8 %) заключили контракт и были освидетельствованы в течение первого года военной службы.

Преимущественное возникновение невротических психических расстройств (ПР) (ст. 17) у военнослужащих по призыву в возрасте 18-20 лет, вероятно, связано со стрессом в непривычных условиях существования; установление диагноза «Шизофрения» и «Биполярное аффективное расстройство» (ст. 15) у этой же категории военнослужащих соответствует закономерностям течения ПР. Выявление расстройств личности (ст. 18) и умственной отсталости (ст. 20) у военнослужащих по призыву в возрасте 18-20 лет, прежде всего, связано с дефектами работы призывной комиссии. В то же время, в связи с возрастной динамикой ПР для военнослужащих по контракту были наиболее характерны органические заболевания головного мозга (ст. 14), а также аддиктивная патология (ст. 19), которая проявлялась преимущественно синдромом зависимости от алкоголя.

Отсутствие психодиагностического (тестологического) обследования (46 – на военнослужащих по призыву) в ряде комплектов документации, представленных на проверку и утверждение, объясняется отсутствием в лечебно-профилактическом учреждении штатного медицинского (клинического) психолога. Это в целом не повлияло на постановку диагноза и вынесение экспертного заключения, однако,

несомненно, не исключает субъективизацию со стороны врачей-психиатров при постановке диагноза и вынесении экспертного заключения. Несмотря на то, что в таких условиях повышается значимость обязательного использования всеми врачами-психиатрами клинических диагностических шкал при освидетельствовании военнослужащих с ПР по ст. 17, такое обследование (ни первичное при поступлении, ни повторное перед освидетельствованием) не проводилось. В представленной документации на этих же военнослужащих отмечались несоответствие диагноза критериям МКБ 10-го пересмотра (всего 5 – на военнослужащих по призыву, из них по ст. 17 – 3, по ст. 18 – 2) и несоответствие установленного диагноза экспертному решению (3 – на военнослужащих по контракту, 17 – на военнослужащих по призыву, из них по ст. 14 – 1 и 0, по ст. 17 – 2 и 17 соответственно).

Выявленные в ходе изучения медицинской документации недостатки, очевидно, являются следствием отсутствия жестких требований нормативных документов, регламентирующих унифицированные алгоритмы обследования военнослужащих с ПР. Существующие Стандарты, с одной стороны, не в достаточной степени определяют, как именно должно проводиться обследование пациента, поскольку включают в себя неясно сформулированные понятия «Усредненный показатель частоты предоставления» и «Усредненный показатель кратности применения», носящие вероятностный характер, а, с другой стороны, не предписывают выполнение диагностических процедур конкретным специалистам. Вследствие этого, например, входящее в Стандарты экспериментально-психологическое (тестологическое) обследование, которое является обязательным при первичном обследовании пациентов с ПР, врачами-психиатрами при отсутствии в штате медицинских (клинических) психологов не проводится, поскольку формально не входит в их должностные обязанности. Недостаточный контроль со стороны должностных лиц, отвечающих за качество оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях, с одной стороны, и отсутствие системы информирования врачей-специалистов приводит к неполной осведомленности в части требований руководящих документов. Кроме того, существующая в настоящее время система повышения квалификации врачей-специалистов, даже с учетом активно развивающейся сейчас системой непрерывного медицинского образования, не может своевременно давать оперативную информацию по актуальным изменениям в регламентирующих документах. Информирование в лечебно-профилактических учреждениях часто носит формальный характер, централизованного распространения бюллетеней, где были бы представлены обобщенные изменения в руководящих документах, новые рекомендации и т.д., а также доступного информационного ресурса с аналогичной информацией, в настоящее время нет.

Выводы:

1. С целью повышения качества военно-врачебной экспертизы (ВВЭ) у военнослужащих с ПР, наряду с уточнением имеющихся Стандартов, необходимо внедрение унифицированных алгоритмов обследования с использованием методов объективизации ПР в дополнение к основному клинко-психопатологическому методу.
2. Требуется дальнейшее совершенствование критериев оценки качества медицинской помощи и эффективности проводимого лечения для уточнения критериев экспертных заключений при проведении ВВЭ у военнослужащих с ПР.
3. В связи с имеющимися в Расписании болезней разногласиями, а также предстоящим переходом на МКБ 11-го пересмотра, требуется существенная переработка перечня статей и пунктов статей раздела 5 ПР, а также разработка

новых и уточнение имеющихся критериев вынесения экспертного решения при ВВЭ у лиц с ПР.

4. Необходимо интенсифицировать возможности имеющихся систем повышения квалификации и информирования врачей-специалистов в части касающейся обследования и ВВЭ военнослужащих с ПР, для чего следует предусмотреть регулярный выпуск тематических бюллетеней и своевременное размещение их на доступных информационных ресурсах.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Халезова Н.Б., Рожков В.П., Скворцов Н.Л., Рида О., Лебедева У.В.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России; СПб ГБУЗ «Центр по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»; ФГБУН ИЭФБ РАН

Санкт-Петербург

*MENTAL DISORDERS AND NEURODYNAMIC PROCESSES
IN PATIENTS WITH HIV INFECTION*

Khalezova N.B., Rozhkov V.P., Skvortsov N.L., Rida O., Lebedeva U.V.

Цель: изучение психической адаптации ВИЧ-инфицированных пациентов и формирования дезадапционных расстройств по данным ЭЭГ-оценки индивидуальных и типологических особенностей перестройки регуляторных нейродинамических процессов.

Материалы и методы: Обследованы 100 больных ВИЧ-инфекцией, состоящих на диспансерном наблюдении в СПб ГБУЗ Центр СПИД: 46 мужчин в возрасте от 18 до 47 лет, 31.4 ± 7.0 (m \pm sd) лет и 54 женщины в возрасте от 22 до 60 лет, 37.2 ± 9.1 (m \pm sd) лет.

Критерии включения: диагноз ВИЧ-инфекция, отсутствие назначения антиретровирусной терапии (АРТ) на момент обследования. Критерии исключения: синдромы зависимости или злоупотребления психоактивных веществ (ПАВ) в анамнезе; посттравматические изменения ЦНС; инфекционные, сосудистые заболевания ЦНС, сопутствующие психические расстройства психотического уровня; деменция. Дизайн исследования: кросс-секционное.

Методы обследования: клиничко-анамнестический; клинический психиатрический (+ шкалы краткой оценки психического состояния (НАМА, MADRS).

Также использовали стандартные лабораторные методы: количественное определение РНК вируса ВИЧ 1-го типа (вирусная нагрузка, копий/мл); оценка количества и процента субпопуляций лимфоцитов – CD3 Т-лимфоциты, CD4 Т-хелперы, CD8-Т-цитотоксические; гематологические с общим анализом крови; биохимические исследования (показатели АлТ, АсТ, общего билирубина, холестерина, креатинина, глюкозы крови).

С целью объективной характеристики функционального состояния ЦНС использовали данные оценки биоэлектрической активности головного мозга (БЭА). Запись ЭЭГ осуществляли на 16-канальном электроэнцефалографе-анализаторе ЭЭГА-21/26-"Энцефалан-131-03" (фирмы «Медиком МТД», Россия) по международной системе «10-20» в полосе 0.5-70 Гц с частотой дискретизации 250 Гц. Использовали монополярные отведения с объединёнными ушными референтными электродами. Для компьютерного анализа ЭЭГ использовалась схема отведений «CAR» (Common Average Reference – референтный электрод с усредненным потенциалом).

Для анализа нейродинамических процессов по данным ЭЭГ обследования использовались подходы частотно-временных перестроек паттернов ЭЭГ,

разработанных в дискретной математике (теория графов, теория потоков в сетях). Оценивали условные вероятности взаимных переходов волн четырех основных частотных диапазонов ЭЭГ (Δ , θ , α , β). По этим данным составляли матрицу вероятностей переходов между различными частотными диапазонами ЭЭГ. Для наглядного представления матриц вероятностей переходов строили ориентированные вероятностные графы. Для описания вероятностных графов использованы понятия теории потоков в сетях (Сороко С.И., Бекшаев С.С., 2015).

Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием пакета статистических программ Statistica 10.0 (StatsoftInc., США).

Результаты. Большинство пациентов имели среднее и высшее образование (95%), работали (84%), проживали в удовлетворительных бытовых условиях. Мужчины чаще, чем женщины (70% и 20%, соответственно) имели семьи, 26% мужчин и 17% женщин находились в разводе.

Большинство больных находились на 3А и 4А стадиях ВИЧ-инфекции (МКБ-10).

Тревожные переживания были наиболее часто встречающимися (у 56) для данной категории пациентов. На слабость, утомляемость в рамках астенического симптомокомплекса жаловался 51 пациент.

Ипохондрия навязчивого уровня выявлялась у 22 пациентов, сверхценного – у 8 человек. Нарушения сна проявлялись у 20 больных. Частота тревожных переживаний, ипохондрических, инсомнических, депрессивных расстройств и манифестации психоорганического синдрома в группе женщин была значимо выше, чем в группе мужчин ($p < 0,05$).

По шкале MADRS у большинства (82) степень снижения настроения не достигала выраженности депрессивного эпизода, у 15 пациентов отмечались симптомы малого депрессивного эпизода, у 3 пациентов – наблюдались проявления большого депрессивного эпизода.

По шкале НАМА у 48 пациентов признаков тревоги не наблюдалось, для 29 пациентов была характерна субклиническая тревога, для 12 – тревога легкой степени, для 9 пациентов – умеренная тревога, для 2 пациентов – выраженная тревожная симптоматика. Уровень тревоги (НАМА) у женщин был выше, чем у мужчин ($10,4 \pm 8,6$ vs $7,1 \pm 7,4$; $p = 0,046$).

Астенический вариант психоорганического синдрома отмечался у 27 пациентов.

Пациенты распределялись по психиатрическим диагностическим рубрикам (МКБ-10) следующим образом: Невротические и связанные со стрессом расстройства (F4) – 36 человек, органические психические расстройства (F06) – 22 человека, без психической патологии – 42 человека.

По данным визуального анализа ЭЭГ, лишь 18 (19,1%) обследованных больных полностью отвечали нормативным критериям. Наиболее часто обнаруживались нарушения в форме неправильного топического распределения альфа-ритма, пароксизмальных изменений (включающих редуцированные, реже типичные эпилептиформные потенциалы), повышения индексов медленно волновой активности, в том числе в лобных областях, а также избыточной диффузной асинхронной частой активности. В значительном числе случаев отмечено выраженное усвоение ритма за пределами физиологического диапазона частот при РФС, замедленное восстановление ритма во время пробы на ГВ.

Количественные критерии позволяют выделять три типа организации ЭЭГ, три типа центральных механизмов регуляции (ЦМР) – с высоким (I тип), средним (II тип) и низким (III тип) уровнями адаптивной регуляции нейродинамических процессов

Среди лиц с I типом ЦМР преобладали мужчины, с II и III типами ЦМР – женщины ($p = 0.007$).

У пациентов со вторым типом адаптивного реагирования наблюдалось ослабление альфа-ядра взаимодействия волновых компонентов ЭЭГ, повышалась доля участия высокочастотного диапазона (прежде всего, бета-активности) в организации взаимодействия ритмов ЭЭГ.

Временная структура ЭЭГ у пациентов с третьим типом адаптивного реагирования характеризовалась двумя функциональными ядрами взаимодействия – в области альфа- и бета-диапазонов частот ЭЭГ. Этот тип взаимосвязей ритмов ЭЭГ у мужчин наблюдался реже, чем у женщин (11% и 26%; $p < 0.001$).

Стадия заболевания не оказывала влияния на формирование типа ЦМР ($p > 0.05$).

По данным катamnестического наблюдения, в группе пациентов с III типом ЦМР было значимо больше, чем в I группе, число лиц с наличием побочных эффектов АРТ ($p = 0.019$), с сопутствующими ВИЧ-ассоциированными расстройствами ($p = 0.014$), а также меньше случаев улучшения психического состояния в динамическом наблюдении ($p = 0.05$).

Заключение. Таким образом, благодаря методу анализа потоков ритмов ЭЭГ возможно оценить степень тревожных переживаний, наличие психоорганического синдрома. Метод явился важным для диагностирования начальных признаков воспалительных изменений в ЦНС при ВИЧ-инфекции, в связи с чем в данном случае рекомендуется прибегать к более раннему назначению АРТ с большей степенью проникновения в ЦНС.

Необходимо учитывать выявленные гендерные и половые различия в процессе ведения больных с ВИЧ-инфекцией. Определелись необходимость совместного ведения пациентов врачом-инфекционистом, врачом-психиатром и неврологом, ЭЭГ-обследование, важность персонифицированного подхода, а потребность женщин в психокоррекционной и психофармакологической помощи выше, чем мужчин.

Уменьшение роли альфа-диапазона частот и возрастание роли бета-диапазона в организации паттерна взаимодействия ритмов ЭЭГ могут являться признаками снижения запасов регуляционной устойчивости и сокращения диапазона саморегуляции в ЦНС.

Показано, что сдвиг частотного спектра ЭЭГ в область высоких частот, усиление связей всех компонентов ЭЭГ с бета-ритмом, отражает повышенную чувствительность и сниженную устойчивость адаптационных и гомеостатических механизмов к длительным воздействиям неблагоприятных факторов среды, а также может характеризовать формирование патологических функциональных систем, устойчивого патологического состояния при возникновении и развитии депрессии у пациентов с психическими расстройствами.

КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГКОЙ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Хяникяйнен И.В., Дмитриякова А.А.

Медицинский институт ПетрГУ

Петрозаводск

COGNITIVE DYSFUNCTION AND EMOTIONAL DISORDERS IN ELDERLY PATIENTS WITH MILD VASCULAR DEMENTIA, WHO HAVE SUFFERED A NEW CORONAVIRUS INFECTION

Hyanikyaynen I.V., Dmitryakova A.A.

Актуальность. Пандемия, вызванная COVID-19, внесла коррективы в жизнь всех людей, но особенно отразилась на пожилых людях с легкой сосудистой деменцией (ЛСД), проживающих в учреждениях ухода закрытого типа, так как они подвергаются более высокому риску заражения за счет скученности проживания и общим контактам с персоналом. Не вызывает сомнений тот факт, что у данной категории граждан потеря поддержки, принудительная социальная изоляция, отсутствие когнитивной стимуляции вызывают эмоциональные нарушения (повышенное беспокойство и депрессию), а также ускоряют снижение когнитивных функций. Изучение когнитивных и эмоциональных нарушений у пожилых лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию (НКВИ), актуализируется потребностью в их лучшей психологической адаптации к ЛСД, повышении качества жизни и увеличении функциональной независимости.

Цель работы: сравнить когнитивный статус и эмоциональное состояние у пожилых пациентов с ЛСД, в зависимости от ассоциированности с перенесённой НКВИ.

Материалы и методы. Исследовали пожилых пациентов с ЛСД, проживающих в условиях психоневрологического интерната – социального дома «Северное Измайлово» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы (n=132; 67 мужчин, 65 женщин; средний возраст 73,05±3,48). Выделили 2 группы сравнения: лица с давностью клинического дебюта НКВИ, подтверждённой положительным ПЦР-тестом, 6±1 мес., с исходом в выздоровление, подтверждённое отрицательным ПЦР-тестом (n=65; 33 мужчины, 32 женщины); и не перенесшие НКВИ (группа госпитального контроля) (n=67; 34 мужчины, 33 женщины). Половозрастной состав сравниваемых групп был однороден (p>0,05). Критерием отбора больных явилось наличие клинической картины ЛСД (по диагностическим критериям МКБ-10). Эмоциональные нарушения исследовали с помощью Корнельской шкалы депрессии при деменции (Cornell Scale for Depression in Dementia – SCDD); когнитивные – посредством Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment – MoCa). Вероятную депрессию диагностировали при превышении 10 баллов по SCDD, когнитивную дисфункцию – при результате менее 26 баллов по MoCa. Статистическая обработка данных выполнялась с помощью пакета Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. При проведении психологического тестирования пациентов пожилого возраста с ЛСД получили следующие результаты: по MoCa 20,80±0,59 / 21,40±0,78 баллов, по SCDD 1,52±0,50 / 1,52±0,84 баллов в группе переболевших НКВИ / группе госпитального контроля соответственно. Так, когнитивный дефицит в группе переболевших НКВИ пожилых пациентов был значимо больше, чем в группе неболевших НКВИ (p<0,05), что указывает на поражение головного мозга вирусом SARS-CoV-2 с нарастанием уже имеющихся когнитивных нарушений. Обе исследуемые группы пожилых больных с ЛСД характеризовались отсутствием депрессивного расстройства без статистических

различий между группами ($p > 0,05$). Следует отметить, что лица с депрессией были исключены из нашего исследования во избежание псевдодеменции.

Выводы. При исследовании интеллектуально-мнестической и эмоциональной сфер у пожилых пациентов с лёгкой сосудистой деменцией, перенесших новую коронавирусную инфекцию, отмечается значимое утяжеление лишь когнитивного дефицита, без депрессивных проявлений. Выявленные закономерности могут быть использованы для оптимизации реабилитационных мероприятий у данной категории больных.

НЕГАТИВНАЯ И КОГНИТИВНАЯ СИМПТОМАТИКА НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Цыренова К.А., Петрова Н.Н.

Санкт-Петербургский Государственный Университет

Санкт-Петербург

*NEGATIVE AND COGNITIVE SYMPTOMS AT DIFFERENT STAGES
OF SCHIZOPHRENIA*

Tsyrenova K.A., Petrova N.N.

Целью исследования явилось изучение структуры, выраженности и взаимосвязи негативной и когнитивной симптоматики на разных этапах течения шизофрении.

Материал и методы. Обследовано 64 пациента с параноидной шизофренией (F20 по МКБ-10), 46 женщин и 18 мужчин в возрасте от 20 до 50 лет. Длительность болезни составила от 1 года до 36 лет. Большинство больных переносили параноидные, галлюцинаторно-параноидные и аффективно-бредовые приступы (51, 38 и 11%, соответственно). Все пациенты на момент обследования находились на этапе становления ремиссии.

Критериями исключения вторичной негативной симптоматики явились: связь симптомов с аффективным расстройством (уровень депрессии менее 6 баллов в обеих группах сравнения), применением лекарственных средств или психоактивных веществ, с побочными эффектами фармакотерапии, актуальными психотическими симптомами.

В исследовании применялся комплексный подход с использованием психометрического, клинико-психопатологического и катamnестического методов. Были использованы шкалы PANSS, SANS, BACS и шкала Калгари.

Результаты. В ходе исследования пациенты были разделены на 2 группы сравнения: в первую группы вошли 28 больных с первым эпизодом шизофрении (длительность заболевания не более 5 лет и не более 3 приступов), во вторую - 36 пациентов на этапе хронического течения заболевания.

Пациенты с хроническим течением по сравнению с пациентами с первым эпизодом шизофрении характеризовались почти в два раза большей выраженностью негативной симптоматики по PANSS. В структуре негативной симптоматики у пациентов обеих групп наибольшей выраженности достигли нарушения эмоций, гибкости мышления и абстрактного мышления, а меньше всего выражена эмоциональная и социальная отгороженность.

Больные с первым эпизодом шизофрении отличались от хронических больных лучшими показателями моторных навыков и более высокими показателями скорости обработки информации, планирования и проблемно-решающего поведения по данным BACS.

Полученные данные свидетельствуют, что такие когнитивные показатели, как рабочая и слухоречевая память, моторные навыки, речевая беглость, исполнительные функции, скорость обработки информации находятся в обратной

зависимости от выраженности негативной симптоматики. В наибольшей степени с нейрокогнитивным снижением связаны апато-абулические расстройства.

По мере увеличения длительности заболевания нарастает выраженность негативных симптомов в виде нарушения мышления, социальной отгороженности и таких когнитивных нарушений, как проблемно-решающее поведение и скорость обработки информации.

Заключение. Исследование показало, что в структуре негативных нарушений как на ранних, так и на поздних этапах шизофрении преобладают нарушения в сфере эмоций и мышления. Больные с первым эпизодом шизофрении отличаются от хронических больных в лучшую сторону рядом нейрокогнитивных показателей. Когнитивные показатели в разной степени зависят от длительности заболевания.

Взаимосвязь выраженности когнитивных нарушений и негативных симптомов носит неоднородный характер. Мотивационно-волевой фактор негативной симптоматики ассоциирован с большей выраженностью нейрокогнитивного дефицита. Выраженность негативной симптоматики коррелирует с нарушениями вербальной и пространственной памяти, слухового и зрительного гнозиса, устойчивости и избирательности внимания и способности к принятию решений.

КОНВЕРСИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Чиквина А.Г., Тутова А.Д.

ГБУЗ МО ДПНБ

Москва

CONVERSION DISORDERS IN CLINICAL PRACTICE

Chicvina A.G., Tutova A.D.

Аннотация: Конверсионное расстройство – бессознательный, произвольный процесс, при котором психосоциальные потребности, конфликты и внутренние стрессы выражаются в виде соматических симптомов без анатомического или физиологического объяснения. В последние годы многие исследователи отмечают увеличение числа психической патологии у лиц, обращающихся к врачам общей практики. Целью данной статьи является обзор современных публикаций по конверсионным расстройствам в клинической практике для анализа основных трудностей, методов работы, а также для формирования рекомендаций для специалистов. Объём современных исследований по данной теме довольно мал, как в российской, так и в зарубежной профильной литературе. Клиническая диагностика конверсионных расстройств весьма сложна, основными вспомогательными инструментами для диагноста являются недирективный опрос, беседа с семьёй пациента, физикальный осмотр и ряд тестов, ЭЭГ, МРТ, некоторые анализы для исключения иной природы заболевания. Среди основных методов лечения выделяется терапия – когнитивно-поведенческая, психодинамическая, семейная. Для снижения показателей ошибочного диагноза и иных негативных факторов рекомендуется комплексный междисциплинарный подход к диагностике, повышение компетентности медицинских специалистов, помогающих специалистов и информирование населения.

Материалы и методы. В ходе данного исследования были проанализированы релевантные литературные источники за последние 10 лет (российские и зарубежные). Изучались теоретические современные знания о конверсионных расстройствах, также были рассмотрены клинические случаи – методы диагностики, корреляция признаков, схемы терапии. На основе статистических данных сформированы рекомендации.

Выводы. Конверсионные расстройства – сложный вопрос в неврологической практике, т.к. они могут сочетаться с несколькими медицинскими и психиатрическими заболеваниями, что усложняет диагностические процессы, направленные на исключение последних. Исследования показывают случаи постановки неверных диагнозов в связи с недостаточным уровнем диагностики. Кроме того, ряд факторов может вызывать возникновение массовых конверсионных расстройств, что может повысить нагрузку на систему здравоохранения и непрофильных специалистов. Для работы с такими ситуациями необходимо повышать компетентность медицинских специалистов, помогающих специалистов и населения в целом, что позволит эффективнее диагностировать сложные случаи. Семья может оказать огромную поддержку, а также помочь врачу определить конкретные стрессовые факторы, вызывающие симптомы пациента. Неэффективная коммуникация может привести к слабым взаимоотношениям между пациентом и врачом, плохому прогнозу и рецидиву симптомов. Комплексный междисциплинарный подход к диагностике и лечению способен повысить компетентность, ускорить выздоровление и добиться более длительной стойкой ремиссии. В целом, уровень ошибочных диагнозов остается стабильным и составляет около 4% в течение каждого десятилетия, начиная с 1970-х годов. Хотя существует общее мнение, что лечение должно быть направлено на устранение основного эмоционального дистресса за счёт психотерапии, клинические испытания немногочисленны, и результаты нуждаются в воспроизведении. Несмотря на значимость исследуемой темы, оригинальных и/или крупных исследований в российской и зарубежной профильной литературе довольно мало.

К 125-ЛЕТИЮ ПРОФЕССОРА Н.Н. ТИМОФЕЕВА

Чудиновских А.Г., Раев В.К.

Военно-медицинская академия

Санкт-Петербург

TO THE 125TH ANNIVERSARY OF PROFESSOR N.N. TIMOFEEV

Chudinovskikh A.G., Raev V.K.

Генерал-майор медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор Николай Николаевич Тимофеев родился 17 мая 1898 г. в Петербурге в семье военного фельдшера. В он 1908 г. поступил, а в 1917 г. окончил с серебряной медалью 7-ю гимназию в Петрограде и поступил в Военно-медицинскую академию. Это было тяжелое время революции и гражданской войны. В Петрограде был голод. Поэтому в марте 1918 г. Николай Николаевич оставил учёбу и работал уполномоченным по продовольствию в Петрокоммуне Смольнинского и Володарского района Петрограда. В 1921 г. он возвратился в академию, которую окончил в 1926 г. Во время учёбы занимался на кафедре психиатрии под руководством В.П. Осипова. После окончания академии, не порывая связи с кафедрой, служил младшим врачом в 20-м кавалерийском, затем в 59-м стрелковом полку Ленинградского военного округа. С 1929 по 1933 г. – преподаватель в школе лекарских помощников ЛенВО, продолжая оставаться внештатным сотрудником кафедры психиатрии Военно-медицинской академии. В 1933 г. зачислен в штат академии преподавателем кафедры психиатрии. В 1937 г. назначен начальником психиатрического отделения Хабаровского военного госпиталя. Одновременно с 1937 г. заведовал кафедрой психиатрии Хабаровского медицинского института. С 1940 по 1942 г. – врач-консультант (окружной невропатолог) Дальневосточного фронта. 10 июня 1942 г. Н.Н. Тимофеев вернулся на кафедру психиатрии Военно-медицинской академии, но в июле того же года назначен членом ЦВВК Красной Армии с исполнением

обязанностей главного психиатра Ленинградского фронта, а затем главного психиатра ВС СССР.

Н.Н. Тимофеев возглавил психиатрическую службу Красной Армии в сложных условиях. Опыт оказания психиатрической помощи военнослужащим во время Великой Отечественной войны является крайне поучительным, так как выявленные существенные недостатки в организации психиатрической помощи начального периода войны в значительной степени были обусловлены игнорированием опыта предыдущих войн, в частности, тех организационных принципов, которые были разработаны В.М. Бехтеревым и его сотрудниками еще во время русско-японской войны. Основными из них являются приближенность психиатрической помощи к передовым районам и преемственность в оказании психиатрической помощи.

Основным недостатком начального периода войны явилось отсутствие кадров и специализированных психиатрических отделений. Это привело к тому, что практическая психиатрическая помощь в действующих частях ограничивалась эвакуацией больных из армейского и фронтового районов в тыловые госпитали страны, при этом половина из них затем признавались негодными к военной службе и были сняты с воинского учета. Наиболее значительную категорию пострадавших психиатрического профиля, при этом, составляли так называемые «контуженные», включавшую самые разнородные контингенты больных.

Только к концу войны, благодаря усилиям Н.Н. Тимофеева, относительно полноценная психиатрическая помощь оказывалась в передовых районах. Так, в частности, в 1944 г. почти 2/3 всех «контуженных» лечились в отдельных медицинских батальонах и психоневрологических отделениях армейских госпиталей для легкораненых. С ликвидацией чрезмерной этапности, оптимизацией путей эвакуации и профильности эвакуационных потоков, а также постепенным приближением психиатрической помощи к линии фронта была решена проблема скорейшего возвращения в строй максимального числа раненых и больных. Результатом этого явилось то, что к концу войны около 90–95 % «контуженных» (основной категории пострадавших психиатрического профиля) стали возвращаться в строй.

После Великой Отечественной войны Николай Николаевич Тимофеев, продолжая исполнять обязанности главного психиатра и главного судебно-психиатрического эксперта ВС СССР, с 1946 г. – старший инспектор 1-го отдела ЦВВК ВС СССР. Кроме того, с 1947 г. – старший преподаватель, 1948 г. – заместитель начальника, с 1952 г. – доцент, а с 18 октября 1954 по 30 августа 1956 г. – начальник кафедры психиатрии Военно-медицинской академии.

Обязанности начальника кафедры Н.Н. Тимофеев совмещал с обязанностями заместителя директора по науке Ленинградского научно-исследовательского института имени В.М. Бехтерева, старшего научного сотрудника научно-исследовательского института психиатрии МЗ РСФСР и научного сотрудника научно-исследовательского института судебной психиатрии им. В.П. Сербского. В Институте судебной психиатрии им. В.П. Сербского Н.Н. Тимофеев фактически руководил военно-экспертным судебно-психиатрическим отделением, организованным в июне 1941 г.

Н.Н. Тимофеев был председателем подсекции невропатологии и психиатрии ученого медицинского совета при начальнике Главного военно-медицинского управления Министерства Обороны, членом правления Всесоюзного и Всероссийского научных обществ невропатологов и психиатров, возглавлял Ленинградское отделение общества. Он также был членом редакционного совета «Журнала невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова» и малой медицинской энциклопедии.

Николай Николаевич, наряду с традиционными научными исследованиями, много внимания уделял вопросам клинической психиатрии. Он описал синдром гипопатии, нарушения чувства «реального», механизмы формирования эмоциональных реакций, первым из отечественных психиатров описал психопатологические проявления при клещевом энцефалите, им также описаны психические нарушения при геморрагическом нефрозо-нефрите. Изучал роль гормональных факторов в патогенезе маниакально-депрессивного психоза, особое внимание уделял вопросам военно-врачебной экспертизы. Разработал метод гипоксемии для выявления признаков органического поражения головного мозга.

Н.Н. Тимофеев автор более 200 научных работ, 21 статьи в энциклопедическом словаре военной медицины, 2 статей в Большой советской энциклопедии, 11 статей в Большой медицинской энциклопедии. Ряд работ переведен на английский, французский и румынский языки.

В числе его работ лекции для слушателей: «Патофизиологические механизмы невротозов в свете учения И.П. Павлова» (1951), «Военная судебно-психиатрическая экспертиза» (1951), «Клинические вопросы военной психиатрии и организации психиатрической помощи» (1952), «Нервно-психические нарушения при алкогольной интоксикации» (1955), Военно-врачебная экспертиза нервно-психических заболеваний (1957), «Клинические и организационные вопросы закрытой травмы головного мозга» (1958) Н.Н. Тимофеевым были подготовлены монографии: «Краткое руководство по военно-врачебной экспертизе нервно-психических заболеваний» (1959), «Очерки военной психиатрии» (1962), «Симптомы и синдромы психических заболеваний» (краткое руководство по психиатрии для войсковых врачей) (1964), «Военная психиатрия и травма мозга» (1967).

Его учениками были такие доктора медицинских наук и профессора, как Кузнецов О.Н., Смирнов В.К., Спивак Л.И.

Н.Н. Тимофеев награжден орденом Ленина (1949, за выслугу лет), двумя орденами Красного Знамени (1944, 1953, за выслугу лет), медалями «За оборону Ленинграда» (1942), «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.» (1945), «За победу над Японией» (1945), «30 лет Советской Армии и Флота» (1948).

Скончался Н.Н. Тимофеев 8 декабря 1978 г., похоронен в Санкт-Петербурге на Богословском кладбище. Вместе с ним похоронен его сын Тимофеев Лев Николаевич (1925–1989), который пошёл по стопам отца и служил главным психиатром Приволжско-Уральского военного округа.

ОТЕЦ РУССКОЙ ПСИХИАТРИИ (К 200-ЛЕТИЮ ПРОФЕССОРА И.М. БАЛИНСКОГО)

Чудиновских А.Г., Хрульков Д.А.

Военно-медицинская академия

Санкт-Петербург

THE FATHER OF RUSSIAN PSYCHIATRY

(TO THE 200TH ANNIVERSARY OF PROFESSOR I.M. BALINSKY)

Chudinovskikh A.G., Khrulkov D.A.

Доктор медицины, действительный тайный советник, ординарный профессор, член медицинского совета министерства внутренних дел, председатель попечительного совета Елизаветинской клинической больницы для малолетних детей, совещательный член военно-медицинского ученого комитета, почетный член Военно-медицинской академии родился 6 февраля 1824 г. в Вильно в дворянской католической семье. В 1842 г. он окончил Варшавскую гимназию, переехал в Петербург и поступил в Медико-хирургическую академию.

Курс академии прошел в течение 4-х лет, так как в первый год сдал экзамены за 1 и 2 курс, и был переведен на 3-й. В 1846 г. окончил Медико-хирургическую академию с золотой медалью. 28 мая 1850 г. поступил на военную службу младшим врачом в Ораниенбаумском военном госпитале. В 1854 г. во время эпидемии холеры работал в Петергофском военном госпитале. С сентября 1855 по март 1856 года состоял в прикомандировании к образцовому, иначе придворному или конюшенному, госпиталю. 21 мая 1855 г. защитил диссертацию на степень доктора медицины: «*Conspectus hystoricus in febris doctrinam*». 19 июня 1856 г. военным министром утвержден адъюнкт-профессором госпитальной терапевтической клиники с оставлением при этом в звании сверхкомплектного младшего ординатора 2-го военно-сухопутного госпиталя и с осени 1856 г. начал читать лекции по педиатрии. С сентября 1857 г. начал преподавание психиатрии в качестве самостоятельной науки студентам Медико-хирургической академии.

18 сентября 1860 г. военным министром утвержден ординарным профессором кафедры учения о нервных болезнях и болезнях, сопряженных с расстройством умственных способностей Медико-хирургической академии. Кафедрой и клиникой душевных болезней руководил до 22 августа 1876 г., когда вышел из академии, определен на службу в распоряжение Главного Военно-Медицинского Управления с оставлением в звании совещательного члена военно-медицинского ученого комитета. 19 апреля 1895 г., уже окончательно, вследствие прошения по болезни, был уволен в отставку с мундиром и усиленной пенсией из Государственного Казначейства и эмиральской кассы.

Первый председатель Российского общества психиатров и организатор (4 января 1862 г.) «Общества Санкт-Петербургских врачей для помешанных», которое стало преемником секции нервных болезней Общего Союза петербургских врачей, организованного 27 ноября 1859 г.

Деятельность И.М. Балинского в области психиатрии не ограничилась пределами возглавляемой им кафедры и клиники. Он был инициатором и создателем постановления всего психиатрического дела в России. По его проектам были построены психиатрические отделения в госпиталях 15 военных гарнизонов, в том числе в городах Москве, Варшаве, Казани, а также большинство окружных и земских психиатрических больниц.

Впервые описал и обосновал психопатию в качестве особой клинической формы. Запойное пьянство (дипсоманию) рассматривал вне рамок заболевания алкогольной этиологии. Описал ранние симптомы прогрессивного паралича. Ему принадлежит приоритет в отношении фундаментального в диагностике прогрессивного паралича отсутствия реакции зрачков на свет (синдрома Аргайла-Робертсона), а также ставшие повседневными в психиатрической практике термины как "приобретенное расстройство", "навязчивые идеи" и "кристаллизация бреда". Им дана убедительная критика учения о частичном помешательстве, он утверждал, что мономании это отдельный симптом, а не самостоятельная болезнь, оценил патогенное значение астенизирующих факторов, закрытой травмы головного мозга. И.М. Балинский – автор «Лекций по психиатрии» – первого учебника по психиатрии для студентов Медико-хирургической академии. Его ученики, ставшие профессорами: Заварыкин Ф.Н., Мержеевский И.П., Пастернацкий И.Р., Сикорский И.А. Его ученики, ставшие руководителями психиатрических больниц и психиатрических отделений военных госпиталей: Аскоченский А.И., Драницын А.А., Дюков П.А., Кнох Ю.Х., Лебедев Н.П., Литвинов М.П., Никифоров П.Н., Ольдерогге В.В., Рагозин П.Я., Селин А.И., Фрей А.Я., Черемшанский А.Е., Чехов Н.В., Чечотт О.А., Шпаковский Б.А., Штейнберг С.И., Щепетов Т.Я.

И.М. Балинский награжден светло-бронзовой медалью на Андреевской ленте в память войны 1853-1856 г. (1856), орденом Св. Станислава 3-й степени (1858), орденом Св. Анны 3-й степени (1859), орденом Св. Станислава 2-й степени (1862), орденом Св. Анны 2-й степени (1865), орденом Св. Анны 2-й степени с Императорской короной (1867), орденом Св. Владимира 3-й степени (1871), орденом Св. Станислава 1-й степени (1874), орденом Св. Анны 1-й степени (1881), орденом Св. Владимира 2-й степени (1884), орденом Белого Орла (1888), орденом Св. Александра Невского (1892).

И.М. Балинский скончался 11 марта 1902 г. Похоронен в своем родовом имении Ящуны (около 30 км от Вильнюса).

Надпись на его могильной плите стала девизом отечественных психиатров: "Nis jacet Johanes Ballinskii Michaeli et Sophiae filius in anno 1827-1902. Mente insanorum amicus et servus» (Здесь покоится Иван Балинский, сын Михаила и Софьи в годы 1827-1902. Друг и слуга душевнобольных).

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН В ПЕРИОД 2018-2021 ГГ.

Магзумова Ш.Ш., Ганиханов А.А.

Ташкентская медицинская академия;

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент

ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN DURING 2018-2021

Magzumova Sh.Sh., Ganikhanov A.A.

Цель работы: провести сравнительный анализ показателей общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами в Республики Узбекистан с анализом структуры общей и первичной заболеваемости по группам психических расстройств. Материалы и методы. Для анализа показателей общей и первичной заболеваемости были использованы статистические формы №10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)» за 2019-2021 гг. Расчеты показателей производились на 100 тысяч человек соответствующего населения; анализ заболеваемости проводился путем сравнения показателей в динамике по годам.

Распространенность психических расстройств, его тяжесть на социальный образ общества, наряду с другими важнейшими неэпидемическими расстройствами, является одним из важнейших вызовов для современной медицины. Согласно статистическим данным исследователей, примерно каждый четвертый человек в общемировой популяции имеет те или иные проблемы с психическим здоровьем. По приблизительной оценке Всемирной организации здравоохранения во всем мире около 300 миллионов человек живут с депрессией и около 260 миллионов страдают тревожными расстройствами. Несмотря на то, что психические расстройства и расстройства поведения вносят несущественный вклад в структуру смертности населения, важно помнить о негативном влиянии указанных расстройств на качество жизни каждого индивида и, конечно, о том, что, данная патология оказывает значимое негативное влияние на экономику страны, непосредственно нанося как прямой, так и косвенный экономический ущерб.

Кроме того, психическим расстройствам подвержены все слои населения, независимо от пола, возраста, социального статуса, и прочих медико-социально-экономических характеристик, в связи с чем необходимо проводить детальный

анализ заболеваемости среди всех групп населения. Крайне важной представляется оценка заболеваемости детей и подростков, так как предложения, полученные в ходе такой оценки, – важный инструмент стратегического инвестирования в систему общественного здравоохранения.

Большой практический и теоретический интерес представляет систематическое изучение заболеваемости населения психическими расстройствами ввиду того, что данные сведения зависят от чрезвычайно большого количества факторов, которые не всегда учитываются при трактовке статистических данных. В связи с чем важно проводить своевременные исследования заболеваемости и структуры психических расстройств и расстройств поведения, анализировать эпидемиологическую ситуацию, связанную с распространением данных расстройств, рассматривать их в контексте общественного здоровья. Кроме того, на основе проводимой оценки различных показателей, характеризующих заболеваемость, возможно вносить коррективы в профилактические, диагностические и лечебные мероприятия.

Население Республики Узбекистан на начало 2021 года составило 35846,3 человек. Как показывает динамика, количество населения в стране неуклонно растет.

Если на период начала 2018 года численность населения составляла 33254,1 человека, то к 2021 году эта цифра увеличилась до 35846,3.

Распространенность психическими расстройствами за этот же период стойко снижалась в динамике. Так, в 2018 году этот показатель составлял 1063,3, в 2019 г – 994,5, в 2020 г. – 905,7, и в 2021 году снизился до 759,9 на 100 тыс. населения.

Показатели первичной заболеваемости за этот же период также демонстрируют снижение в динамике. В 2018 году – 93,9, в 2019 году – 93,0, в 2020 году – 77,1, в 2021 году 69,9 на 100 тыс. населения.

Показатели динамики по нозологическим группам заболеваний также демонстрирует снижение динамики. В исследовании группы по нозологиям были разделены на группу с расстройствами психотического уровня, включая шизофрению и на группу болезней непсихотического уровня. Так, в 2018 году, в первой группе, распространённость составляла 287,6; в 2019 году – 185,1; в 2020 году – 147,2; в 2021 году – 111,9 на 100 тыс. населения, а лиц, с болезненностью непсихотического уровня составила: в 2018 году – 351,9; в 2019 году – 219,4; в 2020 году – 218,5; в 2021 году – 166,0 на 100 тыс. населения.

Интересно отметить, как менялось количество лиц с психическими расстройствами, которые были сняты с динамического наблюдения, или диспансерного учета. В связи с выздоровлением или с улучшением состояния были сняты с учета: в 2018 году – 14489; в 2019 году – 16000; в 2020 году – 15584, и в 2021-м – 12455 человек. В связи со смертью сняли с учета: в 2018 году – 4567; в 2019 году – 4707; в 2020 году – 5056, и в 2021 году 5652 человека. В градации «в связи с другими причинами» выявилась следующая тенденция – в 2018 году снято с учета 5010, в 2019 году – 12478, в 2020 году – 6630, и в 2021 году – 32144 человек.

Заключение: Снижение распространенности и заболеваемости при росте численности населения, скорее всего, говорит о недостаточной выявляемости лиц с психическими расстройствами. Определена тенденция многократного увеличения, особенно в 2021 году, лиц, снятых с диспансерного учета в связи с так называемыми, другими причинами; видимо, в данном случае, речь идет об иммиграции. Отметилась тенденция снижения первичной заболеваемости непсихотическими расстройствами, что указывает на недостаточную выявляемость, и видимо, связано с все более нарастающей социальной стигматизацией. Также уменьшение числа наблюдаемых больных психозами является достаточным основанием для усиления дальнейшей работы по совершенствованию юридической и организационной базы психиатрической службы: очевидно, что современная ситуация создает

предпосылки для того, чтобы больные с психозами оставались без наблюдения и помощи, а это может привести к нежелательным последствиям и для них, и для общества.

КАДРОВАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВРАЧАМИ-ПСИХИАТРАМИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?

Шельгин К.В.

ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России

Архангельск

STAFFING OF PSYCHIATRISTS AND THE INCIDENCE OF MENTAL DISORDERS: IS THERE A CONNECTION?

Shelygin K.V.

Цель исследования: установить наличие связи между динамическими сериями обеспеченностями врачебными кадрами в области психиатрии и первичной заболеваемостью психическими расстройствами в Российской Федерации.

Материал и методы.

Период анализа 2009-2019гг. Единицы анализа: показатели обеспеченности врачами-психиатрами на 10000 населения, первичная заболеваемость психическими расстройствами на 100000 населения. Источник данных: статистические сборники «Заболеваемость всего населения России с диагнозом, установленным впервые в жизни» ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Использованы методы анализа временных рядов: метод Ирвина для выявления аномальных значений, регрессионный анализ для установления тенденции, авторегрессия проинтегрированного скользящего среднего (ARIMA) с передаточной функцией. Наличие автокорреляций в остатках контролировалось автокорреляционной функцией (АКФ). Значимость результатов оценивалось при уровне $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Динамика показателей обеспеченности врачами-психиатрами и первичной заболеваемости психическими расстройствами за рассматриваемый временной период имела схожий рисунок. В целом обеспеченность врачами-психиатрами в стране уменьшилась к 2019 году на 31,5%, первичная заболеваемость психическими расстройствами – на 21,8%. Оба динамических ряда не имели аномальных значений (выбросов).

Для оценки наличия связи и её числовой оценки построили модель ARIMA динамического ряда первичной заболеваемости психическими расстройствами без и с передаточной функцией. В качестве передаточной функции выступали значения обеспеченности врачами.

При включении в модель передаточной функции её статистики улучшались, что говорит о внесении в модель положительной информации и наличии значимой связи между заболеваемостью и обеспеченностью врачами на нулевом лаге. При этом, связь носит прямой характер, выражена коэффициентом 0,002, $p=0,000$. Содержательная интерпретация: при изменении обеспеченности врачами на 1 единицу показатель заболеваемости изменяется с равным вектором на 0,002 единицы без задержки во времени. АКФ остатков моделей были на значимы, что говорит об их корректности.

Нами установлена прямая значимая связь между изменениями показателя обеспеченности врачами-психиатрами и уровнем первичной заболеваемости психическими расстройствами в российской Федерации, что представляется

закономерным, поскольку, хотя статистика заболеваемости в основном, формируется по обращаемости, диагностику психических расстройств осуществляют врачи данной специальности. В тоже время, данная связь выявлена на нулевом лаге, то есть отсутствует какая-либо временная задержка, что исключает, с нашей точки зрения, эффект обратной связи, когда численность врачей меняется вслед за изменением уровня заболеваемости, например, при реформировании системы здравоохранения, поскольку в этом случае наблюдалась бы связь на отрицательных лагах.

Представляет интерес числовое выражение смой связи, количественно оно весьма невелико -0,002 случая заболеваемости на 100000 населения при изменении обеспеченности врачами на 1 специалиста на 10000 населения. Эта величина позволяет предполагать более значимые по силе воздействия факторы, влияющие на уровень заболеваемости психическими расстройствами, факторы.

Выводы. Уровень заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации имеет прямую значимую связь с уровнем обеспеченности врачами-психиатрами. Полученные результаты позволяют предполагать наличие более значимых, чем обеспеченность врачебными кадрами, факторов, оказывающих влияние на изменения заболеваемости психическими расстройствами.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕВОЧЕК В ПРЕ- И ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ В ВИДЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ НЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ

Шушпанова О.В., Балакирева Е.Е., Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г., Блинова Т.Е., Шалина Н.С., Куликов А.В., Голубева Н.И.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

BEHAVIORAL DISORDERS IN PRE- AND PUBERTAL GIRLS IN THE FORM OF NONSPECIFIC NON-SUICIDAL SELF-HARM

Shushpanova O.V., Balakireva E.E., Koval-Zaycev A.A., Nikitina S.G., Blinova T.E., Shalina N.S., Kulikov A.V., Golubeva N.I.

Последние 10 лет особую значимость в здравоохранении и психиатрии подросткового возраста приобрела проблема нанесения неспецифических самоповреждений с несуицидальной целью (ННСС), известных в мире как self-harm поведение, (non-suicidal self-injury (NSSI)). Ряд исследований подтверждают наличие суицидальных попыток (СП/SAS) в дальнейшем у подростков с ННСС/NSSI. Основная цель ННСС заключается в наказании себя, избавлении от отрицательного стресса, и/или «нечувствительности», сопровождающей диссоциативные расстройства. ННСС/NSSI рассматривается в рамках большого депрессивного расстройства, биполярного и тревожных расстройств, психозов, антисоциального, пограничного и других расстройств личности, расстройств пищевого поведения по DSM IV и МКБ 10, в то время как в DSM V NSSI и SAS отнесены к отдельной категории. В МКБ 11 ННСС и СП не выделяются в отдельную нозологию.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (и/о руководителя отдела - в.н.с. к.м.н. Е. Е. Балакирева). Были обследованы 23 девочки в возрасте от 12 до 17 лет (средний - 14,15±0,95 года). Психопатологические расстройства, сопровождающиеся поведенческими проявлениями в виде ННСС, регистрировались в рамках таких диагнозов по МКБ -10 как «Шизоаффективное расстройство, F 25.18» (69,5%, 16 больных), «Психопатоподобная шизофрения, F 21.4» (13%, 3 больных), «Недифференцированная шизофрения, наблюдение менее

года, F20.3» (4,3%, 1 больная), «Шизотипическое личностное расстройство, F21.8» (13%, 3 больных). В исследование были включены пациенты, находящиеся на лечении в отделе по изучению детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ с признаками НСС (наличие следов самоповреждения в виде следов порезов, множественных проколов, ожогов и рубцов на коже тела давностью не более 3 мес.), аффективными расстройствами тревожно-депрессивного круга средней и тяжелой степени. Средний возраст пациентов во время манифестации заболевания составил $12,2 \pm 4,2$ года, средняя длительность заболевания – $1,1 \pm 0,5$ года. Все больные обучались по программе общеобразовательной средней школы, на индивидуальном обучении находились 4 пациентки (17,3%). Основными методами исследования были клиничко – психопатологический, нейроиммунологический, нейрофизиологический, патопсихологический, статистический. Оценка состояния пациентов в динамике была проведена методом клинического наблюдения, а также по данным шкал PANSS и CGI. Результаты: На основании клиничко-психопатологического обследования у подростков с зарегистрированными НСС было диагностировано полиморфное психотическое состояние включающее в себя: аффективные нарушения (депрессивный, тревожно-депрессивный синдром) с идеями вины и комплексом деморализации (100%, 23 больных); пассивные суицидальные мысли без четкого намерения и плана осуществления присутствовали у 100% больных; расстройства влечений в виде импульсивного нанесения самоповреждений колюще-режущими, прижигающими предметами с не суицидальной целью (100% больных), нарушения гендерной идентификации и перверзного поведения у части больных (13%, 3 больных), увлечение тематикой смерти и субкультурами, увлечение просмотром видео контента со сценами жестокости (43,4%, 10 больных). У большинства больных регистрировались несистематизированные бредовые образования нередко с включением автоматизмов (ощущение преследования, открытости мыслей, существование посторонней личности в теле) (78,2%, 18 больных), зрительные галлюцинации и иллюзии и/или слуховые псевдогаллюцинации с негативным содержанием (86,9%, 20 больных); нарушения мышления в виде обрывов, соскальзываний, когнитивного дефицита (69,5%, 16 больных); аутизация и апато – абулический синдром с нарушением социализации в виде сокращения или отсутствия дружеских контактов, потери интереса к важным жизненным сферам деятельности, эмоциональная холодность, в том числе к близким, снижение успеваемости и/или отказ посещать школу, ригидность, однообразность распорядка дня, отсутствие требований к себе и пренебрежение гигиеническими процедурами у всех 23 больных (100%). Обсессивно – компульсивная и фобическая симптоматика выявлялась у 3 (13%) больных и была представлена в виде навязчивых мыслей контрастного содержания и образных представлений о смерти. Диссоциативная симптоматика возникала на начальных этапах болезненных проявлений и характеризовалась ощущением нереальности окружающей обстановки и "отчуждения" собственного тела или его частей (17,3%, 4 больных); в некоторых случаях диссоциация была сопряжена с нарушением гендерного восприятия и сопровождалась стойким желанием избавиться от женских половых признаков оперативным путем. Дисторфофобическая симптоматика в виде недовольства своим телом, желание похудеть и нарушение пищевого поведения в виде снижения аппетита и/или ограничения в еде зачастую (52,1%, 12 больных) дополняли клиническую картину НСС, однако не являлись в ней определяющими поведенческими нарушениями. Суммарный балл Z по шкале PANSS составил 133 ± 22 , по шкале CGI 6-7 баллов, что соответствует выраженным клиническим проявлениям и тяжелой степени психопатологических нарушений. Баллы по субшкалам позитивных и негативных синдромов составили соответственно $P=32 \pm 5$, $N= 34 \pm 7$; G

= 67 ± 10 , коэффициент соотношения позитивных симптомов к негативным $k = 0,9$. Проведенный анализ патопсихологического профиля показал общие черты – инфантилизм, дефицитарность эмоционально-личностной сферы у подростков с проблемами в социализации, проявляющейся в особенности контактов, диссоциированной интеллектуальной деятельности (исследование мышления при провокации выявляло несбалансированность процессов анализа и синтеза, искажения процесса обобщения, элементы нарушений в виде разноплановости, опоры на латентные признаки). Материалы проективных методик показали выраженные подростковые проблемы, особые отношения с близкими и сверстниками, недовольство собой и своим телом, аффективной нестабильности, тревожности, амбивалентности. Методики для оценки полоролевой и половозрастной самоидентификации выявили наличие нарушений, связанных с принятием своей возрастной и гендерной роли, их недостаточное и зачастую утрированное понимание.

Заключение. Поведенческие нарушения, сопровождающиеся ННСС манифестируют на фоне затяжного тревожно – депрессивного аффективного состояния средней или тяжелой степени тяжести с четко очерченным антивитаальным компонентом, не достигающим активных суицидальных попыток. В изученной выборке ННСС выступали в рамках расстройств шизофренического спектра (F 25.18, F21.4, F21.8, F 20.3), протекающих с острой или подострой продуктивной галлюцинаторно – бредовой, психопатоподобной и негативной симптоматикой и характеризовались высоким суммарным баллом по шкале PANSS, что соответствует выраженности и тяжести клинических проявлений на момент начала лечения, преобладание баллов по шкале общих психопатологических синдромов, низкое соотношение позитивных симптомов к негативным.

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Яковлева Ю.А.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
Санкт-Петербург

THE PROBLEM OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF COMORBID DISEASES IN EPILEPSY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS.

Yakovleva Y.A.

Введение. В связи с улучшением диагностики и терапии приступов, все большее внимание врачей – эпилептологов, уделяется проблеме коморбидности психических нарушений при эпи-лепсии как во взрослом, так и в детском возрасте. (Киссин М.Я., 2011; Mula M, Kanner A.M., Jett'e N., 2011; Авакян Г.Н., Блинов Д.В., Лебедева А. В., и др. 2017; Воронкова К.В., Никитин А.Э., Рудакова И.Г., и др., 2018). Изучение причин развития нейропсихических расстройств в детском возрасте является особенно актуальным, так как возраст дебюта заболевания эпилепсией в 75% случаев приходится на долю детско-подросткового контингента (Мухин К.Ю., Пылаева О.А., 2017).

Цель исследования: оценить диагностику коморбидных эпилепсии нарушений врачами неврологами и врачами психиатрами, определить факторы, влияющие на характер и степень выраженности коморбидных психических нарушений у детей и подростков, страдающих эпилепсией.

Материал и методы исследования: клиничко-анамнестическим методом были изучены 279 пациентов, находившихся под наблюдением только врачей-неврологов и 136 пациентов, находившихся в том числе под наблюдением врачей-психиатров, в

возрасте от 6 до 18 лет, с диагнозом эпилепсия, в клинической картине которых отмечались коморбидные психические нарушения различной нозологии и степени выраженности. Группа сравнения состояла из 81 пациента, страдающих различными формами эпилепсии без коморбидных психических нарушений. Группы были однородными по половозрастному составу и длительности заболевания. В клинической картине заболевания подробно изучались форма эпилепсии, характеристики и частота приступов, локализация эпилептического очага, наличие сопутствующей психопатологической симптоматики: снижение памяти, внимания, темпов психической деятельности, изменения в двигательной сфере, аффективные нарушения.

Результаты исследования: среди коморбидных расстройств у пациентов с эпилепсией врачи-неврологи наиболее часто выявляют когнитивные нарушения (снижение внимание и памяти), гиперактивность и проявление агрессии (в том числе аутоагрессии). Основанием для консультации психиатра в 70 % случаев является наличие агрессии и поведенческих нарушений у пациентов. В качестве дополнения к диагнозу эпилепсии у пациентов врачами-неврологами на уровне жалоб выделены тревожные проявления – 30%, синдром эмоционально-волевой неустойчивости (эмоциональной лабильности) – 60% и расстройство аутистического спектра (РАС) – 36%, однако дальнейшая психиатрическая верификация этих синдромов в соответствии с критериями диагностической рубрики «F» по МКБ-10 отсутствует. Среди пациентов, наблюдающихся психиатрами, выявлено преобладание диагностических подгрупп F 83; F 70, отражающих наличие у пациентов интеллектуальных нарушений различной степени выраженности. Частота диагностики умственной отсталости у пациентов психиатрами составляет половину от всех видов когнитивных нарушений у пациентов (52%), в то время как врачи-неврологи выявляют наличие когнитивных проблем только в 38 % случаев. Диагностическая подрубрика F 84, напротив, используется психиатрами только в 8% случаев, в то время как среди неврологов распространенность указаний на расстройства аутистического спектра у пациентов отмечается в 4 раза чаще (36% случаев). Синдром дефицита внимания и гиперактивности, как самостоятельная нозологическая единица (F 90) диагностировался психиатрами только в 21% случаев, в отличие от более широкой синдромальной его трактовки в 56% врачами-неврологами. Тревожно-депрессивные и фобические расстройства верифицировались психиатрами в основном у подростков в самостоятельные диагностические единицы в 20% случаев. Данные наблюдения подтверждают необходимость более тесного сотрудничества неврологов-эпилептологов с психиатрами для более точной верификации психиатрически коморбидных эпилепсии состояний.

Использование клиничко-психопатологического метода, включая анализ анамнестических данных позволил выявить ряд факторов риска развития психических нарушений у детей и подростков, страдающих эпилепсией: особенности течения перинатального периода, отягощенность семейного анамнеза эпилепсией, способствует лишь вероятности развития самого заболевания в последующих поколениях, в то время как указания на наличие в семье психических заболеваний усиливает вероятность развития коморбидных психических нарушений аффективного спектра у детей с эпилепсией. Высокими факторами риска развития психических расстройств, являются особенности течения заболевания эпилепсией: частота приступов, склонность к серийному и статусному течению, форма заболевания, локализация и латерализация эпилептического очага. Уточнение характера приступов, с которого манифестировало заболевание необходимо не только для определения формы заболевания в соответствие с новой

классификацией ILAE, но и также для оценки риска развития и коморбидных психических расстройства. Также было выявлено, что пациенты с коморбидными психическими состояниями страдают резистентными к фармакотерапии формами эпилепсии в 34% случаев, в отличие от 64% пациентов без психических нарушений. В 36% случаев пациенты с коморбидными психическими расстройствами дополнительно к основной терапии принимают психотропные препараты, при этом в 19% случаев, данные назначения осуществлялись без соответствующего психиатрического диагноза, без осмотра и рекомендаций врача-психиатра. В 62% случаев у пациентов, несмотря на ремиссию приступов, выявлены признаки социальной дезадаптации: перевод на домашнее обучение, ограничение контакта со сверстниками. Ни в одном случае не получено убедительных сведений об оказании данным пациентам психолого-психотерапевтической помощи. Это говорит о недостаточном междисциплинарном взаимодействии специалистов, участвующих в оказании помощи пациентам с эпилепсией. Зачастую помощь заключается только в подборе противосудорожной терапии без учета сопутствующих коморбидных расстройств, требующих специализированной помощи, что значительно ухудшает эффективность лечебных мероприятий для пациентов.

Заключение. Изучение коморбидной психической патологии является необходимым дополнением в детализации вопросов течения эпилепсии у детей и подростков, как с диагностической, так и с терапевтической точки зрения. Избегание психиатрического наблюдения пациентов, страдающих эпилепсией, искажает истинную картину психиатрической коморбидности у детско-подросткового контингента, ухудшает своевременную диагностику данных состояний. Социальные аспекты заболевания также должны приниматься во внимания. Для повышения эффективности диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, выбора терапевтической тактики, детям и подросткам с эпилепсией необходимо использовать комплексный подход с привлечением врачей-специалистов смежных специальностей: психиатров, психотерапевтов, а также психологов.

ПСИХОТЕРАПИЯ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ

Артемьева М.С., Шадрикова А.Д., Лазукова А.Г.

ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов

Москва

THE EXPERIENCE OF USING DISTANT COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY FOR DEPRESSION OF FOREIGN STUDENTS.

Artemieva M.S., Shadrikova A.D., Lazukova A.G.

Актуальность. После пандемии COVID-19 телемедицинские технологии стали как никогда востребованы и актуальны. Именно онлайн консультации по системе «врач-пациент» сделали медицинскую помощь более доступной для лиц разных социальных и возрастных групп. В свете стремительного развития и высокой востребованности дистанционного формата психотерапевтического консультирования, а также неуклонного роста числа депрессивных расстройств у лиц юношеского возраста, в данной работе будет рассмотрена эффективность дистанционной когнитивно-поведенческой терапии в лечении депрессий у иностранных студентов РУДН, самостоятельно обратившихся за помощью.

Цель исследования: изучить эффективность дистанционной когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) у иностранных студентов с депрессией.

Материалы: в исследовании было изучено 46 иностранных студентов с депрессией в возрасте от 18 до 22 лет (муж -30, (65,2%), жен -16 (34,8%)), обратившихся за психологической помощью в чат-бот или записавшихся в кабинет психологической помощи РУДН. Распределение студентов по регионам было следующее: Ближний Восток 20 (44%), Африка 10 (21%), Латинская Америка 12 (26%), Юго-Восточная Азия 4 (9%).

Методы: клинико-анамнестическое исследование, психопатологическое исследование (шкала депрессии Бека –BDI, шкала Цунга для самооценки депрессии, шкала депрессии, тревоги и стресса- DASS-21, шкала прокрастинации Стилла- PSI). Все больные прошли 5-недельный курс дистанционной КПТ с проведением повторной оценки психического состояния.

Результаты и обсуждение: Наследственная психопатологическая отягощенность в виде расстройства личности, биполярного расстройства, а также суицидального поведения отмечались у 18 человек (39,1%). О ранее диагностированных психических заболеваниях сообщили 16 (34,8%) иностранных студентов, среди них СДВГ (4 -8,7%) и биполярное расстройство (12 -26%). 24 (52,2%) иностранных студента заявили, что ранее перенесли COVID-19 в легкой форме. На момент обращения за помощью, длительность симптомов депрессии не превышала 3 недели у 13 (28,3%) больных, не превышала 5 недель у 33 больных (71,7%). При обращении за помощью предъявляли жалобы: на сниженный фон настроения (46- 100%), чувство одиночества (40-87%), тоски (12-26%), тревогу за будущее (26-56,5%), снижение работоспособности (46-100%) и двигательной активности (11-23,9%), нарушение сна по типу снижения продолжительности ночного сна (23-50%) и трудностей при засыпании (8-17,3%). Возникновение симптомов исследуемые связывали со следующими факторами: тоской по родине, близким и чувством социальной изоляции - 17 36,9%; академической неуспеваемостью и стрессом, связанным с ней - 15, 32,6%; затруднительное финансовое положение - 5, 10,8%; семейными и межличностными конфликтами и чувством одиночества - 9, 19,6%.

После первичного клинико-анамнестического исследования с применением батареи тестов, было выявлено некоторое несоответствие тяжести предъявляемых жалоб и оценки тяжести депрессии по результатам соответствующих психометрических шкал (Бека, Цунга, Депрессии, тревоги и стресса- DASS-21). До лечения тяжесть депрессии по шкале Бека оценивалась как «умеренная депрессия» у 39 (84,8%) больных, у 7 (15,2%) – как «выраженная депрессия». По шкале Цунга все исследованные больные (100%) набрали менее 59 баллов, что соответствует степени «лёгкая депрессия». По шкале депрессии, стресса и тревоги (DASS-21) результаты подавляющего большинства исследуемых (43-93,5%) продемонстрировали «легкую депрессию», однако показатели стресса у 33(71,7%) больных расценивались как «умеренный», у 13 (28,2%) как «выраженный», а так же показатели тревоги расценивались как «умеренный» -27 (58,7%), и «выраженный-19». Показатель академической прокрастинации по шкале Стилла у подавляющего числа больных 38 (82,6%) был 121 балл, что соответствует высокому уровню прокрастинации, который характеризуется частым откладыванием выполнения задач на неопределенный срок. Большинство больных (36) открыто заявляли, что не видят необходимости в психофармакотерапии и были уверены, что нуждаются исключительно в психотерапевтической помощи. Остальные больные (8) признавали наличие психического расстройства, но от психофармакотерапии отказались в виду предрассудков, бытующих среди близких родственников, проживающих в родных странах. Все обследованные прошли 5-недельный курс КПТ в дистанционном в формате, направленный на работу с депрессией и тревогой. После завершения курса в клинико-диагностической беседе все обследуемые 46 (100%) отметили значительное улучшение своего состояния. При проведении повторного исследования с применением батареи вышеуказанных тестов, показатели тяжести депрессии, тревоги, стресса и прокрастинации существенно снизились. На 45-й день тяжесть депрессии по шкале Бека оценивалась как «субдепрессия» у 19 (41,3%) больных, у 27 (58,7%) – как «отсутствие депрессивных симптомов». По шкале самооценки депрессии Цунга все исследованные больные 46 (100%) набрали менее 30 баллов, что соответствует степени «норма». По шкале депрессии, стресса и тревоги (DASS-21) результаты подавляющего большинства исследуемых 39 (84,8%) продемонстрировали уровень депрессии как «норма», а показатели стресса у 27 (58,7%) больных расценивались как «легкий», у 19 (43,1%) как «умеренный», а так же показатели тревоги расценивались как «легкий» -36 (78,3%), и «умеренный»-12 (21,7%). Показатель академической прокрастинации у подавляющего большинства больных по шкале Стилла снизился до 85 баллов, что отражает способность адекватно распределять задачи и оценивать усилия. Так же нельзя оставить без внимания то, что все обследуемые отмечали удобство и доступность именно дистанционного формата КПТ.

Выводы: КПТ демонстрирует высокую эффективность в терапии депрессивных расстройств в системе самостоятельных обращений за помощью, что особенно актуально в случае низкого комплаенса больных к психофармакотерапии. Нельзя не отметить, что иностранные студенты с депрессией, обращающиеся за помощью в службу психологической поддержки, помимо оказания непосредственно помощи в облегчении своего состоянием, ищут также сочувствия, эмпатии и участия. Дистанционный формат психотерапии делает оказание помощи при депрессиях молодым людям не только комфортнее и доступнее, но и является для них более привычным после эпидемии COVID-19. Все вышеобозначенные факты делают дистанционную КПТ одним из самых перспективных видов терапии депрессий, однако, требуют дальнейшего исследования.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Васильева А.В., Караваяева Т.А., Радионов Д.С.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,

СПбГУ,

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

Санкт-Петербург

*PSYCHOTHERAPY POSSIBILITIES FOR PATIENTS WITH THE POST-TRAUMATIC
STRESS DISORDER AND SUBSTANCE ABUSE*

Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Radionov D.S.

Актуальность. В 70-е гг. прошлого века появилось понятие вьетнамского или пост-вьетнамского синдрома среди участников войны во Вьетнаме, после чего, в DSM-III впервые была включена категория посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Американские специалисты отмечали высокую распространенность алкоголизма и наркоманий среди комбатантов: около 60-80% участников боевых действий имели расстройства, связанные с злоупотреблением алкоголем и других психоактивных веществ (ПАВ). Расстройства, связанные с аддиктивным поведением, имеют общие ключевые черты, представленные паттернами нарушенной социальной адаптации, которая отмечается и у пациентов с ПТСР. Злоупотребление ПАВ приводит к невыполнению рабочих, домашних и иных обязанностей, возникновению юридических и связанных с интерперсональным взаимодействием проблем. По данным Blakey S.M. с соавт., Rosenheck R.A. с соавт. злоупотребление алкоголем приводит к более плохим результатам реабилитации при ПТСР. Brady K.T. с соавт. относят данную группу пациентов к категории «трудный пациент», поскольку организация оказания им медико-психологической помощи способствует более высокой экономической нагрузке на систему здравоохранения. Возможности психотерапии. Комплексная терапия ПТСР и коморбидных расстройств является актуальной проблемой в клинической практике и требует интеграции различных лечебных подходов. Подключение к психофармакотерапии психотерапевтических интервенций, ориентированных на травму, имело преимущества над терапией с применением только лекарственных препаратов. Однако вопрос организации помощи и лечения лиц с ПТСР остается не решенным в полной мере. Ряд систематических обзоров и мета-анализов демонстрирует, что данная группа пациентов характеризуется низким уровнем комплаентности, что выражается в высокой частоте смены лечащих врачей, несоблюдением режима лекарственной терапии, резком прекращении текущего лечения и низкой вероятностью его продолжения. Кроме того, несмотря на то, что негативные последствия употребления ПАВ различаются по выраженности и скорости формирования в зависимости от химических особенностей каждого препарата, клиническая картина ПТСР, соматическое состояние и психосоциальное функционирование имеют тенденцию к ухудшению. Поэтому в комплексном лечении психотерапия признается одним из основных методов и в большинстве международных рекомендаций рассматривается как терапия выбора, в связи с ее большей эффективностью по сравнению с психофармакотерапией, хорошей переносимостью и предпочтительностью пациентами. Вариантами психотерапевтических интервенций, имеющих качественную доказательную базу, при ПТСР являются травма-фокусирующая психотерапия (ТФП) (длительная экспозиционная терапия,

когнитивная психотерапия ПТСР) и терапия десенсибилизацией и переработкой движения глаз (ДПДГ). Исторически сложилось, так, что в процессе терапии пациентов с аддикциями, имевших ПТСР, не занимались работой с самим посттравматическим стрессом из-за опасности провокации или обострения симптомов повторяющихся переживаний травматического события и риска возникновения ранних и нестабильных периодов абстиненции. Несмотря на высокую распространенность этих коморбидных нарушений, пациенты, злоупотребляющие ПАВ, часто исключаются из рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), оценивающих эффективность лечения ПТСР. Имеются противоречивые результаты в отношении как эффективности психотерапевтических интервенций, так и возможного ухудшения состояния при их проведении. Данные Кокрейновского обзора Roberts N.P. и соавт., указывают на эффективность экспозиционной терапии в редукции симптомов ПТСР у пациентов, имевших сформированные химические аддикции. Другое исследование показало, что при применении в терапии аддикций ТФП, частота случаев прекращения лечения была выше, чем при обычной терапии. Lancaster C.L. и соавт. при изучении случаев усиления выраженности симптоматики в ходе проведения экспозиционной терапии у 71 человека с сопутствующим ПТСР и злоупотреблением ПАВ не выявили существенного влияния ТФП на негативную терапевтическую реакцию пациентов. В одном из крупных мета-анализов указывается на преимущество именно ТФП у пациентов с ПТСР, злоупотребляющих ПАВ, тогда как психотерапия, не направленная на травму, не характеризовалась как эффективная для них. Несмотря на то, что остаются вопросы относительно эффективности психотерапии пациентов с рассматриваемыми коморбидными нарушениями, имеются данные по рекомендации групповой ТФП, особенно для лиц, не имеющих возможности проведения индивидуальной психотерапии или психофармакотерапии. Групповая терапия способствует снижению выраженности симптомов ПТСР, что отмечается в мета-анализах РКИ. Эффективность групповой КПТ хорошо продемонстрирована эмпирически, как при лечении ПТСР, так и в качестве поддерживающей терапии при аддиктивных состояниях. Однако, по-прежнему мало известно об эффектах групповых подходов при работе с пациентами при коморбидности этих состояний. В исследованиях, что имеются на данный момент, подтверждается эффективность комбинированных индивидуальных и групповых психотерапевтических интервенций. Эффективность ДПДГ у пациентов с сочетанием ПТСР и злоупотреблением ПАВ изучалась в небольшом числе работ, одна из которых была представлена рандомизированным пилотным исследованием Perez-Dandieu V. и соавт. Хотя в этом исследовании участвовало всего 12 пациентов, оно показало, что подключение ДПДГ к регулярному лечению пациентов с коморбидной патологией приводит к значительному уменьшению выраженности симптоматики ПТСР. Очевидно, что необходимы исследования с большим размером выборки, чтобы сделать дальнейшие выводы об эффективности ДПДГ в этой группе пациентов. В новой МКБ-11 вводится понятие «комплексное ПТСР (кПТСР)» («complex PTSD»). Эта категория была сформулирована с целью дополнения к основным симптомам ПТСР признаков нарушения регуляции в трех психологических сферах: регуляция эмоций, самоорганизация (включая телесную целостность) и безопасные объектные отношения. Увеличивается число исследований, посвященных аспектам коморбидности кПТСР. В настоящее время широко изучается эффективность и безопасность психотерапии у пациентов с кПТСР, злоупотребляющих ПАВ или имеющих сформированную зависимость. Психотерапия в этом случае в первую очередь направлена на стабилизацию эмоционального состояния, поскольку при ее достижении повышается вероятность воздержания от употребления ПАВ и

усиливается мотивация к дальнейшему лечению. В 1990-х годах в Бостоне была разработана терапевтическая программа, основанная исключительно на стабилизации и обучении безопасным стратегиям совладающего поведения ("Seeking safety"). Предложенный метод может осуществляться в форме групповой психотерапии для пациентов на амбулаторном, стационарном лечении или посещающих дневной стационар. В дополнение к групповой также можно проводить индивидуальную психотерапию. Заключение. На настоящий момент имеется недостаточно систематизированных данных относительно эффективных методов психотерапии пациентов с ПТСР, злоупотребляющих ПАВ. Учитывая социальную значимость и клиническую сложность данной проблематики, необходимо формирование оптимальных стратегий терапии. Выбор эффективных методов психотерапии и точное определение мишеней психотерапевтических вмешательств позволяют совершенствовать модели лечения, основываясь на персонализированном подходе, и повышать результативность и качество реабилитационных мероприятий.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНСОМНИЕЙ: ОТКРЫТОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

**Васильева А.В., Караваева Т.А., Колесова Ю.П., Радионов Д.С.,
Старунская Д.А., Разина М.А., Абдуллаева С.М.**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России
СПбГУ

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
Санкт-Петербург

*ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF A COMPREHENSIVE MEDICAL AND
PSYCHOLOGICAL METHODOLOGY FOR TREATING PATIENTS WITH INSOMNIA:
OPEN RANDOMIZED CONTROLLED STUDY*

*Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Kolesova Yu.P., Radionov D.S., Starunskaya D.A.,
Razina M.V., Abdullaeva M.S.*

Актуальность: Инсомния является серьезной медицинской и социальной проблемой, которая затрагивает, по различным подсчетам, от 6 до 30% общей популяции. Нередко наличие инсомнии ассоциировано с повышенным риском возникновения психических заболеваний и хронизации соматических заболеваний. Социальные последствия инсомнии проявляются в увеличении случаев отсутствия на рабочем месте из-за плохого самочувствия или снижением продуктивности. В зависимости от диагностируемого вида инсомнии определяется алгоритм ее лечения. В свою очередь, существенной проблемой применения фармакотерапии является риск формирования лекарственной зависимости, достигающей 3,5% среди лиц, страдающих нарушениями сна. Тот факт, что частота встречаемости инсомнии держится на высоком уровне, несмотря на появление все новых видов снотворных препаратов и их широкое применение в медицине, свидетельствует о том, что фармакотерапия хотя и служит временным разрешением проблемы нарушений сна, но не решает ее полностью, а часто усугубляет ее в связи с побочными действиями препаратов и развитием лекарственной зависимости, особенно в случаях самолечения. Поэтому необходимы дальнейшие исследования разработки и обоснования эффективности немедикаментозных методик нарушений сна, в

частности, когнитивно-поведенческой терапии, методики диафрагмального дыхания в совокупности с применением методики светолечения.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения и повышения качества жизни пациентов с инсомнией посредством внедрения комплексной медико-психологической методики лечения инсомнии в рамках стандартов специализированной помощи.

Задачи исследования: Проведение исследования в рамках клинической апробации психологических, эмоциональных и психосоциальных изменений больных с инсомнией старше 18 лет, не имеющих острых и хронических соматических и неврологических заболеваний, до и после проведения комплексной медико-психологической методики, в сравнении с данными контрольной группы; оценка влияния апробируемого метода на динамику качества жизни; оценка эффективности апробируемого метода.

Дизайн исследования: Исследование выполнено в рамках клинической апробации «Комплексная медико-психологическая методика лечения инсомнии». Индекс протокола: 2020-37-3. Проведено открытое рандомизированное проспективное контролируемое исследование в параллельных группах с заслепленной рецендерской оценкой. Исследование проводилось в три этапа. Первый этап – скрининг. В рамках первого этапа проводилась проверка соответствия критериев включения/невключения, клинико-диагностическое интервью со сбором социодемографических характеристик, психодиагностическое исследование (анкета бальной оценки субъективных характеристик сна, Питтсбургский опросник на определение индекса качества сна (PSQI), опросник «Индекс тяжести инсомнии» (ISI), шкала сонливости Epworth (ШСЭ), опросник по последствиям нарушения сна (FOSQ), шкалы тревоги и депрессии Гамильтона, шкала общего клинического впечатления (CGI), проведение полисомнографического исследования с кардиореспираторным мониторингом (ПСГ) с целью исключения выраженного синдрома обструктивного апноэ сна. Второй этап был представлен проведением комплексной медико-психологической методики лечения среди пациентов основной группы. Рандомизированное распределение 74-х пациентов на основную группу и группу контроля осуществлялось в пропорции 1:1 (37:37). Методика лечения включала 10 сеансов индивидуальной психотерапии, 10 сеансов комплексных психофизиологических методов (тренинг по диафрагмальному дыханию, светолечение), длительность проведения составляла 5 недель. По завершению методики проводилось повторное индивидуальное психодиагностическое исследование, проводимое клиническим психологом. Для статистического анализа использованы методы описательной статистики качественных и количественных данных. Произведена оценка соответствия распределения показателей нормальному закону с помощью критерия Холмогорова-Смирнова. Сравнение групп с использованием методов аналитической статистики проводилась с помощью

t-критерия Стьюдента для зависимых выборок и U-критерия Манна Уитни для независимых выборок. Оценка корреляции количественных результатов осуществлена с применением коэффициента Пирсона (r) для интервальных переменных с нормальным распределением. Результаты принято считать достоверными при $p < 0,01$.

Результаты. В ходе оценки соответствия распределения переменных нормальному закону с помощью одновыборочного критерия Холмогорова-Смирнова были получены результаты, указывающие на нормальное распределение переменных. Результаты количественной оценки эффективности метода клинической апробации проводилось по семи переменным: (1) Улучшение субъективных характеристик сна,

(2) Улучшение качества сна, (3) Снижение индекса тяжести инсомнии, (4) Снижение дневной сонливости, (5) Уменьшение последствий нарушений сна, (6) Снижение выраженности тревоги, (7) Улучшение общего клинического впечатления. В рамках оценки достижения целевого результата согласно Приказу 46н Минздрава РФ от 02.02.2022 (Положение о клинической апробации) был установлен порог в 85%. По показателям (1) Улучшение субъективных характеристик сна, (2) Улучшение качества сна, (3) Снижение индекса тяжести инсомнии, (4) Снижение дневной сонливости целевой результат составлял более 85%, что значительно превалировало в сравнении с показателями группы контроля. Дополнительная оценка результативности методы проводилась с использованием шкала общего клинического впечатления (CGI), по данным которой суммарный процент улучшения и выздоровления пациентов составил 78%, из которых удельный вес пациентов с увеличенной длительностью ремиссии составил 65%. Дополнительная ценность прошедшего клиническую апробацию метода оценивалась по показателям: (1) Увеличение средней продолжительности сна, (2) Снижение частоты ночных пробуждений, (3) Повышение работоспособности/активности, и продемонстрировала существенные клинические преимущества. Для оценки уровня значимости полученных результатов проводилась систематизация и последующая статистическая обработка данных в программе IBM SPSS Statistics 23 с использованием U-критерия Манна-Уитни. Все полученные эмпирические значения Uэмп по показателям (1) Улучшение субъективных характеристик сна, (2) Улучшение качества сна, (3) Снижение индекса тяжести инсомнии, (4) Снижение дневной сонливости, (5) Уменьшение последствий нарушений сна, (6) Снижение выраженности тревоги, (7) Улучшение общего клинического впечатления находились в зоне значимости, при $p \leq 0.01$.

Заключение: Оценка полученных данных в ходе проведения клинической апробации показывает эффективность предложенной клинико-психологической методики лечения инсомнии. В ходе последующей статистической обработки полученные результаты показали высокую значимость, что соответствует установленным цели и задачам исследования

ПСИХОТЕРАПИЯ БЕЗ ДИАГНОЗА. ТРАНСДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕСТСТВЕННОСТИ

Граница А.С.

Казанский федеральный университет

Казань

*PSYCHOTHERAPY WITHOUT A DIAGNOSIS. TRANSDIAGNOSTIC APPROACH IN
ACCEPTANCE AND RESPONSIVENESS THERAPY*

Granitsa A.S.

Спектральный подход к диагностике, принятый в качестве основы МКБ-11, рассматривает постепенный переход от доболезненных феноменов до выраженных симптомов психического расстройства. Еще более широким взглядом является поиск внекатегориальных, трансдиагностических признаков, объединяющих психические расстройства и между собой. Известно, что применение медикаментозного лечения во многом опирается на синдромологический и симптоматический принципы, которые могут быть схожими для заболеваний из разных категорий. В психологических моделях и различных психотерапевтических школах такой взгляд является распространенным. В них выделяются признаки или психологические процессы, идентичные как у здоровых лиц, так и лиц с

психическими расстройствами. Психотерапевтические вмешательства, таким образом, становятся мало зависящими от формальной классификации.

Наибольший интерес к трансдиагностическим исследованиям был связан с разработкой протоколов когнитивно-поведенческой терапии.

Трансдиагностические модели призваны представить новый подход, который мог бы улучшить методы классификации, формулирования, лечения и предотвращения психических расстройств. В качестве примера в данном сообщении мы хотим привести модель, принятую в терапии принятия и ответственности (АСТ).

Терапия принятия и ответственности была разработана С. Хейсом и соавт. на основании теории реляционных фреймов и последующего синтеза идей из разных источников. В настоящее время растет число исследований эффективности АСТ при различных болезнях, как соматических, так и психических, начиная с хронической боли, и заканчивая психотическими расстройствами. При этом стратегии работы с этими запросами являются схожими и восходят к общей трансдиагностической схеме. Концепция терапии принятия и ответственности рассматривает проблемы клиентов и симптомы психических расстройств, через понятия психологической гибкости и психологической ригидности, которые разделяются на шесть альтернативных друг другу процессов.

Психологическая гибкость определяется как способность более полно контактировать с настоящим моментом, проявляя упорство действиях, основанных ценностях клиента. Принятие подразумевает соприкосновение с мыслями, воспоминаниями, эмоциями и телесными ощущениями, без излишних попыток изменить их частоту или форму. Разделение – это изменение отношения к мыслям с признанием того, что они являются не просто мыслями без обязательства буквально им следовать. Контакт с настоящим моментом включает соприкосновение с психическими феноменами, разворачивающимися в настоящем времени вместо попытки продумать будущее или застревания в прошлом. Я-наблюдатель подразумевает отказ от попыток оценивания себя и способность к безоценочной рефлексии. Ценности — это глобальные желаемые последствия жизни, они являются основой для выбора действий. В противовес им, «страдание» будет основано на противоположных процессах: избегании переживаний, попытках изменить частоту или форму мыслей, жесткость по отношению к прошлому и будущему, склонность к навешиванию ярлыков на собственную личность, отсутствие четко определенных и избранных ценностей и действий, не основанных на ценностях, а продиктованных избеганием или другими процессами психологической ригидности.

Данная модель может быть адаптирована для множества вариантов проблем пациентов. Например, при генерализованном тревожном расстройстве выявляется попытка контроля тревоги и ее физических проявлений, слияние с тревожными мыслями и выстраивание копинг-поведения исходя из доверия к ним, заикливание на прогнозировании будущих угроз и застревание на травмирующих событиях прошлого, самооценка себя как неспособного справиться с этими угрозами. Это приводит к потере контакта с ценностями и замены их избегающим поведением. При депрессивном синдроме будет наблюдаться избегание тревоги, грусти и апатии, слияние с мыслями о собственной дефектности или виновности, застревании в прошлых неудачах и безнадежности будущего, склонности к оцениванию себя как «плохого человека» или «неудачника». И наиболее яркие проявления депрессии – отказ от активности, в том числе в тех сферах, которые относились бы к ценностям. На основе такой модели разрабатываются универсальные, но адаптивные под конкретный случай подходы к психотерапии: это обучение навыкам осознанности, разделения, способности действий в независимости от эмоционального состояния,

выявления ценностей и формулирование поведения, которое основывается на ценностях.

Систематические обзоры и метанализы показывают перспективность применения терапии принятия и ответственности при разных проблемах, эффективность приближается к показателям традиционной когнитивно-поведенческой терапии. Исследователи указывают на трудности с детальным объяснением механизма эффекта от психотерапии. Однако то, что в основе стратегий работы с пациентами и клиентами лежит однородная модель, может говорить о возможности трансдиагностического взгляда на психические расстройства.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ГРУППЫ ЛИЦ, ПЕРЕЖИВАЮЩИХ РЕАКЦИЮ УТРАТЫ

Зун С.А., Колодин С.Н.

Военно-медицинская академия

Санкт-Петербург

*FEATURES OF MENTAL DISORDERS IN A GROUP OF PEOPLE EXPERIENCING A
LOSS REACTION*

Zun S.A., Kolodin S.N.

Более 20 лет назад произошла трагическая гибель в Баренцевом море АПРК «Курск». Опыт, приобретенный при оказании психиатрической помощи в условиях ликвидации последствий этой аварии, имеет немаловажное значение и в современных условиях. Медико-психологическая помощь семьям погибших на первом этапе оказывалась в период с 21.08.00 г. по 04.09.00 г.

В процессе оказания помощи выявлено, что структура психических нарушений у родственников погибших моряков при аварии на атомной подводной лодке «Курск» характеризуется преобладанием психогенных нарушений, которые отличались значительной полиморфностью и определялись как тяжестью и характером психотравмы, так и целым комплексом дополнительных этиопатогенетических факторов.

Необходимость оказания психиатрической помощи в экстремальных условиях значительному числу лиц (более 400 человек), ограниченность времени, а также сил и средств психиатрической (медико-психологической) помощи обусловило использование уровневого принципа в оценке психического состояния обследуемых. В связи с тем, что у многих из них психические изменения не достигали синдромально очерченных форм, наряду с традиционно рассматриваемыми пограничным и психотическим уровнем психогенных расстройств, было признано целесообразным выделение психологического уровня (психологические стрессовые реакции (ПСР)).

Психологический уровень расстройств отличался наибольшей полиморфностью проявлений и характеризовал состояния, не достигающие уровня психической патологии. Подобные проявления, несмотря на свою «психологическую понятность» и обусловленность конкретной ситуацией отличались относительной стойкостью, определенной типичностью проявлений, «парциальной» критичностью (относительно полная критика в оценке происходящего и не достаточная в отношении себя и своего поведения), отчетливым искажением субъективного восприятия времени и пространства, а также субъективно неприятными соматовегетативными нарушениями. Психологические стрессовые реакции не носили синдромально очерченного характера, отличались транзиторностью и рудиментарностью проявлений, отсутствием субъективного ощущения «нездоровья», сопровождалась относительно сохранными формами поведения,

способностью поиска выхода из трудных ситуаций без выраженных признаков социально-психологической дезадаптации. Существенным отличием от клинически очерченных расстройств являлось и то, что проявления ПСР, как правило, нивелировались при смене рода деятельности, после отдыха, психологической релаксации. В зависимости от остроты развития среди ПСР выделялись три основные формы: острые, подострые и отставленные.

Острые ПСР отличались преобладанием растерянности, эмоционального напряжения, чувства тревоги и страха, стереотипными формами поведения, транзиторностью течения и, вместе с тем, достаточно благоприятным прогнозом. В отличие от острых, подострые ПСР были менее ситуационно обусловлены. Доминирующим эмоциональным фоном при них являлось состояние “внутренней”, нередко беспричинной (“общей”) тревоги и менее типичны (в отличие от острых ПСР) растерянность и страх. Данные реакции носили более пролонгированный характер, имели склонность к рецидивированию. С определенной долей условности среди подострых ПСР можно выделить гипо- и гиперкинетические варианты (с менее отчетливой клинической очерченностью, чем при острых ПСР). Гипокинетический вариант подострых ПСР, как правило, характеризовался легкой идеаторной и двигательной заторможенностью, с умеренными явлениями тревоги и некоторой растерянности, вялостью, пассивной подчиняемостью, трудностью сосредоточения и концентрации внимания, “навязчивыми”, доминирующими в сознании мыслями, снижающими продуктивность основной деятельности. Вместе с тем, необходимость выполнения “срочной работы” позволяло на время освободиться от них.

При гиперкинетическом варианте подострых ПСР, как правило, имели место легкое двигательное и речевое возбуждение, стремление к деятельности, обычно малопродуктивной, нецеленаправленной, с постоянным отвлечением на несущественные детали (попыткой “охватить все”), напряженным эмоциональным состоянием (повышенным “чувством ответственности”), недостаточно критичным отношением к своему поведению и оценке окружающей действительности. Наконец, отставленные ПСР имели наименьшую остроту развития и наиболее пролонгированное течение, отличались отсутствием жесткой ситуационной зависимости, аутохтонным возникновением. Подобные расстройства характеризовались наибольшим (лично обусловленным) своеобразием. Их выраженность существенно снижалась при переключении внимания, смене рода деятельности, в периоды “профессиональной загрузки”, а также после адекватного отдыха и незначительных психопрофилактических мероприятий. Следует отметить, что в генезе развития отставленных ПСР особое значение приобретали различные астенизирующие и дополнительные психотравмирующие факторы. Последние, даже будучи незначительными, могли приобретать “пусковое” значение в развитии ПСР (эффект “последней капли”). При этом, как уже отмечалось, особое место среди дополнительных психотравмирующих факторов приобретал недостаток и/или неадекватность распространяемой о экстремальной ситуации информации. В целом, в структуре психогенных расстройств у всех обследованных лиц преобладали расстройства психологического (60,8%) и невротического (38,7%) уровней, тогда как реактивные психозы отмечались лишь в единичных случаях (0,5%). В одном случае психоз был представлен реактивно обусловленным депрессивно-параноидным состоянием, в другом – экзацербацией, вследствие мощной психотравмы, ранее имевшего место психического заболевания.

НАРУШЕНИЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ КАК ОСНОВА СИНДРОМООБРАЗОВАНИЯ СВЕРХЦЕННЫХ И БРЕДОВЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ И ШИЗОФРЕНИИ

Илюшина Е.А.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Москва

IMPAIRED SELF-REGULATION AS A BASIS FOR THE SYNDROME FORMATION OF OVERVALUED AND DELUSIONAL CONDITIONS IN PERSONALITY DISORDER AND SCHIZOPHRENIA

Ilyushina E.A.

Цель исследования: изучение механизмов синдрообразования сверхценных и бредовых состояний с учетом регуляторных нарушений.

Материал: Из обследованных 112 подэкспертных для данного сообщения были выбраны 26 подэкспертных со сверхценностями (17 устанавливался диагноз расстройства личности, 4 - органическое расстройство личности, 3 - шизофрения) и 29 - с бредовыми состояниями (при шизофрении). Методы: клинико-психопатологический и статистический.

Результаты и их обсуждение: В свете концептуального единства медицинского и юридического критериев юридически релевантных психических расстройств, сверхценные и бредовые состояния были рассмотрены не просто как патологические идеи, а как сложные психопатологические феномены с лежащими в основе их синдрообразования нарушениями саморегуляции. Выделены особенности их структуры, феноменологическая неоднородность, динамическая вариативность. В данном сообщении делается акцент на механизмах синдроменеза, отражающих разные варианты регуляторных нарушений. В рамках изученных состояний, согласно традиционным представлениям о саморегуляции, были оценены находящиеся в строгой иерархической взаимосвязи мотивационный (смысловой) и операционально-технический уровни саморегуляции.

Бредовые состояния при параноидной шизофрении были представлены чувственным и образным его вариантами, которые могли выступать разными этапами единого процесса с закономерным усложнением синдрообразования и нарастанием полиморфности клинической картины. Механизм синдрообразования заключался в формировании патологического «личностного смысла» (по Леонтьеву А.Н.), противоречащего прошлому опыту больного и затрагивающего различные уровни познания (восприятие, представление, мышление). Так, определялись более глубокие нарушения смыслового уровня саморегуляции личности, а нарушения операционально-технического уровня (постановка целей, моделирование, программирование, оценка результатов и их коррекция) уже носили вторичный характер и также зависели от выраженности специфического эндогенного дефекта. При чувственном бреде нарушалось преимущественно чувственное познание. При образном бреде начальные механизмы бредообразования не исчезали, но присоединялись нарушения воображения. Усложнение бредовой симптоматики в дальнейшем происходило и за счет «вторичной» бредовой интерпретации сформировавшихся к тому времени психических автоматизмов, что приводило к образованию бреда воздействия. Основной механизм бредообразования выражал дисфункцию определенных звеньев саморегуляции: придание патологического личностного смысла при восприятии большим окружающей действительности, за которым стояла патология мотивационной (смысловой) сферы, что приводило к патологической оценке окружающего, постановке соответствующей болезненному переживанию цели, изъяснам в составлении программы действий. Оценка результатов своих поступков

также оказывалась невозможной из-за смысловых искажений, что приводило к некорректируемости бредового поведения.

При сверхценных состояниях выраженность регуляторных нарушений была различна и определялась многими факторами: нозологической неспецифичностью; преобладанием в психопатологической структуре идеаторного, эмоционального либо поведенческого компонента; влиянием психогенного либо конституционального факторов в генезе синдрома; вариативностью динамических характеристик. Многие из этих факторов обусловили клиническую неоднородность сверхценностей, что выражается в выделении следующих их разновидностей: аффективные, интерпретативные и гиперстенические сверхценные состояния, конституционально-личностные и психогенно обусловленные сверхценные состояния; сверхценные состояния в рамках стационарного состояния, реакции или патохарактерологического развития.

Сверхценности формировались под воздействием кататимных механизмов, способствующих закреплению аффективно заряженных, страстных переживаний, приобретающих для личности все большую значимость. Фиксация состояния происходила либо в условиях психогенной ситуации, либо на фоне изначальных изъянов личностной структуры, обусловленных дефектом развития (например, нашим больным чаще устанавливался диагноз расстройства личности), либо на фоне приобретенных изменений личности в силу какого-либо психического расстройства (например, органическое расстройство личности, шизофрения). Здесь выявлялись количественные изменения как смыслового, так и операционально-технического уровня саморегуляции. При длительном воздействии кататимных механизмов изменялось иерархическое строение мотивационно-потребностной сферы с актуализацией определенной сверхзначимой потребности, в чем раскрывались особенности функционирования смыслового уровня саморегуляции. Последние, в свою очередь, приводили к преобладанию в деятельности личности соответствующих мотивов, способствуя ограничению произвольного выбора цели. На операционально-техническом уровне саморегуляции наблюдались трудности в моделировании значимых условий и оценке результатов деятельности. Это приводило к составлению неправильной программы действий с выдвиганием нереалистичных планов, а некорректная оценка результатов деятельности создавала препятствия к выстраиванию корректирующих действий с невозможностью изменения программы действий в соответствии с изменившимися условиями. Регуляторные нарушения в некоторых случаях усугублялись в условиях фрустрации, а также при отрицательной динамике в случае перехода сверхценности в рамках реакции в сверхценности в рамках патохарактерологического развития. Происходила психотическая дезорганизация психики, являющаяся следствием регресса осознанных смысловых регуляторных процессов с упрощением и сужением смысла деятельности по механизму «сдвига мотива на цель» (по Зейгарник Б.В.) и переходом на низшие автоматизированные уровни функционирования. Регресс психической деятельности сопровождался грубыми стойкими дефектоподобными личностными нарушениями. Личность становилась заложницей операциональной установки и не могла вернуться к осознанной саморегуляции.

Выводы:

1. Бредовые и сверхценные состояния представляют собой не столько патологические идеи, сколько сложные психопатологические образования, в генезе которых участвуют различные регуляторные нарушения, что может быть использовано при их дифференциации.
2. В основе бредовых состояний лежит нарушение функционирования смыслового уровня регуляции психической деятельности, заключающегося в придании

патологического «личностного смысла», противоречащего прошлому опыту личности, на различных уровнях познания, что имеет первостепенное значение. Другие регуляторные дефекты операционально-технического уровня носят вторичный характер и могут отличаться в зависимости от вида бреда и выраженности дефицитарных нарушений.

3. Сверхценности занимают особое место на рубеже непсихотических и психотических расстройств, отличаются морбидной неспецифичностью, клиническим разнообразием и вариативностью динамических характеристик, что обуславливает различие в сопровождающих их нарушениях саморегуляции.

4. В основе формирования сверхценных состояний лежит кататимный механизм, способствующий изменению иерархического строения мотивационно-потребностной сферы с актуализацией определенной потребности, что в случае отрицательной динамики может приводить к упрощению и сужению смысла деятельности по механизму «сдвига мотива на цель» с приобретением все более автоматизированного и неосознанного характера.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ШИРОКОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА КИСЛОРОДНО-КСЕНОНОВЫХ ИНГАЛЯЦИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

Лобода А.В., Нартова Т.В., Каймакова В.А.

Многопрофильный медицинский центр Банка России.

ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Москва

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF WIDE APPLICATION OF OXYGEN-XENON INHALATION THERAPY IN CLINICAL PRACTICE

Loboda A.V., Nartova T.V., Kaimakova V.A.

Проблема лечения боли, стресса, страха, депрессий, расстройств сна всегда актуальна в медицинской практике. Применение ксенона в профилактике и лечении заболеваний человека – одно из интенсивно развивающихся направлений современной медицины. В настоящее время Россия занимает лидирующие позиции по применению инертного газа в медицине. Именно российским ученым принадлежит пальма первенства по созданию оборудования, методов лечения и внедрению ксенона в клиническую практику.

Медицинский ксенон – это ингаляционное лекарственное средство, обладающее уникальными свойствами. Этот газ безопасен, нетоксичен, не оказывает вредного воздействия на нервную систему и другие ткани организма, не вызывает привыкания и может применяться в течение длительного времени.

В результате фундаментальных исследований Фармкомитет России разрешил применение ксенона в медицинской практике. (Приказ МЗ РФ № 363 от 10. 10. 1999г.). Предприятие ООО Акела-Н получило Регистрационное удостоверение № 99/363/4 и Лицензию № 64/0125-Л/02 на производство и реализацию медицинского ксенона «КсеМед», утверждена Инструкция по применению ксенона и защищена Фармакопейная статья 42-2891-97 от 8. 10. 1999г и Фармакопейная статья предприятия (ФСП) №42-0523-5109-04. Класс опасности — 4 по ГОСТ 12.1007, что говорит о высокой безопасности вещества. В природе ксенон входит в состав атмосферного воздуха в малых концентрациях. В силу своей инертности ксенон не изменяется в организме и выводится через легкие в течение считанных минут.

В нашем Медицинском Многопрофильном центре лечение ксеноном успешно применяется при различных нозологических патологиях, а также в качестве средства для снятия психоэмоционального и физического перенапряжения, нивелирования депрессивных состояний. Это объясняется тем, что ксенон обладает

антистрессорным эффектом. Под воздействием ксенона происходит активация стресс-лимитирующих систем, нормализация параметров нейроэндокринной регуляции. Кислородно-ксеноновые ингаляции обладают выраженным обезболивающим действием, имеют сосудистый, ноотропный, антидепрессантный эффекты, что позволяет использовать ксенон в самых различных отраслях практической медицины. Наш опыт внедрения и использования метода кислородно-ксеноновых ингаляций в практику позволяет повысить эффективность лечения и избежать целого спектра осложнений и побочных эффектов фармакологических препаратов. В своей работе мы делаем акцент на персонализированный подход, основанный на детальном анализе анамнеза, жалоб пациента, характера болей, и применении средств, которые бы патогенетически воздействовали на механизмы, вызывающие боль. Такой подход позволяет избегать назначения излишних фармакологических средств.

Применение кислородно-ксеноновых ингаляций возможно при терапии хронических болевых синдромов. В этом направлении ксенон является уникальным препаратом: являясь антагонистом НМДА-рецепторов и агонистом ГАМК-рецепторов, он позволяет эффективно бороться с болевыми синдромами. Кроме того, обладая сосудистым и антидепрессантным действиями, ксенон является препаратом, оказывающим комплексное воздействие сразу на несколько звеньев патогенеза болевого синдрома. К практическим преимуществам применения данного метода относится неинвазивность процедуры, сохранение сознания на протяжении всего сеанса с возможностью постоянного контакта с медицинским персоналом.

Отмечается положительный опыт использования кислородно-ксеноновых ингаляций при терапии расстройств сна при всех типах инсомнии. Ксеноновая терапия при расстройствах сна показана у пациентов, перенесших стрессовые ситуации, у лиц с привыканием к снотворным средствам, при феномене отмены бензодиазепиновых препаратов, при нарушении 1-й фазы сна – засыпания, у пожилых пациентов. При стресс-зависимых заболеваниях, на примере пациентов с язвенной болезнью, мы фиксируем, что после курса проведенного лечения у большинства пациентов отсутствовали симптомы обострения.

Применение ксенона также возможно при терапии панических расстройств, поскольку он позволяет минимизировать вегетативные реакции, сопровождающие панические атаки. В следующий раз, когда у человека случается такой приступ, остаётся только психологический фактор, и с этим справиться уже гораздо проще. Поэтому ксенон очень хорошо работает в комплексной терапии с психологическим сопровождением. Процедуры хорошо зарекомендовали себя в сочетании с применением психологических интервенций при коррекции эмоционального перенапряжения, характеризующимся ухудшением памяти, снижением настроения, ухудшением концентрации внимания. Применение ксенона в комплексе с психологическим сопровождением также может быть показано при лечении тревожно-депрессивных расстройств. У пациентов, прошедших курс ингаляций, отмечается снижение выраженности аффективных нарушений, что проявляется в увеличении энергетической продуктивности, снижении пессимистической настроенности, повышении прогностических способностей.

Заключение. Ингаляции кислородно-ксеноновой газовой смесью обладают широким диапазоном терапевтических эффектов. Внедрение метода в практику нашего центра позволило расширить арсенал терапевтических средств отечественного производства, снизить количество осложнений от традиционной фармакотерапии. Имеющаяся нормативно-правовая база для применения метода кислородно-ксеноновых ингаляций позволяет использовать его в клинической практике. Опыт

применения кислородно-ксеноновых ингаляций в различных областях медицины не выявил осложнений, связанных с применением ксенона.

ФАКТОРЫ РЕЦИДИВА ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ (ПРЛ)

Миназов Р.Д.

ООО «Лечебно-реабилитационный центр «Клиника ИНСАЙТ»

Казань

*FACTORS OF RELAPSE IN PATIENTS WITH BORDERLINE
PERSONALITY DISORDER (BPD)*

Minazov R.D.

Проблема рецидива пациентов, страдающих ПРЛ, набирает актуальность с конца XX века. Терапия и реабилитация затруднена анозогнозией, своеволием пациентов, резкими колебаниями настроения и поведения. Несмотря на прохождение длительной стационарной реабилитации, качество и продолжительность ремиссии не всегда можно гарантировать, исходя из сроков лечения. Тем не менее, многие исследователи проблем психического здоровья и зависимостей пытаются классифицировать причины рецидива заболевания, создавать классификации пусковых механизмов «срыва». Постстационарный или, как его еще именуют, амбулаторный этап реабилитации сопряжен с рядом сложностей. Пациенты находятся вне отделения и невозможно контролировать качество ремиссии, ее наличие, выполнение рекомендаций специалистов, применение назначенной поддерживающей психофармакотерапии и психотерапии.

Целью нашего исследования является попытка структурировать накопленный опыт и описать факторы рецидива проявления ПРЛ. Под этими факторами мы понимаем ситуации, людей, события, чувства, мысли, воспоминания, которые провоцируют внутреннюю и внешнюю реакцию пациента. Они вызывают сильные эмоциональные реакции и быстро вовлекают в стандартные модели реагирования. С помощью клинико-биографического и анкетного метода нам удалось выделить восемь категорий факторов рецидива.

1. Эмоциональное состояние такое как депрессия, тревога, злость, страх или смущение
2. Физическое состояние, например, возбуждение, скука, усталость, голод
3. Присутствие других значимых объектов, которые вызывают неконтролируемую эйфорию, либо аффекты мстительности (гнев, обида, ревность, зависть), тем самым создается эффект эмоциональных «качелей».
4. Доступность провоцирующих веществ, предметов (алкоголь, наркотики, психотропные препараты немедицинского назначения, лезвие и прочие колюще-режущие предметы, ассоциирующиеся с самоповреждением)
5. Физическая среда, такие как дом, работа, учебное заведение, клубы, бары, вечеринки
6. Социальное давление: люди, друзья в окружении пациента, которые употребляют ПАВ, в том числе и алкоголь, либо занимающиеся самоповреждением, промискуитетом.
7. Деятельность: дела, которые вызывают внутренние или внешние конфликты у пациента, в силу чего растет эмоциональное и физическое напряжение.
8. Мысли и воспоминания о прошлом негативном опыте, категоричность мышления, катастрофизация.

Данная классификация способствует формированию методов самопомощи и анализа для пациентов, например, дневника самонаблюдения, где фиксируются

провоцирующие рецидив ситуации из жизни в ежедневном режиме. Далее этот материал является предметом обсуждения на психотерапевтической сессии, где каждый эпизод подробно обсуждается и прорабатывается. Тем самым происходит профилактика рецидива проявления ПРЛ.

Применение данной классификационной формы провоцирующих факторов в реабилитационных отделениях стационаров, амбулаторных отделениях будут способствовать структурированию материала для анализа и проработки причин рецидива пациентов с ПРЛ и могут быть полезны для психотерапевтов, психологов и социальных работников, проводящих с ними амбулаторную терапию.

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПОДРОСТКОВЫХ ДИСМОРФИЙ

Мирзаева Г.А., Бабарахимова С.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент

PSYCHOCORRECTION OF TEENAGE DYSMORPHIAS

Mirzaeva G.A., Babarakhimova S.B.

Введение. Актуальность проблемы исследования дисморфических расстройств обусловлена стремительным ростом числа заболеваемости данной патологией среди детско-подросткового контингента населения. Согласно данным ВОЗ депрессивные состояния с преобладанием в клинической картине дисморфофобической патологии встречаются преимущественно в подростково-юношеском возрасте и составляют 8-16% в общей популяции 15-20-летних и более 50% всей психической заболеваемости среди контингента пациентов юношеского возраста. По мнению российских учёных (Медведев К.Э., 2020), основным методом лечения дисморфических расстройств у детей старше 9 лет и подростков должна быть гипносуггестивная психотерапия.

Цель исследования: изучить особенности клинических проявлений дисморфических нарушений и оценить эффективность гипнотерапии у подростков для улучшения лечебно-реабилитационной помощи, оптимизации психотерапевтической тактики, профилактики и прогноза данных состояний.

Материалы и методы исследования: были обследованы 50 подростков в возрасте от 15 до 17 лет с жалобами на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HADS), опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда. Комплексный подход к лечению больных с дисморфическими расстройствами включал в себя совместное взаимодействие психиатров, медицинских психологов и психотерапевтов, что достаточно квалифицированно осуществлялось в результате врачебных советов и консилиумов в условиях стационара. Метод психотерапевтической тактики являлся двухэтапным, применялись групповые и индивидуальные сеансы гипнотерапии, где подростков распределили на мини группы по возрастным параметрам и по преобладанию дисморфофобической симптоматики. Определялась эффективность проведения гипносуггестивной психотерапии в сочетании с семейной и рациональной психотерапией по редукции симптомов депрессии и уровня тяжести реактивной и личностной тревоги. Результаты: на основании проведенного исследования все пациенты были разделены на три группы по преобладанию клинической симптоматики: подростки с тревожно-фобической симптоматикой (28 больных-56%), с обсессивно-компульсивной симптоматикой (12 больных-24%) и

подростки с преобладанием сверхценных идей (10 больных-20%). В обследованной группе в ходе исследования с помощью психометрических шкал выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков. Наличие тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии – у 88%; более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациентов – констатировалась выраженная тревога. В формировании депрессивного симптомокомплекса были выявлены такие клинические проявления как потеря интересов и чувства радости в обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадежности. В 76% случаев (38 пациентов) родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня. На основе детального анализа, включающего оценку особенностей конституционально-личностного склада пациентов, их эмоциональной и коммуникативных сфер, характера реагирования на внешние средовые влияния, степени психофизической зрелости и ряда других клинических особенностей установлено, что для больных с дисморфическими расстройствами характерна выраженная неоднородность личностной структуры; в ходе исследования были установлены на основании тестирования по опроснику Шмишека - Леонгарда следующий ряд их разновидностей: 17 пациентов (34%) «психастеники»; 9 пациентов (18%) - «шизоиды»; 13 подростков (26%) - «эмоционально-неустойчивые»; «истероиды»- 11 подростков (22%). Выявлена определённая взаимосвязь между типом личности и клинической картиной дисморфофобического синдрома. У шизоидных акцентуантов чаще всего регистрировались обсессивно-компульсивные и деперсонализационные депрессии. У истероидных акцентуантов преобладали депрессии с идеями дефектов внешности и физического уродства. Пациентам с психастеническими чертами характера свойственны были тревожно-фобические и психастеноподобные депрессии, а для обследуемых, соответствующих эмоционально-неустойчивому расстройству личности, характерны маскированные и ипохондрические депрессии с доминированием соматовегетативных расстройств. На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), уходы из дома, стремление к изоляции и одиночеству, появление суицидальных мыслей. Депрессивные расстройства влияли на все стороны личности, вызывая состояние дезадаптации, и в зависимости от степени тяжести и формы депрессии приводили к появлению поведенческих нарушений, в том числе и суицидальным мыслям и тенденциям. Эффективность проводимой гипнотерапии оценивалась в сравнительном аспекте по редукции степени тяжести депрессивной симптоматики и снижению уровня тревожности до и после проведённой психотерапии. После проведённой гипнотерапии отмечено улучшение социального функционирования и адаптации к социуму у подростков с дисморфическими расстройствами. Основной мишенью гипнотерапии было изменение поведенческих навыков и стратегий в ситуации стресса, акцентирование особого внимания вопросу соблюдения режима лечения, выявлению эффектов от краткосрочной и долгосрочной систематической помощи: когнитивные тренинги, индивидуальные и групповые занятия, семейная терапия, реабилитационная терапия, разработка различных протоколов лечения дисморфической патологии в рамках гипносуггестивной терапии. В ходе проведения в стационарных условиях групповых сеансов гипнотерапии было выявлено, что подростки с психастеническими (34%) и истероидными (22%) чертами характера лучше поддаются воздействию психотерапевта, быстрее

усваивают предлагаемые установки по развитию самоконтроля и саморегуляции в условиях воздействия стрессовых факторов и активно меняют поведенческие реакции в ситуациях возникновения дисморфических депрессий.

Вывод: по результатам обследования было выявлено, что гипнотерапия клинических проявлений дисморфических расстройств пубертатного периода депрессивного регистра является эффективным методом комплексного лечения данной патологии и одним из основных и ведущих стандартов психотерапевтического подхода. Опыт применения в стационарных условиях групповых сеансов гипнотерапии дисморфических расстройств в комбинации с психофармакотерапией показал эффективность комплексного лечения данного контингента больных, значительно сократил сроки пребывания подростков в отделении, вызвал наступление стойкой ремиссии и реабилитации. Результаты исследования могут быть использованы в работе не только врачей-психиатров, но и врачей других специальностей: пластических хирургов, дерматологов, стоматологов, терапевтов, к которым нередко обращается этот контингент больных с целью оптимизации психотерапевтической тактики и формирования гармонично развитой личности.

ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ - ЗАДАЧА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВАЖНОСТИ

Мурзина Т.Ф.

ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России

Санкт-Петербург

*MENTAL HEALTH PROTECTION OF SOCIAL WORKERS IS A TASK
OF NATIONAL IMPORTANCE*

Murzina T.F.

На протяжении нескольких лет в научно-практическом и педагогическом плане мы поднимаем актуальную проблему профессионального выгорания специалистов социальной сферы. Целью исследования является создание системы оказания комплексной медико-психологической помощи работникам учреждений социальной сферы России при профессиональном стрессе.

Как известно, психоэмоциональный стресс у специалистов помогающих профессий приводит к возникновению синдрома профессионального выгорания (СПВ). Ведущие ученые нашей страны в области психиатрии, психотерапии и медицинской психологии изучали проблему СПВ специалистов помогающих профессий. Длительный психоэмоциональный стресс в сочетании с воздействиями социально-стрессовых факторов приводят к неблагоприятным условиям жизни и труда работников, снижению профессиональной эффективности, формированию психосоциальной дезадаптации, возникновению психосоматических заболеваний.

Группу риска в возникновении профессионального выгорания составляют работники социальной сферы, которые оказывают помощь инвалидам, детям-инвалидам, пожилым людям. В настоящее время в отдельных учреждениях социальной защиты и социального обслуживания населения Российской Федерации имеется опыт проведения мероприятий по профилактике профессионального выгорания. Но эти мероприятия проводятся преимущественно психологами и не носят комплексного характера. Как известно, у специалистов помогающих профессий выявляются клинические проявления профессионального стресса. Оказание помощи лицам, страдающим последствиями профессионального стресса, необходимо проводить на индивидуальном и межличностном уровнях. Эти уровни включают выработку адаптивных форм поведения, оптимизацию взаимоотношений

с коллегами, лечение клинических проявлений. На данных уровнях обязательна совместная работа врачей и психологов, проведение оздоровительных мероприятий, т.е. комплексный подход.

Нами разработана, апробирована и с 2018 г. реализуется в отдельных регионах Российской Федерации комплексная программа медико-психологической реабилитации специалистов учреждений социальной сферы при профессиональном стрессе. Инновационность и ценность программы состоит в том, что она практико ориентирована и включает комплекс мероприятий по выявлению и предотвращению возникновения профессионального выгорания, достижению снижения степени его выраженности, уменьшению или исчезновению имеющихся клинических проявлений. В программах предусмотрена психологическая диагностика симптомов, стадий и уровня профессионального выгорания с целью профилактики ущерба личности и ее профессиональной деятельности. Осуществляется коррекция личностно-профессиональных качеств и навыков, неадекватных стилей поведения в конфликтных ситуациях, приводящих к возникновению и развитию профессионального выгорания.

В результате психологических тренингов коммуникативной компетентности и управления эмоциями у участников программ формируются навыки саморегуляции, которые нивелируют отрицательное воздействие профессионального стресса и поддерживают высокий уровень работоспособности. После врачебной диагностики проводится индивидуальная и групповая психотерапия с применением клинических методик. Применяются ресурсные, экологичные, мягко действующие психотерапевтические методики терапии творчеством. Метод и методики психотерапии творчеством были первоначально разработаны и апробированы нами для пациентов с различными расстройствами адаптации в диссертационных исследованиях, а также в рамках Федеральных целевых программ по заказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. Это - эффективные методики психотерапии творчеством: арттерапия, изотерапия, этнотерапия, сказкотерапия, эстетотерапия, ландшафтотерапия, психотерапия творческими путешествиями и творческой фотографией и др. В настоящее время мы успешно применяем эти хорошо зарекомендовавшие себя методики в реализуемых нами программах медико-психологической помощи специалистам при профессиональном стрессе. В комплексных программах психологические тренинги и психотерапия проводятся в сочетании с оздоровительными медицинскими мероприятиями.

В настоящее время в период пандемии коронавирусной инфекции и геополитической ситуации в стране особенно обострилась актуальность проблемы профессионального (эмоционального) выгорания специалистов помогающих коммуникативных профессий. В федеральных научных и образовательных учреждениях, занимающихся проблемой профессионального выгорания, проводятся научные исследования, разрабатываются и предлагаются технологии оказания помощи лицам, страдающим профессиональным выгоранием. Существует необходимость поиска новых подходов, дальнейшей разработки программ профилактики и оказания помощи специалистам помогающих профессий при профессиональном стрессе.

Нами предложено создание системы комплексной медико-психологической помощи при профессиональном стрессе работникам учреждений социальной сферы Российской Федерации. Обсуждение актуальных проблем профессионального выгорания специалистов социальной сферы по нашей инициативе началось в 2019 г. на площадке федерального информационно-аналитического журнала «Социальная защита в России» международного издательского дома «ЕвроМедиа» во

взаимодействии с отраслевыми комитетами Совета Федерации РФ и Государственной Думы России, Минтрудом России, ведущими отраслевыми экспертами, региональными органами власти. За прошедший период в журнале «Социальная защита в России» был опубликован ряд статей, а также проведены Всероссийские онлайн-конференции по вопросам профессионального выгорания специалистов учреждений и организаций социальной сферы.

Очередная онлайн-конференция, посвященная проблемам профессионального выгорания, состоялась 10 марта 2022 г. на площадке журнала «Социальная защита в России». Наше предложение о создании системы комплексной медико-психологической помощи при профессиональном стрессе работникам учреждений социальной сферы Российской Федерации было поддержано участниками конференции. Свою позицию, поддержку по вопросу, обсуждаемому на данной конференции, высказали представители федеральных властей: председатель комитета по труду, социальной политике и делам ветеранов Государственной Думы России Я.Е.Нилов и председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике Федерального собрания Российской Федерации И.Ю. Святенко.

В резолюции указанной конференции ее участники рекомендовали обратиться к Правительству Российской Федерации с предложением о создании системы оказания комплексной медико-психологической помощи специалистам социальной сферы в связи с их профессиональным выгоранием, эффективном внедрении программ медико-психологической реабилитации этих специалистов в субъектах РФ, с участием органов государственной власти и местного самоуправления. Материалы Конференции, в том числе резолюция участников с конкретными предложениями были направлены в Правительство Российской Федерации, Государственную Думу России, Минтруд России, региональные органы власти. Было рекомендовано внедрить мероприятия по профилактике профессионального выгорания и медико-психологической реабилитации специалистов социальной сферы в региональные планы по реализации национальных проектов, связанных с поддержкой и оказанием помощи инвалидам (детям-инвалидам) и гражданам пожилого возраста.

Охрана психического здоровья работников организаций и учреждений социальной сферы должна стать задачей государственной важности. Необходима разработка на федеральном уровне законодательных и нормативно-правовых актов, касающихся оказания медико-психологической помощи и мер социальной поддержки специалистам учреждений социальной защиты и социального обслуживания.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Николкина Ю.А., Чернов Н.В., Сатьянова Л.С.

ГБУЗ ПКБ №1 им.Н. А. Алексеева

Москва

*COMPARATIVE ANALYSIS OF EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AMONG PATIENTS
WITH EATING DISORDERS*

Nikolkina Y.A., Chernov N.V., Satyanova L.S.

Актуальность: Больные с расстройством пищевого поведения характеризуются полиморфизмом психопатологических проявлений, что зачастую затрудняет благоприятный прогноз заболевания, приводит к возникновению частых рецидивов. Данное положение ставит перед современными клиницистами поиск надежных инструментов диагностики, коррекции и своевременной терапии расстройств пищевого поведения.

Одним из перспективных подходов для диагностики, описания и коррекции расстройств пищевого поведения является терапевтический подход схема-терапия, который был разработан американским психологом Джеффри Янгом. В основе схемы-терапии лежит концепция ранних дезадаптивных схем, связанных с травматическим опытом детско-родительских отношений и нарушением в удовлетворении базовых эмоциональных потребностей в раннем возрасте (Касьяник П.М., 2013).

Цель исследования. Сравнить выраженность ранних дезадаптивных схем (РДС) у пациентов с нервной анорексией (НА) и нервной булимией (НБ).

Материал и методы исследования: Исследование проводилось в 2020 – 2021 году на базе диспансерного отделения КРПП. Всего обследован 131 пациент. В процессе исследования все пациентки были распределены на две группы, первую группу составили пациентки с нервной анорексией (НА), 72 человека, вторую группу пациентки с нервной булимией (НБ), 59 человек. В исследование сплошным методом включались все пациенты женского пола с диагнозами нервная анорексия и нервная булимия, согласно критериям МКБ 10. Пациенты поступали на лечение в диспансерное отделение после прохождения курса терапии в круглосуточном и дневном стационарах КРПП. Исследователями была разработана индивидуальная карта пациента. В карте фиксировались, социально-демографические, клинические характеристики заболевания. Для выявления ранних дезадаптивных схем использовался опросник ранних дезадаптивных схем Джеффри-Янга YSQ-S3R (Young Schema Questionnaire Short Form), в адаптации П.М Касьяника и Е.В. Романовой.

Средний возраст пациенток с анорексией и булимией составил достоверно значимые различия, в группе с анорексией он был 25.49 ± 0.73 года, в группе с булимией этот показатель, более высокий 28.38 ± 0.65 , ($p < 0,05$) лет. Первые признаки заболевания у пациентов с расстройством пищевого поведения, такие как недовольство своим весом, фигурой, попытками ограничений в приемах пищи, у пациенток наблюдался в подростковом возрасте, по средним показателям 15.42 ± 0.39 лет, без достоверно значимых различий. На момент обращения длительность заболевания у пациентов с НА, была менее продолжительной 7.33 ± 0.61 , чем у пациентов с НБ, $10, 05 \pm 0.71$ ($p < 0,05$). Все пациентки с НА ограничивали себя в приемах пищи, затем присоединялись другие способы компенсаторного поведения. К очистительному поведению с вызыванием рвоты прибегало до 86% пациентов с НБ.

Результаты и выводы. У пациентов с расстройством пищевого поведения были выявлены дезадаптивные схемы, связанные с нарушением базовых эмоциональных потребностей в раннем возрасте. Анализ результатов средних показателей выявил выраженные ранние дезадаптивные схемы во всех доменах. В домене «нарушение связи и отвержение» у всех больных выявлены высокие средние показатели РДС, с отдельными значимыми различиями между группами. Домен нарушенной автономии проявлялся функционированием схемы «зависимости» в обеих группах, в то же время, были выявлены достоверные различия в схемах «неуспешность», «неразвитая идентичность», «уязвимость» между больными. Пациенты с нервной булимией проявляли недостаточный уровень самоконтроля, в сравнение с пациентами с нервной анорексией в домене «нарушенные границы». Для пациентов с нервной анорексией и нервной булимией характерны выраженность схем «самопожертвования» и «покорность» в домене направленности на других. Для все пациенток с расстройствами пищевого поведения было характерно наличие РДС «жесткие стандарты» и «пунитивность» в домене «сверхбдительность и запреты», с более выраженной РДС «негативизм» у пациенток с нервной булимией. Пациентки с нервной анорексией не обнаруживали в результатах выраженной дезадаптивной схемы нарушенной идентичности, в отличие от больных с нервной булимией, где

наблюдались существенно более высокие показатели функционирования этой схемы. Схема неуспешности, не проявлялась у этой группы больных. Отсутствие этих дезадаптивных схем у пациенток с нервной анорексией, может говорить о идентификации себя с болезнью, которая позволяет больным чувствовать себя успешными в контроле веса, прежде всего своих влечений, эмоций (Шумкова С.В.,2019). Недостаточный уровень самоконтроля у пациентов с нервной булимией, наличие высокого показателя схемы негативизма, и также более высокий средний балл схемы дефективности, позволяют предположить более глубокие депрессивные расстройства в клинической структуре заболевания. Больные анорексией, несмотря на отсутствие повышенных показателей РДС «неразвитая идентичность» в проведенном исследовании, также имеют нарушенное представление о себе. Возможно, этот аспект связан с особенностями их личности, взаимодействующими с РДС. Данное положение, требует более детального изучения в контексте личностных особенностей и клинической картины заболевания этих больных. Проявленные схемы жестких стандартов и пунитивности характерные для обеих групп, что сопряжено с высоким уровнем самокритики и стыда у всех исследуемых. Выводы: Наличие множественных ранних дезадаптивных схем у пациентов с расстройством пищевого поведения может являться триггером в формировании расстройств пищевого поведения. Данное положение связано с личностными особенностями пациентов, возможным взаимовлиянием дисфункциональных схем на формирование расстройств личности, что является одним из предикторов в поддержании расстройств пищевого поведения, а также фактором, утяжеляющим течение болезни.

Полученные данные могут быть использованы для более эффективного применения интегративных подходов психотерапии, с целью стабилизации ремиссий, снижению риска рецидива среди популяции пациентов с расстройством пищевого поведения.

ВЛИЯНИЯ ХОРЕОГРАФИИ И МУЗЫКИ НА ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Окroadze O.Yu.

Южно-Казахстанская медицинская академия

Шымкент

*EFFECTS OF CHOREOGRAPHY AND MUSIC ON MIDDLE-AGED WOMEN WITH
PHOBIC ANXIETY DISORDER*

Okroadze O.Yu.

Цель. Оценка психотерапевтической эффективности хореографии и музыки на женщин среднего возраста с тревожно-фобическим расстройством.

Материалы и методы. Исследование проводилось в городе Шымкент на базе «ИП Центра Танцевальной Терапии». В исследовании приняли участие 70 женщин в возрасте от 35 до 55 лет с 2021 по 2022 гг. Оценка психоэмоционального состояния проводилась с помощью психометрических шкал и симптоматических опросников для оценки уровня тревоги и ее динамики по Шкале тревоги Гамильтона, Шкале тревоги Бека, Шкала фобий Маркса—Шихана и контрольного метода интервьюирования с обязательным детальным сбором жалоб и анамнеза жизни испытуемых. На протяжении 4х месяцев исследования с испытуемыми проводился контрольный метод интервьюирования для оценки динамики исследования.

Каждой из исследуемых женщин была представлена возможность заниматься латиноамериканскими танцами в группе 3 раза в неделю по 1 часу на протяжении 4х месяцев. Обязательным условием было отсутствие пропусков занятий на протяжении всего периода исследования. В структуру группового занятия входило:

разминка, работа с пластикой тела перед зеркалом, изучения латиноамериканского танца (Румба, Самба, Сальса, Кизомба, Ча-ча-ча) под различную музыку и ритм.

Результаты и обсуждения. Результаты испытуемых показали: по Шкале тревоги Гамильтона от 20-25, что указывают на степень тревожности от легкой до умеренной; по Шкале тревоги Бека от 21 до 33 баллов, что отражает среднюю выраженность тревоги; по Шкале фобий Маркса—Шихана от 31-47 баллов, что отражает умеренную тревогу. Метод интервьюирования позволил выявить из жалоб весь спектр клинических проявлений тревожно-фобического расстройства. Из анамнеза испытуемых выявлены психологические, социальные факторы развития невротического расстройства: тревогу за свое здоровье, боязнь заболеть инфекцией COVID-19, боязнь находится в местах скопления людей, боязнь остаться без какой-либо помощи вне дома, тревогу за свое будущее, нерешительность и т.д. В результате каждой испытуемой был выставлен диагноз – Тревожно-фобическое расстройство.

На протяжении 4х месяцев исследования в ходе контрольного метода интервьюирования отмечалась положительная динамика психического состояния испытуемых. К концу 1го началу 2го месяца исследования было отмечено у 69 % испытуемых улучшения психоэмоционального состояния, повышение работоспособности и концентрации внимания при выполнении повседневных задач, свойств мыслительной активности, не стойкое снижение тревоги. Оставшиеся 31 % видимых субъективных изменений на данный момент не отмечали. К концу 3го началу 4го месяца исследования у 87 % испытуемых отмечалась нормализации коммуникативных навыков как в семье, так и в обществе, появление уверенности в себе и своих действиях, значительное исчезновение тревоги за свое состояние здоровья, снижение навязчивых состояний и фобий, стойкое улучшение настроения, а также снижение вегетативных проявлений невротического состояния. У оставшихся 13 % наблюдались клинические улучшения, но тревожный компонент сохранялся.

По окончанию исследования всем испытуемым предлагалась вновь пройти те же психометрические шкалы и симптоматический опросник для оценки уровня тревоги и ее динамики, а также итогового метода интервьюирования. Результаты по Шкале тревоги Гамильтона – 4-6 баллов, нет симптомов тревоги; по Шкале тревоги Бека – 11-19 баллов, свидетельствует о незначительном уровне тревоги; по Шкале фобий Маркса—Шихана – 8-31 баллов, отсутствие клинически выраженной тревоги и фобий; по итоговому методу интервьюирования выявлено значительное улучшение психоэмоционального состояния с выраженным снижением тревоги и навязчивых состояний.

Выводы. Исследование показало, что хореография и музыка может служить эффективным психотерапевтическим методом лечения тревожно-фобического расстройства у женщин среднего возраста, а также стимулировать развитие эмоционального интеллекта, который в свою очередь играет существенную роль в социальной адаптации. Однако следует отметить, что при выраженным клинических симптомах тревоги и навязчивых состояний показана медикаментозная терапия антидепрессантами различных групп (преимущественно СИОЗС), бензодиазепиновые транквилизаторы и т.д.

ВЛИЯНИЯ ХОРЕОГРАФИИ И МУЗЫКИ НА ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Окroadze O.Y., Zharkinbekova N.A.

Южно-Казахстанская Медицинская Академия

Шымкент

SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY

Okroadze O.Y., Zharkinbekova N.A.

Введение. По данным ВОЗ во всем мире за последние годы на фоне пандемии COVID-19 возросло число тревожных расстройств и депрессий на 25% [данные ВОЗ от 10.10.22 г.]. Резкий прирост расстройств невротического уровня связан не только с пандемией COVID-19, но и с стремительно меняющимися геополитическими событиями в мире, а также неустойчивой социально-психологической средой в обществе. Наличие не одного, а сразу нескольких психотравмирующих событий ведут к развитию невротического реагирования ЦНС. Однако, развитие невротических расстройств напрямую зависит и от конституционных особенностей психики и характера индивида, а также генетической детерминированности. Одной из наиболее распространенных форм психической патологии невротического уровня является тревожно-фобическое расстройство. Данное расстройство не сопровождается психотической симптоматикой, а нарушает лишь определенные сферы психической деятельности, которые могут существенно повлиять на качество жизни пациентов.

С давних времен танец служил средством невербальной коммуникации, где через телодвижения человек учился передавать свои чувства и эмоции. Во второй половине прошлого века танец стал активно применяться как психотерапевтический метод для лечения различных психических заболеваний. По средствам танца человек выражал свои внутренние эмоциональные переживания. В последнее годы особое внимание исследователи уделяют изучению вопросов влияния разномодальных сенсорных потоков, наибольший интерес среди которых вызывает музыкальное воздействие. Музыка традиционно считается одним из мощнейших средств эмоциональной регуляции психической активности человека. При помощи своих выразительных средств она может моделировать основные эмоциональные состояния. Способность распознавать свои эмоции и управлять ими составляет сущность эмоционального интеллекта, развитие которого играет существенную роль в социальной адаптации личности. Танец по своей природе неразрывно связан с музыкой, где сенсорно-моторная ритмическая деятельность подкрепляется звуковым сопровождением вовлекает различные отделы головного мозга в сложную интегрированную работу. В момент занятий танцами активируются биохимические процессы в головном мозге в виде повышения уровня нейромедиаторов серотонина, дофамина, снижения уровня кортизола. Также сложно-структурированная сенсонейромоторная деятельность в момент танца оказывает существенное влияние на когнитивную деятельность, создавая новые нейронные связи в головном мозге.

Цель. Оценка эффективности танцевальной хореографии и музыки на женщин среднего возраста с тревожно-фобическим расстройством.

Материалы и методы. Исследование проводилось в городе Шымкент на базе «ИП Центра Танцевальной Терапии». В исследовании приняли участие 70 женщин в возрасте от 35 до 55 лет с 2021 по 2022 гг. Оценка психоэмоционального состояния проводилась с помощью психометрических шкал для оценки уровня тревоги и ее динамики по Шкале тревоги Гамильтона, Шкале тревоги Бека, Шкала фобий Маркса—Шихана и контрольного метода интервьюирования с обязательным

детальным сбором жалоб и анамнеза жизни испытуемых. На протяжении 4х месяцев исследования с испытуемыми проводился контрольный метод интервьюирования для оценки динамики исследования. Каждой из исследуемых женщин была представлена возможность заниматься латиноамериканскими танцами в группе 3 раза в неделю по 1 часу на протяжении 4х месяцев. Обязательным условием было отсутствие пропусков занятий на протяжении всего периода исследования. В структуру группового занятия входило: разминка, работа с пластикой тела перед зеркалом, изучения латиноамериканского танца под разную музыку и ритм.

Результаты. Результаты испытуемых показали: по Шкале тревоги Гамильтона от 20-25, что указывают на степень тревожности от легкой до умеренной; по Шкале тревоги Бека от 21 до 33 баллов, что отражает среднюю выраженность тревоги; по Шкале фобий Маркса—Шихана от 31-47 баллов, что отражает умеренную тревогу. Метод интервьюирования позволил выявить из жалоб весь спектр клинических проявлений тревожно-фобического расстройства. Из анамнеза испытуемых выявлены психологические, социальные факторы развития невротического расстройства. В результате каждой испытуемой был выставлен диагноз – Тревожно-фобическое расстройство (МКБ-10 F40.). На протяжении 4х месяцев исследования в ходе контрольного метода интервьюирования отмечалась положительная динамика психического состояния испытуемых. К концу 1го началу 2го месяца исследования было отмечено у 69 % испытуемых улучшения психоэмоционального состояния, повышение работоспособности и концентрации внимания при выполнении повседневных задач, свойств мыслительной активности, не стойкое снижение тревоги. Оставшиеся 31 % видимых субъективных изменений на данный момент не отмечали. К концу 3го началу 4го месяца исследования у 87 % испытуемых отмечалась нормализации коммуникативных навыков как в семье, так и в обществе, появление уверенности в себе и своих действиях, значительное исчезновение тревоги за свое состояние здоровья, снижение навязчивых состояний и фобий, стойкое улучшение настроения, а также снижение вегетативных проявлений невротического состояния. У оставшихся 13 % наблюдались клинические улучшения, но тревожный компонент сохранялся.

По окончанию исследования все испытуемые прошли те же психометрические шкалы, а также итоговый метод интервьюирования. Результаты по Шкале тревоги Гамильтона – 4-6 баллов, нет симптомов тревоги; по Шкале тревоги Бека – 11-19 баллов, свидетельствует о незначительном уровне тревоги; по Шкале фобий Маркса—Шихана – 8-31 баллов, отсутствие клинически выраженной тревоги и фобий; по методу интервьюирования выявлено значительное улучшение психоэмоционального состояния с выраженным снижением тревоги и навязчивых состояний.

Выводы. Исследование показало, что в своем сочетании танцевальная хореография и музыка может служить эффективным психотерапевтическим методом лечения ТФР у женщин среднего возраста, а также стимулировать развитие эмоционального интеллекта. Однако следует отметить, что при выраженным клинических симптомах тревоги и навязчивых состояний показана медикаментозная терапия антидепрессантами различных групп (преимущественно СИОЗС), бензодиазепиновые транквилизаторы и т.д.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ КОМОРБИДНОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ ФОБИЙ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ

Радионон Д.С., Караваева Т.А., Васильева А.В.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, СПбГУ

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

Санкт-Петербург

*CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL COMORBIDITY MODELS OF SOCIAL
PHOBIAS AND ALCOHOL ABUSE*

Radionov D.S., Karavaeva T.A., Vasileva A.V.

Актуальность. Научную и практическую значимость представляют вопросы, касающиеся коморбидности социальных фобий, среди которых, по данным крупных эпидемиологических исследований, отмечается высокая распространенность сочетанного злоупотребления алкоголем. Известно, что в развитии социальных фобий принимают участие многие факторы. Эти нарушения в полной мере можно назвать биопсихосоциальными, поскольку в научных исследованиях доказана роль комплексности этиологических факторов. Учитывая ведущее значение психологических факторов в развитии социальной тревожности и ее ассоциации с алкогольной зависимостью, важная роль в терапии отводится психотерапевтическим вмешательствам, в связи с чем представляется актуальным рассмотрение клинико-психологических этиопатогенетических моделей. Психодинамическая модель. С точки зрения психодинамического подхода считается, что аддикции имеют общие связи с тревогой и коренятся в «психологической боли», которая облегчается приемом ПАВ, в том числе алкоголя. Поэтому важным представляется рассмотрение концепции тревоги с позиции психодинамического подхода. Все представители основных психодинамических школ занимались изучением тревоги. Их работы внесли важный вклад в изучение тревожных расстройств. Рассмотрение некоторых наиболее значимых вкладов психодинамической теории в понимание тревоги важен, поскольку эти концепции имеют значение для определения тактики психотерапевтических интервенций, в том числе в лечении пациентов с коморбидной алкоголизацией. Теория аффектов З. Фрейда предполагала, что тревога, возникающая в результате воспринимаемой психологической опасности, выполняет антиципационную (предупреждающую) роль для Эго. В результате активируются защитные механизмы, чтобы опасная ситуация не стала травматичной. Если сигнальная тревога и/или защитные механизмы не срабатывают должным образом, может возникнуть приступ интенсивной, труднопереносимой тревоги, делающий человека уязвимым. На важную психологическую роль тревоги в формировании аддиктивного влечения указывают современные психоаналитические концепции: тревога способствует усилению чувства беспомощности, что приводит к интернализации агрессии с направлением ее на Эго, проявлением этой агрессии может выступать алкоголизация. Фрейд предположил, что лечение должно сделать агрессию осознаваемой, чтобы пациент мог понять, что опасность не так велика, как казалось изначально. Среди ситуаций, когда пациент может чувствовать беспомощность может выступать тревога Супер-эго, так называемый, страх негативной самооценки со стороны совести или общества, что может лежать в основе конфликта, приводящего к формированию социальной тревожности. При интернализации этого конфликта агрессия, в том числе в виде, алкоголизация может направлена на Эго пациента, формируя саморазрушающее поведение. Объектные и межличностные

отношения, как основные ситуации усиления социальной тревожности, находятся в центре нескольких динамических теорий тревоги. На самом деле, хотя Г.С. Салливан, Ф. Фромм-Райхман, М. Кляйн, Р. Фэйрберн и Дж. Боулби объясняют различные аспекты, функции и типы тревоги, интернализированные объектные и межличностные отношения имеют первостепенное значение в теоретических воззрениях каждого автора. Например, Г.С. Салливан описал, что тревога зарождается в ожидании неодобрения со стороны основного опекуна в раннем возрасте, Р. Фэйрберн предположил, что тревога связана с сепарацией от родительской фигуры. Ф. Фромм-Райхман подчеркивали роль искаженных представлений об отношениях как в этиологии, так и в закреплении тревоги, а М. Кляйн сосредоточился на страхе смерти младенца, когда он/она не может вызвать основного опекуна по требованию. Когнитивные модели. Подобно приведенным выше психодинамическим моделям, в когнитивном подходе также рассматриваются антиципационные механизмы, связанные с ожиданием позитивных результатов употребления психоактивных веществ, в том числе алкоголя, например, снижения уровня социальной тревожности и вторичных ассоциированных симптомов. Стоит отметить объединяющую роль аффективной переработки поступающей информации и ее влияние на когнитивные системы при коморбидности употреблению ПАВ и тревожности. Важной в этом вопросе является современная модель когнитивных процессов и связь их с эмоциональностью и самоконтролем. Так, используется балансная модель функции самоконтроля с двумя важными полюсными процессами: холодной (cool) рассудочной и горячей (hot) эмоциональной когнициями (cognition). Ключевой в формировании связи социальной тревоги и алкоголизации представляется роль горячей когниции. Она представлена эмоциональными характеристиками состояния, в том числе при усилении тревожности. Исследования демонстрировали, что алкоголизация может быть спровоцирована восприятием психофизического дискомфорта, усилению которого способствует превалирование активности горячей когниции над холодной. В рамках когнитивного подхода также влиятельными являются две другие когнитивные модели социальной фобии, разработанные еще в 90-х годах прошлого века (модель социальной фобии D.M. Clark и модель социальной фобии R.M. Rapee) в которых рассматриваются когнитивные искажения относительно социального взаимодействия. Согласно первой модели, у пациентов с социальной фобией в процессе раннего опыта формируется система ложных убеждений относительно себя и окружающего мира, активизирующаяся только в социальных ситуациях, способствуя дезадаптации. Если социальная ситуация оценивается через призму подобных ложных убеждений, уровень тревоги повышается, а многочисленные порочные круги поддерживают дистресс, не позволяя разубедить пациента в его необъективных негативных убеждениях и оценках. Центральным понятием когнитивной модели социальной фобии является ментальная репрезентация, которая формируется в ситуации социального взаимодействия и представляет собой состоящий из образов долговременной памяти, внутренних ощущений и внешних сигналов собирательный портрет того, каким индивид предстает в глазах окружающих. Пациенты с социальной фобией целиком сосредоточены на внутренних ощущениях, игнорируя внешние сигналы. В детские годы гиперопекающие и сверхинтрузивные родители социофобических пациентов подкрепляли их в убеждении, что они не способны справляться со сложными социальными ситуациями, а также в том, что оценки окружающих имеют большое значение. Пациент с социальной фобией, уверенный в том, что оценка окружающих крайне важна, пытается понять ожидания окружающих и соответствует ли он им, обращаясь при этом к собственной репрезентации. Но поскольку его репрезентация

искажена, он делает вывод о своем несоответствии и начинает предчувствовать отрицательные оценки и негативные социальные последствия этих оценок. Подобные ожидания вызывают тревогу, которая вместе с искаженной саморепрезентацией образуют порочный круг, усиливая друг друга, способствуя формированию гиперчувствительности к сигналам о возможных негативных последствиях в социальной сфере. Таким образом, внимание пациентов с социальной фобией фокусируется на внешних угрозах в социальной сфере, на вызывающих тревогу сигналах о собственном поведении и внешнем виде и на требованиях текущей социальной задачи. К подобному распределению внимания может присоединиться также дефицит социальных навыков, сформировавшийся вследствие избегания социальных ситуаций. Важным компонентом когнитивного и поведенческого подходов в изучении социальной тревожности является концепция копинг-поведения. При использовании копинг-стратегий, не позволяющих поддерживать конструктивное социальное взаимодействие, усиливается дистресс. Лица с социальной тревожностью не способны к эффективному преодолению дистресса, испытывая интенсивное психоэмоциональное напряжение, редукция которого зачастую осуществляется посредством деструктивных форм поведения, в частности алкоголизации. Анксиолитическое действие алкоголя создает иллюзию снижения дистресса за счет уменьшения интенсивности тревожности и ассоциированных физических ощущений.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Рожкова Ю.В., Константинов К.В., Субкевич Д.И.

СПБГКУЗ ПБ Святого Николая Чудотворца

Санкт-Петербург

POSSIBILITIES OF USING THE METHOD OF BIOACOUSTIC CORRECTION IN THE COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Rozhkova I., Subkevich D., Konstantinov K.

Место исследования: СПбГКУЗ ПБ Святого Николая Чудотворца, медико-реабилитационное отделение.

Цель исследования. Оценить эффективность применения метода БАК в комплексной психосоциальной реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра; Обнаружить взаимосвязь применения метода БАК с динамикой позитивной и негативной симптоматики у пациентов с патологией шизофренического спектра.

Материалы и методы. Исследовалась группа пациентов, в возрасте от 18 до 45 лет, с диагнозами F20-F21. С длительностью заболевания от 1 года до 15 лет, с относительно благоприятным течением и умеренно и средне выраженными явлениями эмоционально-волевого дефицита. Все пациенты, получали терапию атипичными нейролептиками, и комплекс психокоррекционных, реабилитационных мероприятий, состоящий из коммуникативного и нейрокогнитивного тренинга, тренинга социальной адаптации и арттерапии (изотерапия и музыкотерапия);

Для пациентов в приоритете была умеренная степень когнитивного дефекта (негрубое нарушение мышления, способность понимать и воспринимать суть экспериментально-психологических методик.

Проведено обследование 55 пациентов (40 мужчин и 15 женщин, средний возраст $31,6 \pm 4,8$ лет). Больные были разделены на 2 группы: 28 пациентов контрольной группы («Контроль») получали стандартную медикаментозную терапию атипичными нейролептиками и комплекс реабилитационных мероприятий;

27 пациентов основной группы (« БАК») дополнительно проходили процедуры биоакустической коррекции на аппарате «Синхро-С» производства ООО «СинКор», Санкт-Петербург, Россия. Процедуры БАК заключались в прослушивании пациентами акустических сэмплов, предъявление которых было скоррелировано с текущей ЭЭГ. Для этого проводилась регистрация ЭЭГ по 4 каналам в точках Fp1, Fp2, O1, O2, униполярно относительно объединенных ушных электродов с частотой дискретизации 250 Гц. Преобразование ЭЭГ в последовательность звуков производилось по каждому отведению независимо и одновременно. Звуки от всех отведений микшировались. Полученный акустический образ собственной ЭЭГ в реальном времени предъявляли больному через головные телефоны, в соответствии со стороной отведения: Fp1, O1 – левое ухо; Fp2, O2 – правое ухо. Для каждого больного устанавливался комфортный уровень громкости. Продолжительность сеанса составляла 15-20 минут, курс – 10-15 процедур.

Группы были сравнимы по полу и возрасту. Анализировали динамику баллов по шкалам Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), «Диагностика эмоционального интеллекта» (Н. Холл), «Опросник диагностики эмоционально-волевой сферы личности М.В. Чумакова» (Чумаков). Статистический анализ проводился с использованием программных пакетов Microsoft Excel 2010 и «Statistica 6.0». Анализировались средние значения и стандартное квадратичное отклонение при нормальном распределении. Оценка нормальности распределений проводилась с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. Критерием достоверности служил t-критерий Стьюдента.

Результаты. В группе «Контроль» в тесте PANSS наблюдалось снижение общего балла только по шкале общей психопатологии с $34,9 \pm 8,1$ до $30,8 \pm 5,8$ ($p < 0,05$), общие баллы положительных и отрицательных синдромов остались без изменений. Выявлено снижение баллов по некоторым отдельным показателям: «враждебность» с $1,6 \pm 1,0$ до $1,3 \pm 0,6$ ($p < 0,05$), «эмоциональная отгороженность» с $2,6 \pm 1,1$ до $2,1 \pm 0,8$ ($p < 0,05$), «чувство вины» с $2,1 \pm 1,0$ до $1,7 \pm 0,8$ ($p < 0,05$), «депрессия» с $2,0 \pm 1,0$ до $1,5 \pm 0,7$ ($p < 0,05$), «агрессивность» с $2,0 \pm 1,1$ до $1,6 \pm 0,8$ ($p < 0,05$), «загруженность психическими переживаниями» с $1,8 \pm 0,9$ до $1,3 \pm 0,5$ ($p < 0,05$).

В группе «БАК» в тесте PANSS выявлено снижение общих баллов по всем шкалам: «положительные синдромы» с $14,3 \pm 5,1$ до $11,7 \pm 3,7$ ($p < 0,01$); «негативные синдромы» с $20,5 \pm 6,9$ до $17,1 \pm 4,3$ ($p < 0,001$); «общая психопатология» с $36,4 \pm 9,2$ до $28,6 \pm 7,0$ ($p < 0,001$). Наблюдалось снижение баллов по отдельным показателям: «бред» с $2,5 \pm 1,3$ до $1,6 \pm 0,9$ ($p < 0,001$); «расстройства мышления» с $3,2 \pm 1,2$ до $2,6 \pm 0,7$ ($p < 0,01$); «подозрительность» с $2,6 \pm 1,2$ до $1,7 \pm 0,8$ ($p < 0,001$); «враждебность» с $1,6 \pm 0,8$ до $1,1 \pm 0,5$ ($p < 0,05$); «притупленный аффект» с $3,0 \pm 1,2$ до $2,6 \pm 0,9$ ($p < 0,05$); «эмоциональная отгороженность» с $2,8 \pm 1,2$ до $2,5 \pm 0,8$ ($p < 0,05$); «социальная отгороженность» с $3,0 \pm 1,1$ до $2,6 \pm 0,7$ ($p < 0,05$); «нарушения абстрактного мышления» с $3,4 \pm 1,0$ до $2,8 \pm 0,8$ ($p < 0,001$); «нарушения спонтанности и плавности речи» с $2,9 \pm 1,2$ до $2,3 \pm 0,7$ ($p < 0,05$); «стереотипное мышление» с $2,6 \pm 1,3$ до $1,8 \pm 0,9$ ($p < 0,01$); «тревога» с $2,3 \pm 1,0$ до $1,6 \pm 0,7$ ($p < 0,01$); «напряженность» с $2,5 \pm 1,1$ до $2,0 \pm 0,9$ ($p < 0,01$); «манерность и позирование» с $2,1 \pm 1,1$ до $1,6 \pm 0,8$ ($p < 0,05$); «депрессия» с $2,0 \pm 1,1$ до $1,5 \pm 0,8$ ($p < 0,05$); «моторная заторможенность» с $2,2 \pm 1,0$ до $1,5 \pm 0,6$ ($p < 0,01$); «малоконтактность» с $2,3 \pm 1,2$ до $1,6 \pm 0,8$ ($p < 0,05$); «необычное содержание мыслей» с $2,1 \pm 1,2$ до $1,6 \pm 0,7$ ($p < 0,05$); «нарушение внимания» с $2,5 \pm 0,8$ до $2,1 \pm 0,7$ ($p < 0,05$); «ослабление контроля импульсивности» с $1,9 \pm 1,1$ до $1,1 \pm 0,4$ ($p < 0,01$); «загруженности психическими переживаниями» с $2,0 \pm 1,3$ до $1,3 \pm 0,6$ ($p < 0,01$); «активная социальная отстранённость» с $2,7 \pm 1,2$ до $2,0 \pm 0,8$ ($p < 0,01$).

По тесту Холл в группе «Контроль» наблюдалось увеличение общего балла эмоционального интеллекта с $34,6 \pm 21,5$ до $41,2 \pm 20,5$ ($p < 0,05$) и увеличение балла по

параметру «самотивация» с $7,5 \pm 6,5$ до $9,5 \pm 4,8$ ($p < 0,03$). В группе «БАК» достоверных изменений по шкале Холл не наблюдалось.

По тесту Чумакова в группе «Контроль» выявлено увеличение общего балла с $46,4 \pm 12,6$ до $49,2 \pm 11,4$ ($p < 0,05$) и по параметру «внимательность» с $6,3 \pm 2,5$ до $7,1 \pm 2,0$ ($p < 0,03$). В группе «БАК» наблюдалось увеличение общего балла с $43,0 \pm 12,5$ до $47,6 \pm 10,2$ ($p < 0,05$). По отдельным показателям теста Чумакова в группе «БАК» достоверных изменений не выявлено.

В результате проведенного исследования установлено улучшение показателей в группах «Контроль» и «БАК» по тестам PANSS и Чумакова. В тесте Холл положительная динамика наблюдалась только в группе «Контроль». Обращает внимание, что наиболее выраженные положительные изменения наблюдаются по шкале PANSS в группе «БАК»: улучшения выявлены по всем общим показателям, кроме того, по шкале положительных симптомов улучшилось 4 из 7 параметров, по шкале отрицательных симптомов улучшилось 6 из 7 параметров, по шкале общей психопатологии улучшилось 11 из 16 показателей. В группе «Контроль» динамика по шкале PANSS носит значительно менее выраженный характер: снизился суммарный балл только общей психопатологии, для отдельных показателей положительных симптомов уменьшение наблюдалось 1 из 7 параметров, отрицательных – 1 из 7, общей психопатологии – 2 из 16.

Объективно, при наблюдении за пациентами, и ориентируясь на их мнение о проведенном лечении можно выделить основные признаки улучшения самочувствия: Практически все пациенты отмечали, что стало легче разговаривать и самим вступать в контакт с другими людьми. Исчезло ощущение внутреннего напряжения, улучшилось настроение и сон, прошла тревога. Многие пациенты отмечали, что начали лучше чувствовать свои эмоциональные проявления.

Так же наблюдения показали, что у 2х из 55 пациентов наступило ухудшение самочувствия после 3 сеанса. Появилась выраженная тревога и начались «голоса», хотя на момент проведения процедур состояние было стабильным. В связи с чем процедуры пришлось прекратить. Два пациента отказались от проведения БАК после 6-и сеансов, т.к. звуки при проведении процедуры вызывали тревогу, раздражение и неприятные мысли. Еще 2 пациента не были взяты в исследование, т.к. отказались сразу же после первого сеанса.

Вывод. Не исключено, что включение процедур биоакустической коррекции в комплексную реабилитацию пациентов, страдающих шизофренией, увеличит эффективность проводимых психореабилитационных мероприятий т.к. поможет снизить выраженность проявлений психопатологической симптоматики у данной категории пациентов. Данное исследование планируется продолжить.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ НА КОГНИТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОЗАМИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Савина М.А.

Научный центр персонализированной медицины
Москва

*EMOTIONAL REACTIONS DURING COGNITIVE EXAMINATION IN PATIENTS WITH
LATE-ONSET PSYCHOSIS*

Savina M.A.

Введение. В литературе известно несколько типов эмоциональных реакций (ЭР) на обследование. Так, особое поведение пациентов при депрессивной псевдодеменции выражается в частых ответах «я не знаю» и отсутствием явных минимальных усилий, чтобы ответить по существу.

У пациентов с травмой головного мозга описаны катастрофальные реакции: появление тревоги при столкновении с невозможностью выполнить задание: «при катастрофальной реакции индивидуум попадает в дезорганизованное внутреннее состояние, испытывая физический и ментальный шок, чувствуя себя несвободным, озадаченным, объятый нерешительностью. Но этот шок не просто влияет на его собственную личность, он также вызывает коллапс восприятия окружающего мира. Состояние тревоги при катастрофальной реакции влияет на функционирование переживающего ее пациента на протяжении долгого периода времени, нарушая выполнение заданий, который он или она легко бы выполнили в других обстоятельствах».

Помимо феноменологического описания в поведенческой неврологии наиболее часто используют нейропсихиатрическую концепцию, в которой катастрофальными называют любые яркие реакции на обследование - раздражение, страх или печаль, предполагая, что эти реакции являются следствием нарушения оттормаживания аффекта, нарушениями контроля лобных отделов над проявлениями эмоций.

В силу слабости регуляторных психических механизмов личности психотического склада сходны по ряду проявлений с органиками, нетерпимость к фрустрации и импульсивность может выражаться и в ярких эмоциональных реакциях в ответ на обследование.

Исследование эмоциональных реакций (ЭР) на нейропсихологическое обследование могут стать значимой составляющей оценки эмоциональной сферы пациента. Целью данного исследования являлось изучение частоты, типологии эмоциональных реакций на нейропсихологическое исследование и ассоциированных с ними клинических факторов у пациентов с психозами позднего возраста.

Материал и методы. Обследована выборка пациентов с поздними (с манифестом после 40 лет) расстройствами шизофренического спектра: 48 больных с поздней шизофренией (89% женщин, 65,2±1,4), 14 больных с поздним шизоаффективным расстройством (57% женщин, 62,9±1,5), 16 больных с поздним хроническим бредовым расстройством (87,5% женщин, 70,4±2,7).

Диагноз устанавливался на основании критериев МКБ-10. Больные проходили стандартное обследование, которое включало 1) клиническое обследование для определения выраженности симптомов по PANSS и HDRS при поступлении, через 2 недели, спустя 4-6 недель; 2) интервьюирование о психических расстройствах в анамнезе начиная со второй недели; 3) оценку состояния когнитивных функций в трёх точках наблюдения: MMSE и MoCA при поступлении и спустя 2 недели, через 4-6 недель после поступления - полная батарея когнитивных тестов: MMSE, MoCA, тест для оценки лобной дисфункции (FAB, англ. Frontal Assessment Battery), заучивание 10 слов и 5 геометрических фигур, а также тест следования по маршруту (TMT, англ. Trail-Making Test). Отдельные пациенты проходили шкалу Краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией BACS и опросник для оценки эмоционального интеллекта Мэйера - Сэловея - Карузо. На полях протокола когнитивного обследования фиксировались особенности поведения пациента во время проведения когнитивных оценок и протоколировались все их реплики.

Результаты. ЭР на когнитивное обследование наблюдались у 16 пациентов, что составляло 20,5% выборки.

Наиболее часто ЭР наблюдались при прохождении MoCA- 14 (66,6%), реже MMSE-3 (14,3%), теста следования по маршруту - 1 (4,8%), BACS-1 (4,8%), опросник для оценки эмоционального интеллекта -1 (4,8%) AP были гетерогенными по отношению:

- ко времени манифестации: у 1 (4,8% всех ЭР) они встречались на протяжении всего времени наблюдения, у 7 (33,3%) - при первом обследовании, у 7 - спустя 2 недели, у

6 пациентов (28,6%) – в конечной точке наблюдения. У 5 больных ЭР повторялись в разных временных точках.

- к симптоматике психоза: у 7 больных (33,3%) ЭР наблюдались на высоте психоза, у 9 пациентов (42,9%) – на этапе становления ремиссии, у 4(19,0%) в ремиссии, у 1 больной - на фоне текущего депрессивного эпизода.

- клинической типологии: ЭР с преобладанием негативизма наблюдались у 6 больных (28,6%), самокритики – у 2 пациентов, ЭР преобладанием стыда, самооправданиями\или компенсаторных хвастовством встречались у 9 больных, ЭР с преобладанием грусти наблюдались у 3 пациентов, с преобладанием тревоги – у 3 больных, гнев в ответ на когнитивное обследование отмечался у 4 пациентов.

У пациентов с ЭР были более выражены негативные симптомы в конечной точке наблюдения (балл PANSS_N 18,9 против 16,5 у пациентов без ЭР, $U=197,5$ $p=0,021$), более часта артериальная гипертония (86,7% против 62,3, $\chi^2(1) = 3,333$, $p=0,068$), социофобия (64,3 против 41,7, $\chi^2(1) = 3,516$ $p = 0,061$).

Пациенты с ЭР на когнитивное обследование не отличались от больных без ЭР по выраженности когнитивного дефицита и наличию критического отношения к проявлениям психоза.

Выводы. ЭР на когнитивное обследования у пациентов с поздней шизофренией могут рассматриваться как проявление повышенной общую чувствительность к стрессорам. В то же время, наличие внутреннего критицизма, стыда и социофобии свидетельствует о нарциссической уязвимости психотических пациентов, которая может быть как реакцией на психоз, так и быть связанной с преморбидными личностными особенностями. Исследование личностного стиля и ЭР при проведении нейропсихологического обследования могут стать важной составной частью психопатологического обследования пациента, расширяющей понимание личности пациента с психозом.

ОРГАНИЗАЦИОННОЕ И ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНЫХ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦАХ

Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В.

Городская многопрофильная больница №2

Санкт-Петербург

*ORGANIZATIONAL AND ECONOMIC JUSTIFICATION FOR THE FORMATION OF THE
SYSTEM OF PSYCHOTHERAPEUTIC CARE IN MULTIDISCIPLINARY GENERAL
HOSPITALS*

Filippov V.L., Filippova Yu.V.

Введение. Актуальность проблемы обусловлена ростом распространенности заболеваемости пограничными психическими расстройствами (ППР) и психосоматическими расстройствами (ПСР) среди населения и, особенно, среди пациентов многопрофильных соматических стационаров (более 80%). У более 50% больных, обращающихся в поликлиники, диагностируются депрессии различной степени выраженности. Врачами интернистами депрессия и другие ППР практически не выявляются, что приводит к значительному (в 2–3 раза) повышению стоимости лечения соматических заболеваний за счет частых госпитализаций и необоснованных лечебных назначений, а также использования ненужных обследований, консультаций специалистов и т.д. Данная проблема до настоящего времени не решена из-за невыполнения Приказов и утвержденных стандартов Минздрава России «Об утверждении стандартов специализированной психиатрической медицинской помощи больным...» (Зарегистрировано в Минюсте

РФ №№ 27661, 26769, 27190, 27755, 27178, 27535, 28462, 27097 и др.). Выполнение указанных стандартов качества при оказании медицинской помощи больным, находящимся на лечении в многопрофильных общесоматических стационарах, имеющих коморбидную психопатологию, не представляется возможной.

Цель исследования. Рассмотрение проблемы организации психотерапевтической помощи в многопрофильных общесоматических стационарах в соответствии с существующими стандартами и приказами Минздрава России.

Материал и методы. Представлен анализ госпитализаций 8726 пациентов в терапевтические и неврологические отделения многопрофильной соматической больницы №2 Санкт-Петербурга, включая экономические затраты, выставленные на оплату страховым компаниям за лечение. Рассмотрены стандарты качества психиатрической и психотерапевтической помощи в условных единицах трудозатрат врача (УЕТ врача) и среднее количество сеансов психотерапии (СК среднее), затрачиваемое на выполнение медицинской помощи с учетом кратности и потребности. При оценке психического состояния обследованных лиц использована МКБ-10.

Результаты и их обсуждение. Среди госпитализированных больше всего было пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) 2223 (25,5%) чел., гипертонической болезнью (ГБ) 1765 (20,2%) чел. и диабетом 1211 (13,8%) чел., что составило более половины больных - 59,5%. Остальные психосоматические расстройства – бронхиальная астма (БА), вегетососудистая дистония (ВСД) и головные боли напряжения, тиреотоксикоз, язвенная болезнь желудка (ЯБ) и неспецифический язвенный колит составили 28,5%. Больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) было 1072 (12,0%), что требовало наблюдения и лечения у психиатра или психотерапевта.

Средний койко-день при ИБС – 9,7; ГБ – 10,5; диабетом 15,1; тиреотоксикозом – 16,3; ЯБ – 12,9; неспецифический язвенный колит – 14,3; БА – 12,9; ВСД и головные боли напряжения – 9,3; ревматоидный полиартрит – 11,3. У пациентов с ОНМК средний койко-день – 14,0.

Вся сумма, выставленная на оплату страховым компаниям за лечение пациентов, составила 150420103,49 руб. Из них, 107262548,84 руб. затрачено на пациентов, страдающих различными психосоматическими расстройствами, и 43157554,65 руб. оплата за лечение пациентов с ОНМК.

При стенокардии и других формах хронической ИБС на консультацию и последующие сеансы психотерапии (согласно среднему УЕТ врача и среднему количеству сеансов СК) необходимо на одного больного 20 часов, при острых и подострых формах ИБС и при ГБ по – 20 часов. В итоге - 60 часов только на троих больных с психосоматическими расстройствами.

Временные затраты на консультирование и психотерапию только пациентов с ИБС - 2223 чел., и ГБ - 1765 чел., находящихся на лечении в больнице, необходимо 79760 часов. При расчетах времени не учитывали другие нозологические группы госпитализированных пациентов с коморбидной психопатологией. Из приведенных данных видим проблему и важность проведения необходимых мероприятий.

Несмотря на то, что потребность в психотерапевтической помощи среди населения и в общесоматических больницах резко возросла, ее организация и экономическое обеспечение явно недостаточны. Многочисленные попытки организовать широкую психотерапевтическую помощь населению в системе ПНД испытывают трудности, обусловленные менталитетом населения и возможными негативными для пациентов последствиями этического, социально-психологического, а в ряде случаев и правового характера. Вместе с тем, до настоящего времени в многопрофильных

общесоматических больницах отсутствует необходимое финансирование отделений (служб) психотерапии.

В виде формальной отписки всегда следует фраза – нет строки в бюджете на психиатрическую и психотерапевтическую помощь в условиях общесоматической больницы или поликлиники. И это в условиях резкого роста распространенности коморбидной психопатологии среди пациентов общесоматических больниц и поликлиник.

Выводы. Принимая во внимание высокую социальную значимость состояния психического здоровья населения, необходимо считать приоритетными организационные мероприятия по формированию системы диагностики и развития дифференцированной психотерапевтической и психологической помощи пациентам в условиях соматических стационаров и поликлиник. Для этого необходимо:

- провести анализ выполнения Приказов Минздрава России и утвержденных стандартов качества специализированной медицинской помощи, касающихся психического здоровья в общесоматических больницах и поликлиниках;
- просить Минздрав России на базе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России сформировать специальную программу комплексных исследований и анализа объективной ситуации с психическим здоровьем в Санкт-Петербурге и других территориях России (данные официальной отчетности недостоверны и могут использоваться только для выработки рабочих гипотез), профилактике и укреплению психического здоровья с учетом сложившейся ситуации. Полученные данные необходимы для принятия научно обоснованных решений;
- обосновать создание новых организационных моделей оказания специализированной психотерапевтической помощи лицам, страдающим психосоматическими, невротическими и другими непсихотическими психическими расстройствами, в условиях общесоматических стационаров и поликлиник.

Таким образом, необходимость решения проблемы сохранения психического здоровья населения и формирования системы психотерапии психосоматических расстройств, психогигиены и психопрофилактики, обусловлена вызовами XXI века.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ИЗОМОРФИЗМА В НЕЙРОПСИХИАТРИИ: МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ФОРМЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА

Бадалов А.А., Байышева Э.Б.

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Бишкек

PHENOMENOLOGY OF PSYCHOPHYSIOLOGICAL ISOMORPHISM IN NEUROPSYCHIATRY:
MORPHOFUNCTIONAL ASPECTS OF CLINICAL FEATURES OF THE COMBINED FORM OF
PSYCHOPATHOLOGICAL DIATHESIS

Badalov A.A., Baiysheva E.B.

Актуальность. Несмотря на все имеющиеся в настоящее время возможности как клинической (нейропсихология), так и инструментальной (нейровизуализационные методы) диагностики мозговой патологии, особенности организации морфофизиологического базиса эндогенных психических расстройств до сих пор остаются для психиатров *terra incognita*. Особенно это утверждение касается психопатологического диатеза, так как в случае последнего определение нейрофункциональной основы расстройства дополнительно затруднено тем, что его особенности детерминированы как генетически, так и воздействием органического фактора. Кроме того, в отличие от экзогенно-органической или эндогенной патологии, протекающей перманентно, с выходом в то или иное конечное состояние, психопатологический диатез имеют волнообразное течение с постоянным возвращением к (относительной) компенсации. Что, в свою очередь, означает возникновение сложностей в подборе критериев нормы.

Цель исследования. В своей работе мы стремились описать особенности основных синдромов нейропсихологического и нейропсихиатрического профиля, широко встречающихся в популяции (в первую очередь детской) с точки зрения вероятности их встречаемости и сочетания с комбинированной формой психопатологического диатеза (расстройство интеграции идентичности, РИИ). Такой подход позволяет определить основные структуры головного мозга, являющиеся мишенями как диагностического поиска, так и терапевтического воздействия.

Материалы и методы

Нами были обследованы 128 школьников в возрасте от 5 до 17 лет (средний возраст $10,5 \pm 2,1$ года), из которых 69 составляли мальчики, 59 девочки. В группе были выделены дети с комбинированной формой психопатологического диатеза (расстройство интеграции идентичности, РИИ, критерии диагностики см. [1]): 46 детей (средний возраст $11,8 \pm 2,3$ года), из которых 20 мальчиков и 26 девочек. Для обследования использовались методики, описанные А.В. Семенович в качестве диагностических при описании нейропсихологического профиля. Основными выявляемыми синдромами стали:

- функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга.
- функциональная несформированность левой височной доли.
- функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистого тела).
- функциональная несформированность правого полушария.

– функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер) мозга.

– функциональная дефицитарность стволовых образований мозга (дисгенетический синдром).

– атипия психического развития (сюда относится в первую очередь “левшество”).

Результаты и обсуждение

Предлагаемая А.В. Семенович классификация нейропсихологических синдромов в целом удобна, однако выявленные нами особенности проявления данных синдромов в случае использования дополнительных диагностических параметров, позволяют сделать следующие выводы:

1. Выделение левшества в отдельную диагностическую группу необоснованно, так как наличие его должно учитываться всегда: функциональная асимметрия мозга оказывает влияние на протекание любой другой психической патологии. Для РИИ наличие ее обязательно. Кроме того, должна учитываться не только функциональная межполушарная асимметрия, но и асимметрия “кора-подкорковые структуры”, и “передние-задние отделы мозга”. Дополнительно необходимо отмечать наличие “амбидекстрии” как несовпадающего с “леворукостью” феномена. В случае РИИ мы отмечали именно наличие амбидекстрии.

2. Согласно нашим данным, такие синдромы как функциональная несформированность левой височной доли и функциональная несформированность правого полушария практически всегда имеют изменения межполушарной асимметрии в качестве дополнительного признака, а в случае функциональной дефицитарности подкорковых образований (базальных ядер) мозга наличие последней наблюдается примерно в половине случаев. Из трех данных синдромов наличие первых двух для формирования РИИ обязательно, третий встречался периодически, однако, учитывая, что дисфункция базальных ядер мозга часто сочетается с дисфункцией лобных структур, а последняя (см. ниже) препятствует формированию РИИ, наличие данного синдрома, как и его отсутствие, не является релевантным диагностическим признаком.

3. Функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга – синдром, который чаще всего служит причиной обращения для диагностики. Для РИИ его наличие нехарактерно, более того, диагностика данного синдрома практически исключает возможность наличия у респондента РИИ.

4. Функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистого тела) – достаточно редко встречаемый синдром, комбинаций его с РИИ мы не отмечали, однако требуются дополнительные исследования.

5. Функциональная дефицитарность стволовых образований мозга (дисгенетический синдром) – самая спорная единица в данной классификации. Данный синдром включает в себя слишком большое количество разнородных признаков, чтобы считаться однородной категорией. С РИИ сочетается часто, более того, наличие дисфункции мезо- и диэнцефальных структур для РИИ – облигатный признак. Однако вследствие оказываемого данной дисфункцией влияния на работу лобных долей, исключение патологии последней обязательно для подтверждения РИИ.

Т.о., в случае наличия у пациента РИИ на нейропсихологическом уровне формируется сочетание функциональной асимметрии головного мозга (в первую очередь межполушарной), а также дисфункция левых височных структур, правого полушария (преимущественно теменных отделов), а также стволовых структур (преимущественно диэнцефальных); кроме того, лобные отделы головного мозга пациента практически всегда остаются интактными. Данная работа демонстрирует,

что нейрopsихологическое исследование психопатологического диатеза – это перспективный путь не только диагностического поиска, но и определения основных мишеней терапевтического воздействия.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Баразенко К.В., Колодин С.Н., Хрульков Д.А.

Военно-медицинская академия

Санкт-Петербург

SOCIO-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF ADOLESCENCE

Barazenko K.V., Kolodin S.N., Khrulkov D.A.

Особую актуальность в настоящее время приобретает разработка методов прогнозирования успешности социальной адаптации подростков и возможно более раннее выявление особенностей развития личности, способных в дальнейшем привести к нарушениям процессов адаптации. А также разработки и внедрения методов прогнозирования, диагностики и последующей коррекции процессов, способных привести к срыву адаптации и невозможности дальнейшего обучения.

Актуальность данной темы определяется тем, что в настоящее время обучение в образовательных заведениях предъявляет высокие требования к психологическому и психофизиологическому состоянию учащихся.

Из года в год увеличивается число учащихся, испытывающих осложнения в адаптации. Как известно, нарушения адаптации могут проявляться в самых различных сферах, например, в деятельности, коммуникативной сферах, а также в снижении уровня здоровья и нарушениях дисциплины. Например, среди обучающихся, имеющих проблемы с успеваемостью, около 85% имеют признаки нарушения адаптации.

Вместе с тем, опыт позволяет утверждать, что своевременное оказание психологической помощи обучающимся, испытывающим затруднения адаптации к учебному процессу, позволяет купировать многие негативные явления и тенденции, способствует повышению успеваемости.

Нами были использованы следующие методы исследования: уровневая оценка психического состояния (многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (шкала ЛАП), тест «Нервно-психическая адаптация»); психофизиологическое обследование (методика информационный поиск, красно-черные таблицы, счет по Крепелину, определение семисекундного интервала до и после нагрузки, теппинг-тест, кинестезиометрия); экспериментально-психологическое обследование (ММРП (СМИЛ в модификации И.Н. Гильяшевой, Л.Н. Собчик и Т.Л. Федоровой), шкала актуальной (ситуативной) и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, методика определения уровня субъективного контроля; социально-психологическое обследование (социометрия, анкета динамического наблюдения, определение мотивации к профессиональной ориентации («Карта интересов»), субъективная оценка социально-бытовых условий воспитания в семье). Наличие высокой мотивации к учебе лежит в основе успешной адаптации к учебному процессу, как следствие, благополучного психологического состояния учащихся. Были изучены основные причины отчисления учащихся из образовательных учреждений. Акцентуации характера (по А.Е. Личко) являются крайним вариантом нормы психического здоровья человека и делают его избирательно уязвимым к определенным психотравмирующим воздействиям. Выраженные акцентуации формируют преморбидный фон, который, в свою очередь, может затруднить процессы социально-психологической адаптации и привести к нарушению

психического здоровья учащихся. Данные распределения по акцентуациям характера (по А.Е. Личко) у учащихся 8-го и 11-го классов средних общеобразовательных школ (в % от общего числа обследованных учащихся):

Учащиеся общеобразовательных школ (n=223)

8 класс/11 класс

Эпилептоидный 14,3/15,8

Гипертимный 11,4/13,8

Истероидный 13,4**/10,5

Шизоидный 6,3*/8,4

Психастенический 15,6/16,1

Сензитивный 10,8/10,2

Конформный 7,3*/5,4

Неустойчивый 12,5**/4,3

Астенический 8,1/10,6

Лабильный 16,3/12,8

Циклоидный 15,9/18,4

Прим.: * - достоверность различий ($p < 0.05$); ** - достоверность различий ($p < 0.01$).

Анализ полученных данных показывает, что в старших классах общеобразовательных школ, выше процент шизоидных акцентуантов. Число лиц, имеющих акцентуации истероидного, конформного и неустойчивого типа, напротив, со временем уменьшается. Такие изменения могут объясняться, на наш взгляд, формированием акцентуаций по типу «амальгамы», когда индивид подавляет, вытесняет имеющиеся у него черты характера, которые неприемлемы или дезадаптивны в данных условиях, и активно формирует у себя черты, помогающие адаптироваться к требованиям коллектива.

В ходе данного исследования были сделаны следующие выводы: основным фактором, влияющим на успешность учебной деятельности, являются мотивационные установки личности учащихся. В ходе учебного процесса происходит естественный отсев учащихся с определёнными чертами характера, препятствующими успешной адаптации в условиях учебного коллектива. При организации учебного процесса необходимо уделять особое внимание структуре мотивационных установок, особенностям характера (наличие черт, осложняющих адаптацию к учёбе) и особенностям микросоциального окружения, в котором ранее воспитывается подросток.

ФАКТОРЫ УТЯЖЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНЫХ ПОТряСЕНИЙ (НА ПРИМЕРЕ ПАНДЕМИИ COVID-19)

Бойко О.М., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н., Медведева Т.И.

ФГБНУ Научный центр психического здоровья

Москва

FACTORS IN THE WORSENING OF CONDITIONS OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS IN SOCIAL SHOCKS (ON THE EXAMPLE COVID-19 PANDEMIC)

Boyko O.M., Vorontsova O.Yu., Enikolopov S.N., Medvedeva T.I.

Биопсихосоциальная модель психических заболеваний, наиболее полно отражающая факторы, вносящие вклад в дебют и протекание психической болезни, констатирует, что социальные потрясения сказываются на состоянии психически больных. Это подтверждается данными исследований, продемонстрировавшими существенное ухудшение психического состояния психически больных в ходе пандемии по следующим параметрам: усиление психопатологической

симптоматики, утяжеление бессонницы, появление симптомов ПТСР, увеличение уровня употребления алкоголя и ПАВ [Hao F. et al., 2020; Gobbi S. et al., 2020; Robillard R. et al., 2021]. Все это сказывается не только на самочувствии психически больных, но и на уровне их социальной адаптации, нагрузке на их близких, возможности поддерживать оптимальный уровень функционирования, влечет за собой существенные материальные потери у самого страдающего психическим заболеванием человека, его опекунов, а также, прямые и косвенные, у государства [Ястребов В.С. и др., 2009].

Понимание факторов, оказывающих негативное влияние на состояние людей, страдающих психическими заболеваниями в условиях пролонгированного стресса, дает возможность найти способы снизить их действие и, тем самым, предотвратить декомпенсацию и сохранить максимально возможный уровень функционирования. Их выделение на примере пандемии covid-19 стало целью данной работы.

Материалы и методы: анализ публикаций за 2019-2022 годы, найденных по сочетанию ключевых слов «COVID-19» и «психические заболевания», «шизофрения», «депрессия», «расстройства тревожного спектра», «аффективные расстройства», «психические заболевания», «affective disorders», «schizophrenia», «mental illness», «mental disorder», «schizophrenia», «depression», «anxiety» в базах PubMed, Web of Science, РИНЦ.

Результаты и их обсуждение. Выделяют следующие факторы: женский пол [Gobbi S. et al. 2020, Robillard R. et al., 2021], нарушение привычного социального взаимодействия [Gobbi S. et al. 2020; Kolbaek P. et al., 2021], снижение доступности психиатрической [Kolbaek P. et al., 2021] и медицинской в целом помощи [Robillard R. et al., 2021], низкий доход [Robillard R. et al., 2021], ощущение отсутствие контроля над ситуацией, неудовлетворенность реакцией государства во время пандемии COVID-19 [Gobbi S. et al. 2020], разрушение рутин (привычного образа жизни), в том числе трудности создания новых привычек, связанных с физической активностью [Dalkner N. et al., 2022], обеспокоенность в отношении грозящей опасности [Kolbaek P. et al., 2021]. Можно предположить специфичность гендерного фактора, выделенного в ходе изучения влияния пандемии COVID-19, для вида стрессового воздействия. Австралийские исследователи выделяют еще один фактор риска ухудшения состояния при психическом заболевании - осознание собственной принадлежности к группе повышенного риска тяжелых последствий текущей стрессовой ситуации [Zaman S. et al., 2020].

Значимым фактором нарастания тяжести психических расстройств при пандемии COVID-19 стало отсутствие понимания того, что происходит, несоблюдение режима лечения, плохое социальное и когнитивное функционирование, наблюдаемое при обострении психотической симптоматики. Несоблюдение режима лечения является основным фактором риска рецидива у лиц, страдающих шизофренией или БАР. По данным Mutlu E. с коллегами, 59% пациентов, у которых развился рецидив на начальном этапе пандемии, сообщили о прекращении приема антипсихотиков [Mutlu E. et al., 2021].

Специфика психического расстройства также является значимым фактором, определяющим уязвимость психически больного к разным аспектам длительного стрессового воздействию и особенности дезадаптации, её характер и скорость [Hofer A. et al., 2022; Asmundson GJG et al., 2020]. Так, при расстройствах тревожного спектра в ответ на ситуацию пандемии наиболее высокий уровень стресса, интенсивнее переживания за будущее, сильнее выражена симптоматика ПТСР по сравнению с людьми из нормативной популяции и людей с расстройствами настроения. При этом, представители клинических групп переносили ситуацию хуже, нежели люди из контрольной группы: они были более

склонны к добровольной самоизоляции, сообщали о большем числе стрессоров в самоизоляции и более выраженном уровне дистресса от нее, чем представители контрольной группы [Asmundson GJG et al., 2020]. Онлайн-исследование, проведенное после первого локдауна в 2020 году [Dalkner N. et al., 2022] показало, что люди с большим депрессивным расстройством в условиях продолжительного стресса меньше соблюдают правила безопасности (социальное дистанцирование) и хуже, нежели обследуемые без психических расстройств, формируют новые привычки, направленные на сохранение здоровья (физическая активность), а также имеют другую структуру синдрома, формирующего эмоциональный дистресс: в дополнение к тревожной и депрессивной симптоматике в него входили соматизация, астения и снижение качества сна. [Dalkner N. et al., 2022]. Больные с аффективными расстройствами демонстрируют более высокий уровень дистресса, они сильнее страдают от стрессовой ситуации, чем пациенты с психотическими расстройствами [Hofer A. et al., 2022; Vissink CE et al., 2021]. Однако у последних больше нарастает социальная дезадаптация [Hofer A. et al., 2022], что чревато нарастанием негативной симптоматики в долгосрочной перспективе.

К усугублению тяжести психического состояния также приводит совпадение характера стрессового воздействия с особенностями психопатологической симптоматики, что было продемонстрировано в ходе пандемии COVID-19, когда сообщения о важности соблюдения гигиенических мер, мытья и предотвращения загрязнения наложились на распространенные у пациентов с ОКР навязчивые идеи загрязнения и навязчивое мытье рук. Это привело к более высокой скорости ухудшения психического состояния у данной когорты пациентов в связи со стрессом, связанным с пандемией, по сравнению с пациентами, страдающими депрессивным расстройством [Tundo A. et al., 2021].

Совладание со стрессом всегда несет на себе отпечаток как личности человека, так и его психического состояния, использование неконструктивных копинг-стратегий усиливает действие длительного стрессогенного фактора [Robillard R. et al., 2021]. Так, в исследовании, включавшем более 3000 пациентов, было выявлено, что снижение взаимодействия с семьей и друзьями способствуют ухудшению ранее существовавшей психопатологической симптоматики, в то время как оптимизм, способность поделиться проблемами с семьей и друзьями и привычное использование социальных сетей были связаны с меньшим риском подобной динамики психических нарушений [Gobbi S. et al. 2020]. Работа Asmundson GJG с коллегами показала существенные отличия в используемых копинг-стратегиях не только между людьми с психическим заболеванием и без него, но и между группами людей с разными типами психических заболеваний [Asmundson GJG et al., 2020], что создает свои «ахиллесовы пяты» и диктует зависимость фокуса психокоррекционной работы от диагноза человека.

Выводы. Анализ литературных источников позволил выделить факторы, влияющие на психическое состояние у психически больных в период долговременного стрессового воздействия. Их важно учитывать при создании специально адаптированных интервенций, направленных на минимизацию последствий пролонгированного стресса у людей с психическими расстройствами.

АЛЕКСИТИМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Бомов П.О., Ермакова Л.В., Киселева И.С.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России

ГБУЗ "ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ"

Санкт-Петербург, Москва

ALEXITHYMIA IN PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC GASTROENTEROLOGICAL
DISORDERS

Bomov P.O., Ermakova L.V., Kiseleva I.S.

Термин «алекситимия» (от «а» – недостаток, «lexis» – слово, «thimos» – эмоция) был введен П. Сифнеосом в 1969г., который рассматривал алекситимию как основное когнитивно-аффективное расстройство, лежащее в основе психосоматических заболеваний. По своей сути – это комплекс нарушений, характеризующихся снижением способности человека к дифференциации, вербализации и экспрессии собственных чувств и эмоций. Обычно в структуре феномена алекситимии выделяют четыре основные характеристики: 1. трудности определения и описания эмоций; 2. трудности различения эмоций и телесных ощущений; 3. бедность фантазии и других проявлений воображения; 4. низкий уровень самосознания, рефлексии - фокусирование в большей степени на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Более того, в современной литературе алекситимические черты рассматриваются как фактор уязвимости при возникновении соматических заболеваний.

Целью нашего исследования стало выявление особенностей личности и влияния алекситимии на формирование психосоматической патологии гастроэнтерологического профиля (синдром раздраженного кишечника, функциональная диспепсия, дисфункция желчевыводящих путей).

Было проведено обследование 45 пациентов (35 женщин и 10 мужчин) с психосоматической патологией гастроэнтерологического профиля на базе психосоматического отделения одной из многопрофильных больниц.

По данным опросника TAS пациенты были разделены на три группы: первая группа «алекситимичные» больные (74 балла и выше) - 23 пациента (7 женщин и 5 мужчин), вторая группа относилась к зоне неопределенности (62-74 балла) - 15 человек (16 женщин и 4 мужчины) и «неалекситимичные» пациенты (ниже 62 баллов) – 7 человек (12 женщин и 1 мужчина). Для оценки личностных особенностей нами был использован опросник Шмишека, который предназначен для диагностики типа акцентуации личности, является реализацией типологического подхода к ее изучению.

При сравнении преобладания алекситимии у мужчин и женщин были получены данные о том, что в нашей выборке мужчины наиболее часто имели признаки алекситимии, что подтверждает данные литературы (Мухаметшина Э.И., Яхин К.К., 2007). Обращает также внимание факт того, что «алекситимичные» пациенты независимо от половой принадлежности имели средний уровень образования по сравнению с «неалекситимичными» больными, у которых было констатировано высшее образование. Анализ частоты обострений гастроэнтерологических заболеваний показал, что более частые рецидивы, особенно сопровождающиеся госпитализацией в круглосуточный стационар, отмечаются у пациентов с выраженной алекситимией. Кроме того, «неалекситимичные» пациенты имели почти в два раза меньшую длительность заболевания психосоматическими расстройствами, что позволяло в большей степени наблюдать их в амбулаторном звене.

Интерпретация данных опросника Шмишека показала, что у пациентов с выраженной алекситимией, независимо от их половой и нозологической принадлежности, преобладающими шкалами были «тревожность», «возбудимость» и «циклотимность». При этом у пациентов в зоне неопределенности и у «неалекситимичных» пациентов не было зафиксировано пиков по каким-либо шкалам.

Полученные данные позволяют не только оценить значение и роль алекситимии в развитии психосоматической патологии в совокупности с данными о личностных особенностях пациентов, но и позволяют предположить вектор психотерапевтической помощи пациентам с данным профилем заболеваний.

РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, СКЛОННЫХ К СОВЕРШЕНИЮ ПРАВОНАРУШЕНИЙ

Бриль М. С.

СПбГУ

Санкт-Петербург

RESOCIALIZATION OF ADOLESCENTS PRONE TO DEVIANT BEHAVIOR IN A FIELD PROJECT

Bril M.S.

Подростковое девиантное поведение остается сложным социальным феноменом. С одной стороны, существует постоянное общественное давление, подразумевающее необходимость эффективного разрешения этой проблемы; с другой – невозможно добиться полного исчезновения асоциальных поступков со стороны подростков, поскольку это является частью переживания ими нормативного личностного кризиса. Безусловно, можно рассчитывать на снижение конкретных видов асоциального поведения, например, представляющего большой риск для жизни и здоровья подростков и окружающих их людей. К таким видам поведения относятся совершение тяжких и особо тяжких преступлений, суицидальное поведение, членство в экстремистских и террористических группировках, однако даже подобные виды поведения сократить до нуля, вероятнее всего, не получится. Это не означает, что не стоит предпринимать действий для профилактики асоциального поведения подростков, однако полезно защитить себя от иллюзии достижимости полной победы на этом поприще.

С 1990-ых годов в Санкт-Петербурге особое внимание уделяется вторичной профилактике асоциального поведения подростков или, как еще характеризуют этот процесс, ресоциализации несовершеннолетних, склонных к совершению правонарушений. В нашем городе существует несколько проектов, действующих в этом направлении. Так в сфере молодежной политики с 1995 года функционирует Санкт-Петербургское государственное учреждение «Городской центр социальных программ и профилактики асоциальных явлений среди молодежи «КОНТАКТ». В рамках выполнения государственного задания, специалисты по социальной работе с молодежью учреждения ежегодно сопровождают более 3000 несовершеннолетних, совершивших административные или уголовные правонарушения. В их задачу входит улучшение жизненных условий подростка, разрешение ключевых противоречий в его семье, образовательном учреждении, дружеской компании. Предполагается, что налаживание жизни и разрешение противоречий позволит подростку сконцентрироваться на социально приемлемых задачах и снизит вероятность совершения им повторного правонарушения. В части случаев этот тезис действительно оправдывается, однако, к сожалению, в значительном количестве кейсов правонарушение, ставшее поводом для постановки подростка на учет, является лишь верхушкой айсберга асоциальных действий, составляющих

арсенал подростка в преодолении им личностного кризиса. Так процент несовершеннолетних, употребляющих психоактивные вещества из числа сопровождаемых в учреждении статистически достоверно выше, нежели аналогичный процент по городу. По негласной информации подростков стараются не ставить на учет по статьям за употребление или распространение наркотических веществ, поскольку будет иметь долгосрочные негативные последствия. Подобная ситуация может тянуться годами, что вынуждает признать: злоупотребление ПАВ становится для таких подростков систематической стратегией снятия психического напряжения и ухода от проблем. Поскольку вместо формально разового совершения асоциального действия мы имеем дело с систематической поведенческой стратегией, меры по ресоциализации также требуют реформирования.

С 2019 года команда специалистов организует для молодых людей в возрасте от 14 до 18 лет выездной проект по ресоциализации на территории воинской части Санкт-Петербурга. Место проведения проекта является структурным фактором, поскольку только на таких условиях органы власти города согласовали выделение финансирования для работы. Фундаментом проекта служит гипотеза, что за 19 дней пребывания в ресоциализирующем пространстве несовершеннолетние смогут попробовать и овладеть новыми формами поведения, которые некоторые из них в последствии применят в своей повседневной жизни. Регламентируемое пространство проекта исключает для воспитанников возможность употребления алкогольных напитков, наркотических веществ и их прекурсоров. Конечно, запрет на подобное поведение поначалу бывает трудно поддерживать, однако в процессе смены большинство ребят переходить от вынужденного подчинения этому правилу к добровольному. Повышается ценность опыта, который ребята получают в проекте, и их лояльность по отношению к организаторам также растет.

В рамках проекта участники разделены на отряды по 11 человек, с каждым из которых работает два взрослых наставника. Мероприятия проекта включают в себя спортивные тренировки, занятия по военной подготовке (по требованию заказчика), культурно-досуговые мероприятия и психологическую подготовку. Весь проект для участников объединен общей задачей, которую они достигают как индивидуально, так и в составе своих отделений. В 2022 году сюжетной целью подростков стало заселение территории Российской Федерации после губительной эпидемии. Для этого отделения выбрали для себя точки старта на карте, строили маршруты экспедиций, добывали полезные ресурсы, строили города и защищали экологию страны. Каждый участник имел собственное личное дело, в котором ежедневно отмечались его достижения в развитии выбранных для проекта качеств: командной работы, физического здоровья, дипломатии, энергичности, самоорганизации, эмоционального интеллекта. За продвижения в личностном росте по этим направлениям участники получали игровые звания, которые связывались как с символическими подарками, так и с реальными привилегиями на территории воинской части. Позитивные достижения проекта характеризуются высокой заинтересованностью участников в развитии как в рамках выезда, так и в последствии. За 4-летнюю историю проекта некоторые воспитанники, выйдя из возрастной категории участников, стали выезжать на смены в роли наставников, добровольно соблюдая все правила, которые ранее для них были регламентированы руководством. Подобный проект не является единственным и уникальным. На территории Пермской области уже несколько лет действует схожий проект, предполагающий психологические выезды для подростков, склонных к совершению правонарушений, для их развития, личностного роста и обучения. В дальнейшем из таких ребят формируются лидерские активы, которые работают с последующими поколениями. Проект неоднократно выигрывал президентские гранты и

продолжает развиваться. Данные опыты показывают, что ресоциализация «трудных» подростков может проходить не только в условиях интеграции их в среду условно приличных детей, но и с помощью формирования для них уникальной образовательной и развивающей среды, в которой они могли бы искренне представить свои жизненные обстоятельства и сформировать иные формы поведения.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАРЦИССИЧЕСКИХ ЧЕРТ ХАРАКТЕРА МЕТОДОМ ТЕСТА РОРШАХА

Бузина Т.С., Кузовлев И.В.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России
Москва

DIAGNOSTIC CAPABILITIES OF DETERMINING NARCISSISTIC CHARACTER TRAITS BY THE RORSCHACH TEST
Buzina T.S., Kuzovlev I.V.

Распространенность нарциссического расстройства среди населения не превышает 0,4%, а в клинических выборках частота этого расстройства личности достигает уже 2-16% (Смулевич А.Б., 2007). В современном мире наблюдается значительное увеличение случаев проявления нарциссического расстройства личности, которые среди двадцатилетних встречаются втрое чаще, чем у поколения 1980-х годов (Решетников М.М., 2020). Использование теста Роршаха специалистами в работе с пациентами, страдающими расстройствами личности может быть полезным для своевременной идентификации расстройства и оказании психиатрической или психологической помощи. А своевременная дифференциация нарциссической акцентуации и последующая психотерапевтическая работа с этим расстройством способна предотвратить дальнейшее возможное развитие расстройства личности.

Целью нашего исследования являлось изучение возможностей теста Роршаха дифференцировать нарциссизм.

Методы и методики. В качестве основных методов исследования были использованы: психодиагностический, клиничко-психологический. Использовались соответственно: полуструктурированное клиничко-психологическое интервью, Нарциссический опросник личности (NPI-40) и тест Роршаха. В исследовании приняло участие двенадцать условно здоровых испытуемых, имеющих высокий уровень нарциссизма, и двенадцать испытуемых, не имеющих выраженных нарциссических черт по результатам психодиагностического исследования (методики NPI-40). Возраст испытуемых варьировался в пределах от 18 до 25 лет. Среди испытуемых было 9 женщин и 15 мужчин. Группы сравнения были уравнены по следующим социально-демографическим параметрам: возраст, социальное положение, семейное положение и уровень образования. Обработка результатов производилась с помощью статистического анализа с применением критерия Фишера.

Результаты и обсуждения.

По результатам проведенного исследования у испытуемых с высоким уровнем нарциссизма имеются значимые тенденции к ответам, содержащим следующие показатели:

- Наличие зеркал или отражений может являться одним из критериев дифференциации нарциссизма. По полученным данным этот признак встречается в 52% случаев. Интерпретация данного показателя говорит о склонности испытуемых с высоким уровнем нарциссизма искусственно завышать низкую самооценку.

- Наличие грандиозного контента в ответах испытуемых. По нашим данным грандиозный контент встречается в 35%.
- Высокое значение индекса эгоцентричности. В нашем исследовании оно встречается в 44% случаев. Что говорит о чрезмерной заикленности испытуемых на собственных проблемах и переживаниях.
- Наличие идеализации в ответах испытуемых. В нашем исследовании данная переменная встречается в 39% случаев. Грандиозность контента и наличие идеализации говорит о преобладающем у испытуемых чувстве собственной значимости и уникальности.
- Количество ответов, содержащих образы людей или человекоподобных созданий, меньшее четырех. У испытуемых эта переменная встречается в 39% случаев. Это также свидетельствует о тенденции использовать социальные взаимоотношения при наличии собственной выгоды в них, а также о нежелании идентифицировать себя с ними.
- Высокий уровень социальной изоляции, а именно большое количество ответов, включающих такие категории, как растения, география, облака, ландшафт и природа. В нашем исследовании эта переменная встречается в 44% случаев. Это говорит о склонности испытуемых избегать близких эмоционально значимых социальных отношений.
- Наличие переменной в тесте Роршаха, указывающей на недостаточность эмпатической способности. В нашем исследовании данная переменная встречается в 35% случаев. Это говорит о сниженной у нарциссов способности сопереживать другим людям.

Необходимо учесть, что из-за небольшой выборки к результатам исследования стоит относиться с большей критичностью. При этом производилось сопоставление полученных данных с различными литературными источниками, и так как выводы, полученные в ходе исследования, соотносятся с данными литературы, то это обеспечивает надежность полученных результатов. Поэтому полученные выводы говорят нам о наличии тенденции проявления связи между описанными феноменами.

Выводы. По результатам исследования имеются тенденции учащенного появления определенных переменных теста Роршаха в ответах испытуемых с высоким уровнем нарциссизма, это говорит о способности дифференциальной диагностики нарциссических черт с помощью теста Роршаха, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Тест Роршаха обладает рядом уникальных переменных (отражения, грандиозный контент, индекс социальной изоляции, индекс эгоцентризма и др.), которые способны помочь в идентификации нарциссического характера. Качественный интеграционный анализ протокола ответов испытуемого по совокупности уникальных для нарциссического расстройства переменных может позволить достаточно точно определить степень выраженности нарциссизма.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ

Гаранина М.М., Пирогов Д.Г.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

Санкт-Петербург

EMOTIONAL BURNOUT OF MOTHERS OF CHILDREN RECEIVING PALLIATIVE CARE

Garanina M.M., Pirogov D.G.

Актуальность исследования: в настоящее время, паллиативная помощь представляет собой активно развивающееся направление комплексной и

междисциплинарной поддержки. Согласно оценке ВОЗ, около 1,3 миллионов россиян нуждается в получении паллиативной помощи. Ежегодно потребность в ее получении увеличивается среди детского и взрослого населения. Паллиативная помощь детям — это мультидисциплинарный подход, направленный на улучшение качества жизни инкурабельных пациентов в возрасте до 18 лет. Согласно приказу Минздрава РФ и Минтруда и социального развития РФ от 31 мая 2019 г. № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» паллиативная медицинская помощь оказывается детям с неизлечимыми заболеваниями или состояниями, угрожающими жизни или сокращающими ее продолжительность, в стадии, когда отсутствуют или исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения, по медицинским показаниям с учетом тяжести, функционального состояния и прогноза основного заболевания. Данный вид помощи включает в себя медицинское, психологическое, педагогическое, социальное и духовное сопровождение как в условиях амбулаторного, так и стационарного наблюдения. В фокусе внимания современных исследований, посвященных теме родительства, все чаще затрагивается синдром эмоционального выгорания, наступающего вследствие воздействия различных стрессогенных факторов. Выявлено, что более 50% семей, воспитывающих ребенка с паллиативным состоянием, находятся в состоянии хронического семейного стресса и кризиса. Существует предположение, что родители (чаще, матери) детей, получающих паллиативную помощь, живут в постоянном психоэмоциональном и физическом напряжении и истощении. Своевременное выявление признаков эмоционального выгорания необходимо для оказания профилактической психологической помощи с целью поддержания физического и психического благополучия матерей детей, получающих паллиативную помощь.

Цель исследования: определение уровня эмоционального выгорания матерей детей, получающих паллиативную помощь.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 30 матерей в возрасте от 26 до 56 лет (средний возраст 39,8 лет), воспитывающих детей, получающих паллиативную помощь в возрасте от 2 до 18 лет. Использовалась методика для определения уровня эмоционального выгорания родителей, авторская социально-демографическая анкета.

Результаты: для матерей детей, получающих паллиативную помощь характерно ощущение собственной высокой эффективности в уходе за ребенком. Матери вовлечены в процесс ухода и заботы о ребенке, раскрывая собственный энергетический потенциал, эмоциональную и смысловую составляющую родительства. Они в полной мере осознают собственную родительскую роль. Также для них характерно использование деструктивной разрядки напряжения, что может быть отражено в телесных и соматических проявлениях истощения, тревоги о болезни и общем состоянии ребенка. Выявлен низкий уровень психологического истощения, преобладание ресурсных тенденций. Наибольшие трудности у матерей связаны с невозможностью работать, отсутствием личного времени, недостатком средств, транспортировкой, психологическим напряжением. Предпочитаемым ресурсом совладания со сложной ситуацией выступает – поддержка семьи, вера в то, что в будущем все будет хорошо, отношение к событиям жизни.

Заключение: таким образом, анализ данных демонстрирует, что матери детей, получающих паллиативную помощь, обращаются к ресурсным тенденциям, деструктивные тенденции представлены в разрядке напряжения, имеющейся

тревоге. Данные результаты необходимо использовать при осуществлении психологического сопровождения.

ФАКТОРЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С НЕЙРОКОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Гомзякова Н.А. Щелкова О.Ю., Залуцкая Н.М.

ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева" Минздрава России

ФГБОУ ВО "СПбГУ"

Санкт-Петербург

FACTORS OF PSYCHOSOCIAL ADAPTATION IN ELDERLY PEOPLE WITH NEUROCOGNITIVE IMPAIRMENTS

Gomzyakova N.A., Shchelkova O.Y., Zalutskaya, N.M.

Актуальность. С увеличением возраста у пожилых лиц возрастает риск развития нейрокогнитивных нарушений, так в возрастной группе 60–64 года он составляет 6,7%, а в группе 80–84 лет - 25,2%. Пожилые люди с умеренными когнитивными расстройствами (УКР) более подвержены риску развития деменции, чем лица без когнитивных нарушений той же возрастной группы. Однако, функционирование лиц с синдромом УКР может длительное время оставаться стабильными или возвращаться к исходному состоянию. Проблеме психосоциальной адаптации и психокоррекционным методам помощи данной группе людей уделено мало внимания. При обращении за помощью или при поиске её в интернете, данным лицам, как правило, предлагается посещение когнитивных тренингов. Многими сторонниками данного вида коррекции отмечается его положительный эффект даже при отсутствии значимых улучшений когнитивных функций, что может быть объяснено его влиянием на другие факторы, например, эмоциональное состояние.

Цель: исследование факторов успешной психосоциальной адаптации лиц пожилого возраста с нейрокогнитивными нарушениями.

Материалы и методы. В исследование включались лица от 60 лет с жалобами на когнитивное снижение после осмотра врача-психиатра. С каждым респондентом проводился опрос в формате интервью, которое включало в себя сбор: социодемографических данных, сведений из истории болезни, сопутствующих заболеваний, принимаемой терапии, наследственности по нервно-психическим заболеваниям, характере и продолжительности жалоб, преимущественно на расстройства памяти, способах их компенсации. Экспериментально-психологические методы исследования включали выполнение следующих когнитивных тестов и опросников: краткая шкала оценки психического статуса (MMSE); батарея тестов для оценки лобной дисфункции (FAB); тест рисования часов (CDT); шкала памяти Векслера (WMS); Адденбрукская когнитивная шкала (ACE); интегративный тест тревожности (ИТТ); шкала депрессии Бека (BDI); краткий опросник качества жизни ВОЗ; опросник копинг стратегий Лазаруса (WCQ); шкала семейного окружения (FES); многоуровневый личностный опросник "Адаптивность" (МЛО-А).

Для математико-статистической обработки данных в качестве мер центральной тенденции использовались медиана и межквартильный размах – Me (IQR). Категориальные переменные описывались процентными долями с приведением абсолютных чисел – % (n) и сравнением при помощи критерия χ^2 Пирсона. Ввиду ненормальности распределения применялся непараметрический критерий Краскела-Уоллиса с последующим попарным сравнением критерием Манна-Уитни с поправкой Бонферрони.

Результаты и обсуждение. Было обследовано 86 респондентов, из них у 64 обнаружилось нарушения когнитивных функций (мужчин - 23,5% (15), женщин -

76,5% (49)). Оценка по нейропсихологическим шкалам соответствовала умеренным когнитивным нарушениям (медиана по MMSE составила 26 баллов) и легкой лобной дисфункции (медиана по FAB 15 баллов). Медиана субъективно оцениваемой респондентами длительности когнитивных нарушений составила 24(36) месяца. Лица с когнитивными нарушениями были разделены на 3 группы по степени социально-психологической адаптации, согласно интерпретации опросника МЛО-А: 1-2 - группа хороших адаптационных способностей - 25% (16), 3 - группа удовлетворительной адаптации - 32,8% (21), 4 - группа сниженной адаптации - 42,2% (27). Аффективные расстройства были ранее установлены у 29,7% (19) респондентов, но на момент обследования актуальной психопатологической симптоматики, соответствующей критериям диагнозов, не наблюдалось. Между группами не обнаружено различий по полу, уровню образования, условиям проживания, наличию сожителей, хроническим заболеваниям, аффективным расстройствам, возрастом начала появления жалоб на снижение памяти, способам компенсации расстройств памяти, хобби и широте социального круга. Респонденты со сниженной адаптацией, по сравнению с группой “хорошей адаптации”, чаще обращали внимание и высказывали жалобы на: забывание названия бытовых предметов ($\chi^2=8,014$, $p=0,018$), частую потерю вещей ($\chi^2=6,497$, $p=0,039$), создание потенциально опасных бытовых ситуаций ($\chi^2=10,530$, $p=0,005$), сбивчивости мыслей при общении ($\chi^2=8,422$, $p=0,015$), периоды сниженного настроения и апатии ($\chi^2=6,272$, $p=0,043$), сужение круга интересов ($\chi^2=7,922$, $p=0,019$). Также группа респондентов со сниженной адаптацией отличалась от других групп ($\chi^2=11,834$, $p=0,003$) наличием переживаний из-за реальной или потенциальной смены привычного уклада жизни и необходимости привыкать к новому.

По данным скрининговых нейропсихологических шкал (MMSE, FAB, CDT, ACE) и их субтестов различий между группами не обнаружено. Значимые различия выявлены при попарном сравнении показателей WMS между группами “сниженной адаптации” (Me=8(5)) и “хорошей адаптации” (Me=6(4)) по субтесту IV “логическая память” ($p=0,009$), аналогично по субтесту VIIa “парные ассоциации - простые пары” ($p=0,018$) между группами “сниженной адаптации” (Me=9(1)) и “хорошей адаптации” (Me=7,5(1)). Обращает на себя внимание, что показатели данных субтестов памяти у группы респондентов с хорошими адаптационными способностями ниже, чем у группы со сниженной адаптацией, при этом общие показатели значимо не отличаются. Можно предположить, что психосоциальная адаптация при мягком когнитивном расстройстве не способна быть объяснена только структурой когнитивного дефицита. В то же время, у лиц со сниженной адаптацией обнаруживаются более высокие значения тревоги и депрессии по сравнению с группой “хорошей адаптации”. Были обнаружены статистически значимые различия выраженности ситуативной тревоги по ИТТ ($p=0,000$) и её компонентам: астения ($p=0,000$), оценка перспектив ($p=0,002$), социальные реакции защиты ($p=0,007$), а также по астеническому компоненту личностной тревожности ($p=0,012$). Группа со сниженной адаптацией статистически значимо отличается от других групп и имеет более высокие значения по шкале депрессии Бека ($p=0,000$), Me 15 (7) достигает значений “легкая депрессии (субдепрессия)” по данной шкале. Эмоциональное состояние лиц со сниженной адаптацией характеризуется наличием повышенной утомляемости, тревожной оценкой перспектив, сниженным фоном настроения, поскольку медианные значения по данным субшкалам и опросникам превышают нормативные (выше 6 стенов для ИТТ и 9 баллов по BDI). На уровне значимости $p=0,013$ у группы со “сниженной адаптацией” преобладает использование копинг стратегии “бегство-избегание” по сравнению с группой “хорошей адаптации”. Данная копинг стратегия связана с негативной эмоциональностью, снижением

самооценки и ухудшением адаптации к стрессовой ситуации. При исследовании личностных особенностей были обнаружены значимые различия между группами “хорошей адаптации” и “сниженной адаптации” по показателям опросника МЛО-А по шкалам 1-го уровня (базовые шкалы СМЛЛ). У респондентов со сниженной адаптации были выше значения Т-баллов по шкалам: F “Валидность” ($p=0,018$), 1 Нs “Ипохондрия” ($p=0,044$), 7 Pt “Тревога” ($p=0,000$), 8 Sc “Индивидуалистичность” ($p=0,000$), но ниже по шкалам L “Лжи” ($p=0,000$) и К “Коррекции” ($p=0,003$), хотя повышение данных шкал в пожилом возрасте в норме отражают возрастные изменения личности в сторону усиления нормативности поведения.

Выводы. Ожидалось, что выраженность и структура нарушений познавательных функций является краеугольным камнем, предопределяющим уровень психосоциальной адаптации у лиц с когнитивными нарушениями, однако полученным нами данные, при когнитивных расстройствах, не достигающих уровня деменции, более значимую роль в уровне психосоциальной адаптации играют личностные особенности, качество жизни и эмоциональное состояние пациента. Полученные нами данные, также позволяют утверждать, что при формировании психокоррекционных программ внимание следует уделять не только тренингу когнитивных функций, но и коррекции дисфункциональных эмоциональных схем и поведенческих паттернов, например, посредством когнитивно-поведенческой терапии.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ МЯГКОМ КОГНИТИВНОМ СНИЖЕНИИ ПЕРВИЧНО-АТРОФИЧЕСКОЙ И СОСУДИСТОЙ ЭТИОЛОГИИ

**Гомзякова Н.А., Стулов И.К., Сарайкин Д.М., Лукина Л.В., Ананьева Н.И.,
Бочаров В.В., Незнанов Н. Г., Залуцкая Н.М.**

ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева” МЗ РФ

Санкт-Петербург

CHANGES IN COGNITIVE PROCESSES IN MILD COGNITIVE DECLINE OF PRIMARY ATROPHIC AND VASCULAR ETIOLOGY

**Gomzyakova N.A., Stulov I.K., Lukina L.V., Saraykin, D.M., Ananyeva N.I., Bocharov V.V.,
Neznanov, N.G., Zalutskaya, N.M.**

Введение. Умеренное когнитивное расстройство (УКР) – это синдром, характеризующийся снижением интеллектуальных функций, выходящим за рамки “нормального когнитивного старения”, но не вызывающий существенных нарушений в повседневном функционировании человека. Наиболее частыми причинами снижения когнитивных функций является болезнь Альцгеймера (БА), сосудистые когнитивные расстройства (СКР), а также их смешанные формы. Амнестический тип умеренных когнитивных расстройств (аУКР) рассматривается как продромальная стадия БА и характеризуется преимущественно нарушением эпизодической памяти. СКР, в зависимости от выраженности когнитивных нарушений (КН), разделяют на сосудистую деменцию и недементные СКР. Наиболее распространенным вариантом СКР является «подкорковый вариант», связанный с болезнью мелких сосудов головного мозга. Успех терапии во многом зависит от ранней диагностики расстройств, и современные возможности нейровизуализационных методов облегчают решение диагностических задач, однако обнаруживаемые при нейровизуализации изменения не являются строго специфичными для УКР, что делает настоятельно необходимым включение в диагностический процесс обязательную оценку данных нейропсихологического обследования и клинической картины.

Цель: определение различий в характеристиках познавательных процессов при мягком когнитивном снижении первично-атрофической и сосудистой этиологии с целью совершенствования дифференциальной диагностики на ранних стадиях деменции.

Материалы и методы. В исследование было включено 50 пациентов с жалобами на проблемы когнитивного функционирования (медианы возраста 74 (6) и возраста дебюта появления жалоб 70 (7)). Всем испытуемым было проведено МРТ-обследование головного мозга на сканере Atlas Excelart Vantage XGV (Toshiba, Япония) с индукцией магнитного поля 1,5 Тесла. Стандартный протокол МРТ головного мозга включал в себя импульсные последовательности быстрого спинного эха (FSE) для получения T1-взвешенных изображений (T1-ВИ), T2-ВИ, T2-FLAIR-ВИ. На следующем этапе выполнялась 3D-MPRAGE ИП с последующей постобработкой и выполнением сегментации в программной среде FreeSurfer 6.0. Обследование включало общий и неврологический осмотры, сбор анамнеза жизни и заболевания, проведение экспериментально-психологического обследования с использованием: краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE), батареи лобной дисфункции (FAB), теста рисования часов (CDT), шкалы памяти Векслера (WMS), Адденбрукской когнитивной шкалы (ACE). Для исключения аффективных расстройств, способных повлиять на когнитивные функции, применялась шкала депрессии Бека (BDI), а также интегративный тест тревожности (ИТТ). Пациенты с суммарным баллом 20 и более по BDI в исследование не включались.

Для математико-статистической обработки данных в качестве мер центральной тенденции использовались медиана и межквартильный размах – Me (IQR). Категориальные переменные описывались процентными долями с приведением абсолютных чисел – % (n) и сравнением при помощи критерия χ^2 Пирсона. Ввиду ненормальности распределения применялся непараметрический критерий Манна-Уитни.

В группу пациентов с псУКР относились пациенты с наличием признаков церебральной микроангиопатии на МРТ по критериям STRIVE (Standards for Reporting Vascular changes on nEuroimaging). В данную группу вошли 26 человек (мужчин - 27% (7), женщин 73% (19), Me возраста - 74(6), Me возраста дебюта КН - 70(8)). В группу пациентов с аУКР вошли 24 человека (мужчин - 20,8% (5), женщин 79,2% (19), Me возраста - 74,5(6), Me дебюта КН - 71,5 (4)) с отсутствием клинически значимых сосудистых изменений на МРТ головного мозга.

Результаты. По полу, возрасту, уровню образования, возрастом обращения и возрастом начала появления жалоб на когнитивное снижение, а также данным скрининговых нейропсихологических шкал (MMSE, FAB, CDT, ACE) между группами различий обнаружено не было. Медианное значение по MMSE в выборке составило 26(3) баллов, что соответствует “умеренным когнитивным нарушениям”, по FAB - 15(3) баллов - “легкой лобной дисфункции”. Следует отметить, что использование результатов оценки скрининговых методик не позволяют четко дифференцировать варианты УКР. Данные литературы указывают на то, что в этом отношении весьма полезными могут быть тесты на беглость речи. Снижение фонетической речевой активности при относительной сохранности семантической может указывать на подкорково-лобную дисфункцию. Снижение семантически опосредованных ассоциаций - один из ранних признаков дисфункции височно-лимбических систем, что характерно для БА. При сравнении количества слов на семантическую ($p=0.001$) и фонетическую ($p=0.006$) беглости речи в нашей выборке между группами были обнаружены статистически значимые различия. Пациенты с псУКР (Me=12(3)) называли меньше слов в минуту на заданную букву, чем пациенты с аУКР (Me=13(4)). В свою очередь, пациенты с аУКР называли меньше животных за минуту

(Me=14.5(5)), чем пациенты с псУКР (Me=17(6)), что соответствует данным литературы.

Статистически значимые различия обнаружены между группами в методике WMS: субтест I “Личные и общественные данные” ($p=0.013$), IV “Логическая память” ($p=0.003$), эквивалентный интеллекту показатель памяти (ЭИПП) ($p=0.002$). Значения по данной методике были ниже у группы пациентов с аУКР, чем у пациентов с псУКР. Общий показатель WMS - ЭИПП у обеих групп находится в пределах “легких нарушений мнестической деятельности” (93-106 баллов), у пациентов с псУКР Me=103(20), а в группе пациентов с аУКР он находится на нижней границе Me=93(13). Таким образом, пациенты с аУКР хуже воспроизводили информацию из ранее приобретенных знаний, у них было обнаружено более выраженное снижение декларативной памяти, которая формируется при участии таких структур мозга, как кора больших полушарий, гиппокамп, обонятельный мозг, миндалина, базальный передний мозг. При том, что показатели субтеста IV оказались у обеих групп оказались ниже нормы (19 баллов)(аУКР Me=4.5(4.8), псУКР Me=6.5(4.8)), пациенты с аУКР хуже воспроизводили рассказы, часто привносили информацию, не содержащуюся в тексте, при наводящих вопросах по рассказу не могли воспроизвести материал, что говорит о нарушении процесса консолидации информации, в то время, как пациентам с псУКР удавалось вспомнить часть материала по семантическим подсказкам ($\chi^2=6.953$, $p=0.031$), что скорее свидетельствует о нарушении процесса воспроизведения информации, как признака дизрегуляторного (подкорково-лобного) типа нарушений.

При сравнении количественных показателей воксель-ориентированной морфометрии (ВОМ) гиппокампальных формаций в группах аУКР и псУКР отмечались статически значимые различия по объемным показателям нескольких субполей. При анализе количественных показателей энторинальной коры пациентов с аУКР и псУКР наблюдалось значимое снижение объема и толщины правой и левой энторинальной коры в группе аУКР (p от 0,05 до 0,01). В этой же группе в наибольшей степени определялось снижение объемов обоих субикулюмов ($p=0.001$), при этом снижение объемов правого и левого субикулюмов было более выражено (на 14.7% и 16.5% соответственно) по сравнению со снижением общих объемов левой и правой гиппокампальных формаций (на 11.5% и 11.5% соответственно). Таким образом, атрофические изменения энторинальной коры выявляются уже на стадии умеренного когнитивного снижения, еще до атрофии самого гиппокампа, что рассматривается некоторыми авторами как потенциальный биомаркер БА.

Заключение: использование тестов на беглость речи может использоваться как скрининговый метод для дифференциальной диагностики псУКР и аУКР. При диагностике стоит обращать внимание как пациенты выполняют задания, эффективны ли семантические подсказки, что может помочь определить сохранность процессов консолидации и воспроизведения информации, например, при выполнении субтеста IV WMS “Логическая память”.

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С УСТАНОВКОЙ НА НЕСОГЛАСИЕ С ЛЕЧЕНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ

Грановская Е.А.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Санкт-Петербург

CLINICAL AND SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS ASSOCIATED WITH TREATMENT NONADHERENCE ATTITUDES

IN PATIENTS WITH SYNTHETIC CATHINONE DEPENDENCE

Granovskaya E.A.

Аннотация. Анозогнозия является одним из факторов, который определяет эффективность лечения у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов. Важным компонентом анозогнозии является фактор согласия с лечением.

На основе шкалы «Несогласие с лечением» из разрабатываемого опросника по наркотической анозогнозии (Ю.В. Рыбакова, Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий, В.В. Бочаров, 2017) были сформированы группы лиц с высокими и низкими оценками. Данные группы пациентов были сопоставлены по ряду клинических и социо-демографических параметров.

Исходя из проведенного исследования выявлено значение следующих параметров в этой связи: «Длительность Гепатита С»; «Частота встречаемости тяжелой ЧМТ в анамнезе»; «Внешняя инициатива к лечению»; «Наличие собственных детей»; «Плохое материальное положение семьи»; «Крайне конфликтные семейные взаимоотношения»; «Негативное отношение родителей к пациенту»; «Наличие срочной службы в армии в анамнезе».

Следовательно, можно говорить о том, что компонент неприятия лечения в большей степени выражен у тех пациентов с зависимостью от синтетических катинонов, которые лечились не по своей инициативе, имели более продолжительный срок течения Гепатита и отмечали тяжелую ЧМТ в анамнезе. Кроме того, неблагоприятные взаимоотношения в семье могут способствовать повышению несогласия с лечением.

Целью исследования является выявление клинических и социо-демографических параметров, связанных с установкой на несогласие с лечением.

Методы исследования. В качестве психодиагностических методов использовался разрабатываемый «Опросник анозогнозии при наркотической зависимости» (Ю.В. Рыбакова, Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий, В.В. Бочаров, 2017), состоящих из 7 шкал: «Неинформированность»; «Непризнание симптомов заболевания»; «Непризнание заболевания»; «Эмоциональное неприятие заболевания»; «Несогласие с лечением»; «Неприятие трезвости». В целях получения данных о социо-демографических и клинических параметрах применялся клинко-психологический метод интервьюирования на основе регистрационной карты (Ю.В. Рыбакова).

Статистическая обработка данных проведена с помощью программы SPSS 19. Для сопоставления средних в подгруппах использовался t-критерий Стьюдента. Для оценки нормальности использовался критерий Колмогорова-Смирнова. Для сравнения выраженности частотных характеристик качественных параметров применялся z-критерий.

Описание выборки. В исследовании приняли участие 70 мужчин пациентов, которые находились на этапе реабилитации в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» с синдромом зависимости от синтетических катинонов – F15.2 (средний возраст пациентов

составил – 30,47, SD=6,36; возраст формирования зависимости в среднем – 21,11, SD=5,50).

Распределение респондентов по группам осуществлялось на основании учета медианного значения результатов по шкале НЛ. Данная выборка разделилась следующим образом: в группу менее несогласных с лечением вошло 41 пациента (со значениями меньше медианы), в противоположную – 29 (со значениями больше медианы).

Результаты исследования. При проведении сравнительного анализа групп, распределенных по крайним значениям шкалы НЛ, статистически достоверные различия средних значений были выявлены по следующему клиническому параметру: «Длительность гепатита С» при $p < 0,05$. В группе пациентов с низкими значениями (менее НЛ) данный параметр был достоверно ниже.

Так, можно говорить о том, что при возникновении Гепатита С возникает острая реакция на факторы, определяющие его поведение, в том числе и употребление ПАВ. У пациентов с низкими значениями (менее НЛ) следующие показатели встречались значимо реже, чем в группе пациентов с высокими значениями (более НЛ): «Частота встречаемости тяжелой ЧМТ в анамнезе»; «Внешняя инициатива к лечению»; «Наличие собственных детей»; «Плохое материальное положение семьи»; «Крайне конфликтные семейные взаимоотношения»; «Негативное отношение родителей к пациенту»; «Наличие срочной службы в армии в анамнезе» ($p < 0,05$).

Анализируя полученные результаты, обнаружено, что положительные характеристики внутрисемейного окружения, отсутствие опыта службы в армии и тяжелых форм ЧМТ сопряжено с более выраженной установкой на лечение.

Это связано с тем, что высоко конфликтные взаимоотношения в семье и отрицательное отношение родителей к пациенту могут привести к тому, что пациент не получает достаточно мотивации и поддержки для успешного лечения.

Более того, наличие детей, может усложнять саму семейную систему, что в свою очередь, может затруднять соблюдение рекомендаций врача и прохождение реабилитации. Кроме того, может идти речь о некоторой неупорядоченности в контексте планирования собственной жизни.

Более высокая частота тяжелых форм ЧМТ в анамнезе в группе с более выраженными показателями НЛ может быть связана с очевидной для данного контингента резидуальной органики и меньшей способностью адекватно анализировать текущую жизненную ситуацию.

При внешней стимуляции к прохождению (принудительный или псевдопринудительный характер госпитализации) у пациентов отсутствует внутренний стимул лечения, данный результат вполне ожидаемый и соответствует концептуальной валидности используемого теста.

Весьма важным представляется фактор «Наличие срочной службы в армии в анамнезе», который нуждается в дальнейшем исследовании в виду наличия множества возможных и его связей с целью прояснения значения в рамках становления и течения зависимости от синтетических катинонов.

Заключение. Обобщая данные, полученные в ходе исследования, на несогласие с лечением у пациентов с зависимостью от катинонов могут влиять различные факторы, включая длительность Гепатита С, частоту встречаемости тяжелой ЧМТ в анамнезе, внешнюю инициативу к лечению а также характеристики внутрисемейного окружения. Положительные факторы, такие как поддержка семьи и отсутствие травматических воздействий, могут способствовать согласию с лечением и повышению эффективности терапии. Выделенные факторы позволяют сформировать группу риска по установке на несогласие лечения.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ, СВЯЗАННОГО СО СТРЕССОМ, У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19-АССОЦИИРОВАННУЮ ПНЕВМОНИЮ, ЧЕРЕЗ 2 ГОДА ПОСЛЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Гуськова О.А., Приленский Б.Ю., Ярославская Е.И., Петелина Т.И.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Тюмень, Россия;
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Тюмень

THE EMOTIONAL STATE CHARACTERISTICS ASSOCIATED WITH STRESS IN PATIENTS 2 YEARS AFTER COVID-19 PNEUMONIA

Guskova O.A., Prilenskii B.U., Yaroslavskaya E.I., Petelina T.I.

Актуальность. Пандемия COVID-19 на протяжении 2 лет продолжает оказывать негативное влияние на психологическое состояние как каждого человека, так и общества в целом. Помимо высокой вирулентности заболевания, часто возникающих осложнений при течении и развитии нарушений со стороны различных систем организма в последствии, в качестве провоцирующих стресс факторов рассматриваются карантин, социальные ограничения и последовавший за ними финансовый кризис. Наши предыдущие работы показали, что психологический аспект качества жизни после перенесенной COVID-19-ассоциированной пневмонии значительно зависит от переживаемого стресса и его интенсивности. Таким образом, крайне актуальным представляется исследование стрессовой реакции на перенесенное заболевание и ее последствий для психического здоровья.

Цель исследования. Изучение стрессовой симптоматики у пациентов, перенесших COVID-19-ассоциированную пневмонию, через 2 года после выписки из моногоспиталя.

Материалы и методы. В работу вошли данные по 119 пациентам в возрасте 55 ± 9 лет, обследованным на базе Тюменского Кардиологического Научного центра. В соответствии с протоколами научных исследований «Однолетнее кардиологическое наблюдение пациентов после COVID-19-ассоциированной пневмонии» и «Описание и оценка копинг-стратегий и отношения к состоянию здоровья у пациентов, перенесших доказанную COVID-19-ассоциированную пневмонию», на визитах через 3 месяца и год после выписки из стационара у всех включенных в исследование был оценен уровень воспринимаемого стресса при помощи шкалы воспринимаемого стресса (ШВС-10). Через 2 года после завершения лечения пациенты заполнили клинический опросник SCL-90-R, направленный на выявление нарушений эмоциональной сферы после перенесенного травматического события.

Результаты. Представители женского пола составили 51,3% обследованных. Количество пациентов, у которых были отмечены признаки выраженного стресса на первом визите, за 9 месяцев наблюдения значимо не изменилось. Тем не менее, через год после выздоровления, распространенность стресса увеличилась (11,8% против 7,6%). Через 2 года после выписки из моногоспиталя признаки нарушения эмоциональной сферы определены у 85,7% обследованных, при этом превышение нормативных значений индекса симптоматического дистресса (GSI) характерно для 46,2%. Соматические проявления психоэмоциональных нарушений распространены наиболее всего (76,5%), также значительно выражена обсессивно-компульсивная симптоматика (53,8%). Реже всего встречаются психотические симптомы (24,4%) и враждебность (29,4%). Остальные нарушения, представленные паранойяльными симптомами, межличностной сензитивностью, признаками тревоги или депрессии и фобической тревожностью, определены у 1/3 обследованных. Показатели индекса

GSI взаимосвязаны с признаками выраженного стресса как через 3 месяца после пневмонии COVID-19 ($p=0,006$), так и через год ($p=0,041$). Важно отметить, что вероятность сохранения симптоматического дистресса (GSI) выше среди пациентов с выраженным стрессом на первом визите (ОШ=6,939; 95% ДИ 1,45-33,09; $p=0,006$). Обсуждение и выводы. Отсутствие значимых изменений распространенности признаков стресса на протяжении 9 месяцев наблюдения, а также выраженность дистресса через 2 года после пневмонии COVID-19 свидетельствуют о продолжительном сохранении психологического напряжения после выздоровления. Наличие проявлений стресса через 3 месяца после перенесенного заболевания повышает вероятность выявления дистресса в 6,9 раз. Частота проявлений тревоги и депрессии, выявленные у 1/3 обследованных, соответствуют результатам зарубежных исследований и полученным нами ранее данным. Значительная распространенность соматических проявлений нарушений эмоционального функционирования отражает фиксацию фокуса внимания обследованных пациентов на физической составляющей состояния здоровья и склонность к соматизации переживаний.

ПСИХОЛОГО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ: ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И ГИБРИДНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОМОЩИ

Гуткевич Е.В.

НИИ психического здоровья Томский НИМЦ РАН

Томский государственный университет

Томск

**PSYCHOLOGICAL AND GENETIC PHENOMENA AND FAMILY MENTAL HEALTH:
TRANSDISCIPLINARY RESEARCH AND HYBRID HELP TECHNOLOGIES**

Gutkevich E.V.

Введение. Семья является основополагающим из феноменов, который сопровождает человека в течение всей его жизни. По мнению ряда авторов, он включает в себя такие характеристики, как полнота, форма (вид), состав семьи, семейное взаимодействие и микроклимат, «которые во многом определяют степень зрелости формирующейся личности, уровень последующих эмоциональных жизненных контактов, самостоятельную, в том числе и семейную, жизнь» каждого человека в макросоциуме, в обществе (Современная социология семьи: проблемы и их решения, 2020). Но в наше время семья – еще и один из самых неблагоприятных социально-психологических институтов, в связи с чем актуализируются проблемы психологической адаптации семьи, как характеристики достаточного уровня защищенности от влияния стрессоров, устойчивости к различного рода факторам нарушения здоровья всех членов семьи разного возраста и поколений (Гуткевич Е.В., 2022; Семейная экосистема человека, 2018; Стоянова И.Я. и др., 2022). В семье могут присутствовать родственники нескольких поколений разных возрастов, при этом члены семьи попадают в «группы риска» с разной вероятностью наследственного предрасположения и проявления психологических проблем, расстройств ментального здоровья в зависимости от индивидуальных генетических, психологических и семейных характеристик (Гуткевич Е.В., Шатунова А.И., 2019). Цель исследования. Установление психолого-генетических феноменов в парадигме трансформации функционирования семьи на разных стадиях онтогенетического цикла семьи из нескольких поколений, связанных с разным уровнем психического здоровья, для совершенствования технологий диагностики и оказания помощи при психических расстройствах.

Материалы и методы. Исследовали детей и подростков нормативного развития, в том числе посещающих детские дошкольные образовательные учреждения и общеобразовательные школы, их родителей и других близких родственников; детей и подростков с психическими болезнями, такими как: детский аутизм и расстройства аутистического спектра, специфические расстройства речи и навыков, гиперкинетические расстройства, умственная отсталость, тревожные, фобические расстройства и некоторые другие, их матерей и отцов; больных шизофреническими и непсихотическими психическими расстройствами, болезнями зависимостей и родственников различных степеней родства; здоровых лиц от 18 лет и старше; семьи из нескольких регионов Сибирского федерального округа Российской Федерации и Казахстана. В исследовании применяли классический клинико-генеалогический метод с установлением психического и соматического здоровья членов семьи, составляли родословных семей (обозначали данное исследование как «Клиническая психогенеалогия»; при необходимости проводили некоторые биохимические, цитогенетические методы, молекулярно-генетическое тестирование полиморфизмов генов-кандидатов («Генетический паспорт»); психодиагностические методы исследования эмоциональных, мотивационных, когнитивных и других психологических особенностей членов семей; супружеских, родительско-детских, межпоколенных и других отношений («Паспорт здоровья семьи»); семейная диагностика адаптации и сплоченности, привязанности к близким и дому и другие («Адаптационно-превентивный потенциал семьи»); методы математической статистики.

Результаты и их обсуждение. Многолетние исследования позволили сделать следующие выводы: «Клиническая психогенеалогия» дает возможность установить уровень здоровья родственников и выделения нескольких групп персонального биологического риска. Генетическое тестирование дает информацию об уникальных особенностях генотипа человека, а выявление коморбидных наследственных заболеваний – корреляции между молекулярными изменениями генома и особенностями их фенотипического проявления. Выявление ассоциаций психических расстройств с врожденной патологией и менделирующими признаками в семьях показало три основные группы коморбидных генетических состояний: в первую группу можно отнести врожденные пороки развития у пробандов (поперечный редуцированный порок конечностей; киста средостения, дивертикул пищевода; гипоплазии передней доли гипофиза). Вторая группа включает хромосомную патологию в семьях (47, XY, + 16 у плода; 46, XY, del 22q11.2). В третью группу входят семьи с наличием определенных генетических мутаций (гена, кодирующего медь-транспортующую АТФазу; гена FBN1 – фибриллина 1; дефицит альфа-галактозидазы А). Клинический полиморфизм нарушений индивидуального здоровья связан с клинико-генетическим континуумом и внутрисемейном ядром как психопатологического синдрома, так и особенностей соматического здоровья, вероятно, определяемым «полем действия» генов.

Психодиагностика и определение триединых отношений в семье – между супругами, между родителями, родственниками нескольких поколений в семье показывают особенности и проблемы на разных стадиях жизненного цикла семьи. Три уровня адаптационно-превентивного потенциала семьи определяют, наряду с генетическими факторами, социально-психологические возможности семьи пациента компенсировать ограничения функционирования семьи, которые могут сформироваться в результате болезни её члена.

Выявленные нами «психолого-генетические феномены» характеризуют поведение и адаптацию индивида, здорового и страдающего от психической болезни, и семейной системы в условиях семейно-генетического кризиса. Совокупность «психолого-

генетических феноменов» определяет уровень психического и психологического здоровья семьи и адаптационные возможности для его сохранения в микро- и макросреде.

Разработана технология их установления, представленная в виде этапов. На первом этапе происходит определение уровня здоровья пробанда в динамике, начиная от психического здоровья, психоадаптационных-психодезадаптационных состояний, с переходом в предболезнь (донозологические формы, инициальный период) и выраженные психические расстройства. На втором этапе происходит выявление генетической предрасположенности и коморбидных болезней. Третий этап технологии характеризуется установлением стадии жизненного цикла семьи пациента и формы семьи. На четвертом этапе проводится психодиагностика личностных характеристик членов семьи, межличностных отношений внутри семьи и взаимодействий семьи пробанда с внешней средой. На пятом этапе изучаются межпоколенные взаимодействия в родительской и расширенной семье пробанда. Шестой этап, когда формулируются психолого-генетического статус и уровень адаптации семьи пациента и персонализированные программы оказания семейно-генетической помощи. Проведение интервенций в рамках семейно-генетической превенции и адаптации, психосоциальной реабилитации проходит на седьмом этапе. Заключительный, восьмой этап включает динамическое наблюдение и оценку эффективности оказания помощи.

Выводы. Таким образом, полученные новые знания и разработанная гибридная технология диагностики «психолого-генетических феноменов» функционирования семьи на основе использования методов клинической генетики, медицинской психологии и психиатрии дают возможность формировать программы оказания помощи семьям. Перспективными направлениями изучения семьи психически больных представляются – систематизация научно-практических данных о механизмах функционирования семьи для определения клинико-психологических феноменов путем синтеза методологических подходов различных научных направлений изучения семей в современных социально-психологических условиях; открытие междисциплинарных программ обучения в современном образовательном пространстве («Клиническая семейная психология»); продвижение идей и технологий «трансляционной психологии» («Клиника здоровой семьи»).

ВОСПРИЯТИЕ ВРЕМЕНИ У ЛИЦ С ХИМИЧЕСКИМИ И НЕХИМИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ

Гущина М.И., Тюсова О.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербург

**PERCEPTION OF TIME IN INDIVIDUALS WITH CHEMICAL AND NON-CHEMICAL
ADDICTIONS**

Gushchina M.I., Tyusova O.V.

Аннотация: В этом исследовании изучалось восприятие времени на выборке из 70 лиц с химическими и нехимическими зависимостями. Восприятие времени оценивалось с помощью методики Временная перспектива Зимбардо, личностные особенности зависимых – с помощью Интегративного теста тревожности (ИТТ), методики Смыслжизненные ориентации (СЖО) и теста Социальной фрустрированности. Были выявлены значимые различия по типу фаталистического настоящего между лицами с химическими и нехимическими зависимостями ($2,988 \pm 0.776$ и $2,583 \pm 0.625$ при $p=0,019$) и между мужчинами и женщинами

($3,199 \pm 0,794$ и $2,735 \pm 0,781$ при $p=0,017$). Была обнаружена позитивная взаимосвязь целей в жизни с позитивным прошлым ($r=0,32$ при $p \leq 0,05$) и негативная взаимосвязь целей в жизни с фаталистическим настоящим ($r=-0,33$ при $p \leq 0,05$) и негативным прошлым ($r=-0,34$ при $p \leq 0,05$). Целеполагание является одной из важнейших мишеней психокоррекции. Эти результаты показывают, что временная перспектива является важным конструктом, который следует учитывать при изучении аддиктивного поведения, а также при планировании реабилитационных программ.

Ключевые слова: восприятие времени, зависимость, реабилитация, социальная фрустрированность, целеполагание.

Введение. В настоящее время восприятие времени изучается как российскими, так и зарубежными исследователями (Кошельская Т. В., 2016).

Проекция человека на временном континууме актуальна на сегодняшний день, поскольку позволяет личности отразить перспективы своего собственного развития и интенсивно управлять им. Изучение особенностей восприятия времени у зависимых людей представляет повышенный интерес, поскольку, предположительно, эта категория лиц иначе воспринимает временное пространство и свою роль в нем, в отличие от здоровых людей (Ясная В. А., 2012).

Понимание этой особенности может способствовать разработке психокоррекционных и реабилитационных программ для лиц с зависимостями. Сбалансированная временная перспектива, несомненно, будет играть одну из главных ролей в выздоровлении зависимых лиц, формировании у них мотивации к лечению и поддержании ремиссии.

Целью данного исследования является изучение особенностей восприятия времени при химических и нехимических зависимостях.

Задачи исследования:

- 1) Сравнить восприятие времени у лиц с химическими и нехимическими зависимостями;
- 2) Проанализировать гендерные различия восприятия времени у лиц с зависимостями;
- 3) Изучить возрастные особенности восприятия времени у лиц с химическими и нехимическими зависимостями;
- 4) Изучить взаимосвязь между восприятием времени и особенностями личности при химических и нехимических зависимостях;

Материалы и методы исследования.

Объект исследования – лица с химическими и нехимическими зависимостями.

Предмет исследования – восприятие времени и личностные особенности: тревожность и социальная фрустрированность.

Методы исследования:

1) Опросные:

– Специально-разработанная анкета для сбора поведенческих и социально-демографических данных;

2) Психодиагностические:

– Опросник временной перспективы (Зимбардо Ф.);

– Методика «Уровень социальной фрустрированности» (Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., доцент Беребин М. А.);

– Интегративный тест тревожности (Бизюк А. П., Вассерман Л.И., Иовлев Б. В.);

– Тест смысложизненных ориентаций (Леонтьев Д. А.);

3) Статистические:

– описательные статистики (средние значения, медианы, стандартные отклонения);

- коэффициент корреляции r-Пирсона;
- t-критерий Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение.

Результаты, полученные с помощью методики «Временная перспектива», позволили выявить различия во временной перспективе в двух группах зависимых.

Было установлено, что:

1. Лицам, имеющим нехимические зависимости, больше свойственно принятие своего настоящего, чем химически зависимым людям. У химически зависимых лиц показатель фаталистического настоящего выше, чем у другой группы ($2,988 \pm 0,776$ и $2,583 \pm 0,625$ при $p=0,019$);

2. Мужчины имеют тенденцию к фаталистическому настоящему в большей степени, чем женщины. Женщинам лучше удается предвидеть и взвесить будущие последствия своих действий ($3,199 \pm 0,794$ и $2,735 \pm 0,781$ при $p=0,017$).

Исследование взаимосвязи параметров временной перспективы и тревожности продемонстрировали отрицательную корреляцию показателя «Позитивное прошлое» с эмоциональным дискомфортом ($r=-0,35$ при $p \leq 0,05$), астеническим компонентом ($r=-0,35$ при $p \leq 0,05$) в структуре ситуативной тревоги. Были выявлены положительные взаимосвязи негативного прошлого со всеми компонентами тревожности, кроме астенического ($r=0,44$; $r=0,4$; $r=0,51$; $r=0,47$; $r=0,33$; $r=0,47$ при $p \leq 0,05$). Это свидетельствует в пользу того, что при восприятии своего прошлого в негативной коннотации испытуемые переживают страхи, испытывают напряжение в сфере социальных контактов и неудовлетворенность жизненной ситуацией, проецируют свои страхи не на настоящий момент, а в перспективу. В большей степени корреляции найдены среди компонентов именно личностной тревожности, значит, эти характеристики внедрены в структуру личности респондентов. Не исключено, что больные испытывают дискриминацию с стороны социума, а из-за навешивания ярлыков маргинальных членов общества чувствуют себя в нем изгоями. Были выявлены положительная взаимосвязь локуса контроля-Я с позитивным прошлым ($r=0,38$ при $p \leq 0,05$) и будущим ($r=0,31$ при $p \leq 0,05$) и отрицательная взаимосвязь локуса контроля-Я с негативным прошлым ($r=-0,36$ при $p \leq 0,05$) и фаталистическим настоящим ($r=-0,34$ при $p \leq 0,05$). Результаты свидетельствуют о том, что принятие своего прошлого и осознание будущего меняют представления человека о самом себе. Испытуемые начинают чувствовать себя уверенно, берут ответственность за свои поступки и жизнь, начинают ее ценить и проживать, строить планы в перспективе, то есть они овладевают контролем, которого прежде у них не было. Была выявлена отрицательная корреляция негативного прошлого с показателем «Цели в жизни» ($r=-0,34$ при $p \leq 0,05$). Позитивное прошлое было положительно взаимосвязано с этим же показателем, а фаталистическое настоящее и негативное прошлое – отрицательно. Из этого следует, что чем больше человек воспринимает свой прошлый опыт как позитивный, тем легче ему ставить цели. Если человек не ощущает опору в настоящем и веру в собственные силы, то ему сложно строить планы на будущее.

Важным фактором успешной реабилитации является целеполагание. Умение ставить цели повышает шансы на выздоровление и выстраивание будущей модели жизни вне реабилитационного учреждения. Для пациентов важно принимать свое прошлое и настоящее, чтобы сфокусировать внимание на лечении и достижении целей.

Полученные в ходе исследования результаты позволяют обозначить следующие мишени психологического воздействия на лиц с аддиктивным поведением. В качестве первой можно выделить принятие своего прошлого и настоящего с целью трансформации Я-концепции и формирования четкого представления о себе во

временном континууме. В качестве второй выступает интеграция жизненного опыта в структуру личности для постановки ясных жизненных целей и формирования образа успешного будущего. В процессе психокоррекционных мероприятий такие пациенты обладают более высоким реабилитационным потенциалом, что позволяет им найти опору в настоящем и эффективно ресоциализироваться в общество.

Выводы.

По результатам настоящего исследования были сформулированы следующие выводы:

- 1) Восприятие времени различно у лиц с химическими зависимостями и нехимическими зависимостями. Химически зависимым лицам свойственна ориентация на фаталистическое настоящее, в отличие от нехимически зависимых лиц;
- 2) Женщинам с зависимостями больше свойственна ориентация на будущее, чем мужчинам. Последние более ориентированы на фаталистическое настоящее;
- 4) Статистически значимых возрастных различий восприятия времени выявлено не было;
- 5) Позитивное прошлое взаимосвязано с целями в жизни, то есть для успешного целеполагания пациенту следует принять свое прошлое, а это является важной мишенью психокоррекции.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗИ С НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ.

Дмитриева Н.Г., Бичевина Д.С., Ениколопов С.Н.

Научный центр психического здоровья
Москва

**OLFACTORY FUNCTION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISEASES AND
THEIR CORRELATION WITH NEGATIVE SYMPTOMS.**

Dmitrieva N.G., Bichevina D.S., Enikolopov S.N.

Актуальность. Изучение обонятельной функции на данный момент востребовано в психиатрической практике. Имеются подтверждения о взаимосвязи нарушений обоняния (преимущественно нарушения идентификация запахов) с нарастанием дефицитарной симптоматики и когнитивного снижения у пациентов с заболеваниями шизофренического спектра (Кэмэт В., 2018) Имеющиеся наблюдения указывают на то, что показатели обонятельной чувствительности могут рассматриваться, как «биомаркер» ранних симптомов психического заболевания с возможностью дифференциальной диагностики (Маласпина Д., 2011). В данном исследовании представлены результаты измерения способности в распознавании запахов у пациентов с шизофренией и их взаимосвязь с негативной симптоматикой и когнитивными нарушениями.

Целью данного исследования является изучить функцию обоняния через показатели уровня распознавания запахов с субъективной оценкой интенсивности и отношения к одорантам у пациентов шизофренического спектра в сравнении с пациентами с депрессивными расстройствами и группой здоровых лиц испытуемых. Также изучить взаимосвязь уровня распознавания запахов с показателями негативной симптоматики и памяти у пациентов с шизофренией.

Материалы и методы.

В исследование были включены пациенты, проходящие стационарное лечение в Научном центре психического здоровья. Пациенты (N=79) с расстройствами шизофренического спектра (F20,F21,F23,F25), пациенты с депрессивными

расстройствами (F32,F33), (N=39). В качестве группы сравнения были включены люди, не страдающие психическими расстройствами (N=78). Все группы статистически не отличались по половому признаку и возрасту (18-45 лет). Также были учтены респонденты, переболевшие COVID-19 (N=42).

Для определения нарушений обонятельной функций использовался профессиональный «Набор пахучих веществ ольфактометрический» компании «РАМОРА». Для определения степени выраженности негативной симптоматики использовалась Шкала оценки негативной симптоматики (Scale for the Assessment of Negative Symptoms), для исследования показателей памяти применялась методика «Заучивание десять слов А.Р. Лурия). Для определения гедонистической оценки и интенсивности одорантов применялась визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Для статистического анализа использовался программный пакет IBM SPSS 26.

Результаты и их обсуждение

По однофакторному дисперсионному анализу выявляются статистически значимые различия в идентификации запахов как минимум в двух испытуемых группах ($F(2,191)=[12,736]$, $p<0,001$. По результатам поправки Бонферонни было выявлено, что среднее значение уровня распознавания запахов значительно различается в группе пациентов с шизофренией по сравнению с контрольной группой респондентов ($p<0,001$). Способность к распознаванию запахов между пациентами с депрессией и контрольной группой респондентов значимо не различается ($p>0,05$), что подтверждает предыдущие исследования (Атанасова Б, 2008).

При исследовании взаимосвязи показателей уровня распознавания запахов с показателями степени выраженности негативной симптоматики в группе пациентов с заболеваниями шизофренического спектра было выявлено, что чем выше уровень негативной симптоматики, тем ниже уровень распознавания запахов ($r=-0,27$, $p=0,03$). Преимущественно отмечаются значимые связи по шкалам «уплощение аффекта» ($r=-0,48$, $p=0,001$); «нарушения речи» ($r=-0,26$, $p=0,04$); «ангедония-асоциальность» ($r=-0,32$, $p=0,013$); «внимание» ($r=-0,5$, $p=0,001$). Также отмечается взаимосвязь показателей памяти с уровнем распознавания одорантов. Чем выше уровень распознавания запахов, тем ниже показатели отсроченного воспроизведения ($r=-0,56$, $p<0,001$). Полученные результаты подтверждают данные предыдущих исследований, где отмечалась взаимосвязь нарушений обоняния с наличием дефицитарной симптоматики у пациентов с заболеваниями шизофренического спектра (Кэмэт В. 2021, Турецкий Б, 2008) Данные наблюдения могут свидетельствовать о том, что показатели ольфакторной функции являются «биомаркерами» для изучения ранних симптомов психического расстройства.

При исследовании субъективной оценки интенсивности запахов, были выявлены значимые различия в трех испытуемых группах. Отмечается, что общий уровень субъективной оценки интенсивности в группе пациентов с шизофренией значительно ниже по сравнению с контрольной группой и группой пациентов с депрессивными расстройствами ($F(2,195)=[11,970]$, $p=0,003$. Также отмечается, что общий уровень субъективной оценки интенсивности взаимосвязан со степенью выраженности негативной симптоматики у пациентов. Чем выше уровень оценки интенсивности, тем ниже общий уровень проявления негативных симптомов ($r=-0,23$, $p=0,011$). Полученные наблюдения могут свидетельствовать о наличии нарушений абсолютного порога чувствительности у пациентов с шизофренией. Значимых различий в трех группах испытуемых по субъективной гедонистической оценке запахов выявлено не было. Полученные результаты в дальнейшем нуждаются в подробном изучении.

Выводы: У пациентов с заболеванием шизофренического спектра выявляется снижение уровня способности к распознаванию запахов по сравнению с группой пациентов с депрессивными расстройствами и у лиц, не страдающих психическими расстройствами;

Способность к распознаванию запахов взаимосвязана с нарастанием негативной симптоматики и показателями мнестической деятельности у пациентов с шизофренией;

Выявляются специфические различия в субъективной оценке интенсивности запахов в трех испытуемых группах. В группе пациентов, страдающих заболеваниями шизофренического спектра, данная оценка имеет низкие показатели.

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГКОЙ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Дмитрякова А.А., Хяникяйнен И.В.

Медицинский институт Петрозаводского государственного университета

Петрозаводск

COPING STRATEGIES IN ELDERLY PATIENTS WITH MILD VASCULAR DEMENTIA, WHO HAVE SUFFERED A NEW CORONAVIRUS INFECTION

Dmitryakova A.A., Hyanikyaynen I.V.

Актуальность. Внимание к физиологическим и психологическим последствиям перенесенной новой коронавирусной инфекции (НКВИ) способно улучшить состояние здоровья и качество жизни пожилых людей, проживающих в психоневрологических интернатах и страдающих легкой сосудистой деменцией (ЛСД). Помимо страха за свое здоровье, данная категория граждан испытывает негативное влияние социальной изоляции, усугубленной противоэпидемическими мероприятиями. Для понимания механизмов их психологической адаптации к когнитивному дефициту в условиях пандемии НКВИ актуализируется изучение копинг-стратегий, направленных на поддержание баланса между требованиями стрессовой ситуации и внутренними ресурсами личности.

Цель работы: сравнить копинг-стратегии у пожилых пациентов с ЛСД, перенесших и не перенесших НКВИ.

Материалы и методы: Исследовали пожилых пациентов с ЛСД, проживающих в условиях социального дома «Северное Измайлово» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы (n=132; 67 мужчин, 65 женщин; средний возраст 73,05±3,48). Выделили 2 группы сравнения: лица с давностью клинического дебюта НКВИ 6±1 мес. с исходом в выздоровление (n=65; 33 мужчины, 32 женщины); и не перенесшие НКВИ (группа госпитального контроля) (n=67; 34 мужчины, 33 женщины). Половозрастной состав сравниваемых групп был однороден (p>0,05). Критерием отбора больных явилось наличие клинической картины ЛСД (по диагностическим критериям МКБ-10). Копинг-стратегии исследовались с помощью копинг-теста (Р. Лазарус, С. Фолкман, 1988, адаптирован Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой, 2004). Обработка данных выполнялась с помощью статистического пакета Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. При проведении теста Р. Лазаруса выявили отсутствие гендерной специфики копинг-стратегий в изучаемых группах (p>0,05). Но их стратификация была неоднородной: «конфронтация» 38,38±20,92 / 37,14±20,38 (p=0,77); «дистанцирование» 43,83±15,48 / 39,72±13,89 (p=0,11); «самоконтроль» 39,98±17,95 / 46,43±15,30 (p=0,03); «поиск социальной поддержки» 44,89±15,59 / 45,69±17,27 (p=0,73); «принятие ответственности» 33,98±12,70 / 26,87±16,08

($p=0,01$); «бегство-избегание» $33,52\pm 17,88$ / $41,98\pm 15,99$ ($p=0,01$); «планирование решения» $27,62\pm 14,73$ / $45,94\pm 18,29$ ($p=0,01$); «положительная переоценка» $40,00\pm 19,72$ / $32,97\pm 12,16$ ($p=0,04$) баллов у пожилых лиц с ЛСД, перенесших / не перенесших НКВИ соответственно. Таким образом, НКВИ у пожилых пациентов с ЛСД модифицирует репертуар копинг-стратегий в сторону более «пассивных» («положительная переоценка», «принятие ответственности»; за счёт, вероятно, усиления соматогенной астении вследствие нейротропности вируса SARS-CoV-2). Пожилые больные с ЛСД, не перенесшие НКВИ, чаще используют более «активные» копинг-стратегии («бегство-избегание», «самоконтроль», «планирование решения проблем»). Указанные механизмы у пожилых лиц обеспечивают временную психологическую адаптацию к ЛСД, в зависимости от ассоциированности с НКВИ. Выводы. Ведущие копинг-стратегии у перенесших НКВИ пациентов пожилого возраста с ЛСД – «положительная самооценка» и «принятие ответственности»; у не перенесших НКВИ – «самоконтроль», «бегство-избегание», «планирование»; без гендерной специфики. Выявленные аспекты психологической адаптации могут учитываться в программах психолого-психотерапевтической коррекции у пожилых лиц с ЛСД в условиях пандемии НКВИ.

ПРЕОДОЛЕНИЕ ОДНОСТОРОННЕЙ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ АГНОЗИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В ПРАВОЙ ГЕМИСФЕРЕ.

Загайнова А.Ю., Кузюкова А.А.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр
реабилитации и курортологии" Минздрава России
Москва

**OVERCOMING UNILATERAL SPATIAL AGNOSIA IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE IN
THE RIGHT HEMISPHERE
Zagaynova A.Yu., Kuzyukova A.A.**

Известно, что около 25–30% всех пациентов, перенесших инсульт, демонстрируют неглект синдром, проявляющийся в нарушении или потере осознания событий и стимулов, расположенных на стороне, противоположной поражению в головном мозге. Односторонняя пространственная агнозия (ОПА) встречается более чем у 40% пациентов с поражением правого полушария и вызвана поражением лобно-теменной коры и подкорковых структур. Неглект синдром связан с более медленным и ослабленным восстановлением сенсомоторных нарушений, ограничивает эффективность реабилитационных вмешательств и негативным образом отражается на повседневной деятельности. Более 60% пациентов остаются с данным видом нарушения после окончания реабилитации. Разработка эффективных методик преодоления неглект синдрома для улучшения эффективности реабилитации и повышения адаптации пациента к социально-бытовой деятельности является важной задачей.

На базе ЛРКЦ-«Юдино» филиала ФГБУ НМИЦ РК» Минздрава РФ для преодоления неглект синдрома успешно используется комплексный метод, включающий в себя классическую и модернизированную нейропсихологическую реабилитацию. Поступающие на реабилитацию пациенты с ОНМК предварительно проходили нейропсихологическое обследование, направленное на оценку актуального статуса высших психических функций, По результатам диагностики у всех пациентов была выявлена односторонняя пространственная агнозия, при которой отмечались нарушения в разных модальностях: нарушение зрительного восприятия в виде игнорирования или невнимания к левой части пространства, неверным

направлением сканирования зрительной информации; нарушение тактильного восприятия - в виде тактильного невнимания в пробе Тойбера (пациенты различали прикосновения отдельно на каждой руке, и игнорировали на левой стороне, при одновременном их нанесении); апрактоагностический синдром - в виде игнорирования левой части тела; нарушение целостной психической деятельности - в виде анозогнозии.

Нейропсихологические сеансы проходили в два этапа и включали в себя индивидуальные нейропсихологические процедуры с применением классических (сенсомоторного и когнитивного) методов, которые дополнялись компьютерными когнитивными тренингами. Нейропсихологическая реабилитация на сенсомоторном уровне проводилась с применением методов психостимулотерапия, базальная стимуляция, а также глазодвигательные упражнения адаптированные М.И. Каменецкой. Основными задачами работы на данном уровне являются повышение восприятия и осознания границ собственного тела, положения тела в пространстве, восприятие и различение отдельных частей тела. Применялись различные варианты сенсорной (соматической) стимуляции, предъявляемые с двух сторон поочередно, в виде пассивного раздражения, осуществляемого посредством прикасаний или вибрационной стимуляции, воздействующих на тактильную и проприоцептивную чувствительность. Поскольку функциональный дефицит у больных с неглект синдромом отмечается в регуляторном звене, оптико-пространственном анализе и синтезе, то в рамках когнитивной (познавательной) реабилитации используются такие приемы как: собирание произвольно расположенных на столе перед пациентом предметов; копирование различных по сложности рисунков; корректурные пробы; последовательный поиск чисел; сравнение сходных картинок; собирание разрезанных на несколько частей образов. Дополнительно к индивидуальным занятиям с нейропсихологом пациентам назначались тренировки на компьютерной системе нейрореабилитации, состоящие из повторяющихся упражнений различных уровней сложности с адаптацией тренировочных задач, к каждому пациенту по степеням сложности. Для преодоления ОПА применялись программы, направленные на: преодоление нарушений поля зрения (синдрома зрительного игнорирования); восстановление зрительно-пространственной функции; восстановление свойств произвольного внимания.

Для преодоления нарушений поля зрения (левостороннего зрительного игнорирования) применялись тренинги «саккады» и «эксплорация». В «саккадах» пациенту требовалось смотреть в центр экрана, на солнце, предъявляемое на линии горизонта. После короткого звукового сигнала, около солнца, справа или слева появляется стимул. Пациенту необходимо было отсканировать линию горизонта вправо и влево, чтобы определить местонахождение объекта от центральной точки, а затем как можно быстрее нажать на соответствующую направлению расположения стимула кнопку. По мере прохождения заданий уровень сложности увеличивался и предметы появлялись уже не на линии горизонта и не на одинаковой удаленности от центрального объекта. В тренинге «Эксплорация» перед пациентом на экране появлялся стимул, на который в дальнейшем он должен реагировать и который необходимо запомнить. Затем на экране появлялась окружность, которая передвигалась по стимулам, как только заданный объект оказывался внутри окружности необходимо было отреагировать нажатием кнопки. Восстановление зрительно-пространственной функции осуществлялось при помощи программ «пространственное воображение» и «зрительно-конструктивные навыки». В первом случае на экране появлялся ряд из трех и более фигур (количество зависит от уровня сложности) и еще одна в стороне справа. Среди

картинок необходимо было выбрать такую же, как изображена справа в стороне. Важно, что только одна фигура из ряда абсолютно совпадала с той, которая стоит в стороне, но представленное ее расположение отличалось. В тренинге «зрительно-конструктивные навыки» пациенту требовалось сложить картинку-головоломку из частей.

Для восстановления регуляторного компонента психической деятельности использовалась тренировка «скорость и правильность реагирования», в которой перед пациентом появлялись стимулы и необходимо было как можно быстрее нажимать кнопку, строго соответствующую нужному стимулу. Учитывалась правильность и время реагирования.

Индивидуальные нейропсихологические процедуры проводились в количестве не менее 5, продолжительностью 30 минут, компьютерные тренинги от 8 до 10 сеансов по 30 минут каждый.

На фоне проводимых описанных выше нейрореабилитационных мероприятий в состоянии большинства пациентов, отмечалась положительная динамика в виде снижения выраженности неглект синдрома, улучшения протекания когнитивной деятельности, повышения критических способностей, стабилизации эмоционального фона. Ориентируясь на данные предыдущих работ о том, что процент возникновения левостороннего игнорирования достаточно велик, а также на тот факт, что более чем у 50% больных данное нарушение сохраняется после процесса реабилитации, разработанный нами комплексный подход реабилитации пациентов с неглект синдромом является весьма перспективным и может оказать существенную помощь в преодолении ОПА. Комбинированное использование классических и модернизированных нейропсихиатрических методик оказывает взаимопотенцирующий эффект, повышающий результаты реабилитации пациентов с ОПА.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ОЦЕНКА НЕЙРОКОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ И ИММУННОГО СТАТУСА БЛИЗНЕЦОВ, ЗАЧАТЫХ С ПОМОЩЬЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

**Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Суркова К.Л., Строгова С.Е., Зозуля С.А.,
Зверева М.В., Балакирева Е.Е.**

ФГБНУ "Научный центр психического здоровья"

Москва

MULTIDISCIPLINARY ASSESSMENT OF NEUROCOGNITIVE DEVELOPMENT AND IMMUNE STATUS OF TWINS CONCEIVED USING ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY

**Zvereva N.V., Sergienko A.A., Surkova K.L., Strogova S.E.,
Zozulia S.A., Zvereva M.V., Balakireva E.E.**

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), как одна из современных процедур вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), в последние годы становится все более распространенным. Ежегодно рождается до 25 тысяч детей зачатых с помощью ВРТ. Проводится много исследований особенностей развития таких детей, преимущественные направления исследований – раннее психофизическое и речевое развитие. Работ, посвященных «выросшим» детям ЭКО, крайне мало, мультидисциплинарные исследования встречаются еще реже, а исследование иммунного статуса таких детей проводится практически впервые. В современной научной литературе содержатся противоречивые данные о постнатальных нарушениях психомоторного, когнитивного, речевого и эмоционального развития таких детей. Есть исследования, касающиеся факторов риска, связанных с многоплодной беременностью в ситуации применения ЭКО, поскольку в первые десятилетия

использования процедур ЭКО в рамках ВРТ осуществлялись подсадки преимущественно нескольких эмбрионов.

В многоплодной беременности дети чаще рождаются с меньшим весом, на более ранних сроках гестации, нередко с помощью кесарева сечения – все эти факторы относятся к группе рисков для последующего развития здорового ребенка. Известно, что среди близнецовых пар и троен встречаются случаи отклонения в психофизическом развитии, наряду с нормативными вариантами. Подобное можно ожидать и в оценке детей, зачатых с помощью ЭКО. С другой стороны, в практике диагностики близнецов, зачатых с помощью ВРТ, в клинике детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ Н.В.Симашкова выявляла несколько случаев болезни одного ребенка из пары (расстройства аутистического спектра) при успешном и даже очень успешном развитии другого ребенка из пары.

При планировании данного исследования – мультидисциплинарного изучения когнитивного и эмоционально-личностного развития детей, зачатых с помощью ВРТ, было обращено внимание на все случаи полиплодной беременности. В качестве основного поставлен вопрос – каковы базовые характеристики нейрокогнитивного и речевого развития у близнецов, если анализировать нейропсихологические факторы, показатели IQ, отдельную задачу составила оценка иммунного воспаления. Работа выполнена в рамках научной тематики ФГБНУ НЦПЗ. Из всей выборки исследованных детей-ЭКО (более 80 человек) мы анализируем в этой публикации только детей, родившихся в двойнях и в тройнях.

Цель исследования: выявить параметры нейрокогнитивного развития и оценить показатели иммунного статуса (по данным нейроиммунотеста) у близнецов, зачатых с помощью ВРТ.

Материалы и методы. В исследование участвовали 13 двоен и 2 тройни близнецов, зачатых с помощью ВРТ (всего 34 ребенка, из них 29 мальчиков, возраст от 3 до 11,5 лет).

Количество подсадок до успешной беременности: от 1 до 2 – 16 детей, от 3 до 4 – 12 детей, от 5 до 6 – 4 ребенка, 10 подсадок – 3 ребенка (одна тройня). Вес при рождении: свыше 2,5 кг (норма) – 16 детей; 2-2,5 кг – 10 детей; от 1,5 до 2 кг – 4 ребенка; от 1 кг до 1,5 кг – 4 ребенка.

Клинический статус: 14 из всех детей близнецов имеют неврологическую отягощенность в анамнезе; у 5 детей установлен психиатрический диагноз.

Методы исследования: нейрокогнитивный статус оценивался с помощью общей нейропсихологической диагностики и теста Векслера, нейроиммунотест применялся для оценки иммунного статуса (наличие/отсутствие нейровоспаления).

Результаты. Сопоставление близнецов внутри пар и троен показало, что в большинстве случаев имеются различия по нейрокогнитивным параметрам (у одного лучше у другого хуже в близнецовой паре) обобщенного нейропсихологического показателя – 8 двоен и 2 тройни; без значительной разницы – 2 двойни (одинаково хорошо сформированные факторы), 2 двойни (одинаково плохо сформированные факторы). Выявлена зависимость общего показателя сформированности нейропсихологических факторов от веса при рождении с градиентом ухудшения, чем меньше вес, тем хуже общий показатель функциональной сформированности оцениваемых факторов. Выделены нейропсихологические факторы с наибольшими различиями между близнецами в паре. На первом месте пространственный фактор, на втором, фактор контроля и программирования собственных действий, третье место делят энергетический фактор (функциональная несостоятельность дизэнцефальных структур) и фактор межполушарного взаимодействия.

Общее речевое развитие чаще всего встречалось с темповой задержкой у детей возрастом от трех до восьми лет. У 9 детей была диагностирована дизартрическая симптоматика, разной степени выраженности, от легких проявлений (чаще всего скомпенсированных логопедической коррекционной работой) до невнятной, малопонятной речи. Недоразвитие экспрессивной речи по типу алалии, было выявлено у троих детей. Дислалия наблюдалась у двоих детей возрастом 6 и 8 лет. Нормативное речевое развитие отмечалось у 12 человек. В процессе сбора анамнеза, было установлено, что у 16 детей (около половины) была диагностирована задержка речевого развития в возрасте до 3-х лет.

Оценка по IQ (тест Векслера) показала, что по всей группе имеет место широкий разброс IQ от 67 до 137, от уровня дефекта (один ребенок с пограничным уровнем) до очень высокого. В большинстве случаев отсутствует диссоциация показателей интеллекта, ВИП=НИП 16 (1 тройня и у всех IQ на среднем уровне), у 8 человек есть перевес в ту или иную сторону (ВИП>НИП 3, ВИП<НИП 5 (2 ребенка из тройни, у третьего ВИП=НИП)). При сравнении в близнецовых парах получены следующие результаты: «разница» по ОИП (один лучше, другой хуже более чем на 10 баллов) – 8 близнецовых пар (1 тройня и 7 двоен); одинаковый показатель ОИП (разница менее чем 10 баллов) – 3 близнецовые пары (1 тройня и 2 двойни). Дети с психической патологией, как правило, имели более низкий уровень интеллекта. Важно, что снижение показателя ОИП ниже 75 баллов сочетается с высоким общим усредненным показателем нарушений по данным нейропсихологической диагностики.

Нейроиммунный статус определялся с помощью нейроиммунотеста. Предварительный анализ позволил выявить четыре различных иммунологических профиля анализируемых показателей, характеризующие различную интенсивность воспалительного процесса (от нормы до выраженного воспаления). В целом по группе отмечается значительная вариабельность значений воспалительных маркеров, выходящих за пределы контрольного диапазона. Более 50% обследованных (7 пар двоен) имели незначительный, а примерно 20% детей – умеренный уровень активации воспалительных реакций по сравнению с контролем ($p<0,05$). Выраженное воспаление у обоих детей-близнецов в одной паре не встречалось ни разу, хотя были случаи совпадения близнецов по наличию умеренного или незначительного уровня воспаления в 2-х парах близнецов. Варианты выраженного воспаления сочетались со значительной функциональной несформированностью как корковых, так и, в первую очередь, подкорковых структур, определяемой с помощью нейропсихологической диагностики.

Резюме. Проведенный комплексный анализ данных нейрокогнитивного и нейроиммунологического статуса детей-близнецов, зачатых с помощью ВРТ, показывает, что, с одной стороны, имеется разнообразие по всем оцениваемым направлениям. С другой стороны, есть данные о сочетании параметров нейроиммунологической и нейропсихологической, нейрокогнитивной оценки. Поскольку исследование является одним из первых в этом направлении, то необходимо выделить важные цели для будущей работы: сопоставить детей-близнецов с естественным зачатием с изучаемой группой детей-ЭКО, более подробно проанализировать факторы риска, провести интегративную оценку изучаемых показателей, включая факторы пола детей, возраста родителей, наличия психоневрологической патологии и др., подобрать процедуры математической оценки полученных данных, расширить количественный состав выборки, проанализировать возрастные различия.

**АКТУАЛЬНЫЕ ЖИЗНЕННЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПАВ,
НАХОДЯЩИХСЯ НА ПЕРВЫХ ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ В УСЛОВИЯХ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Ипатова К.А., Исаева Е.Р.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

Санкт-Петербург

**CURRENT LIFE EXPERIENCES OF SUBSTANCE USERS IN THE EARLY STAGES OF
THERAPEUTIC REMISSION IN MEDICAL REHABILITATION**

Ipatova K.A., Isaeva E.R.

Введение. Многочисленные исследования психологических особенностей потребителей психоактивных веществ (далее-ПАВ) отмечают существенную роль в регуляции поведения таких личностных особенностей как мотивация, ценностные и смысловые ориентации, восприятие различных сторон жизни (Карпова Э.Б., Кипнис А.В., Кузнецова Л.В., 2020). Деформация личностного потенциала, ценностных ориентаций, эмоционально-волевой сферы характеризуется выраженной негативной динамикой в связи с длительностью потребления ПАВ, поэтому для эффективной реабилитации рекомендуется проводить работу над осмыслением прошлого и созданием конструктивного образа будущего (Иванова А. В., 2020). В зарубежных исследованиях было показано, что предиктором устойчивой ремиссии является восприятие потребителем ПАВ своей жизни и убеждения, связанные с самим собой и окружающими людьми, которые во многом определяют эмоциональное благополучие и социальную адаптацию после прохождения лечебно-восстановительных программ (Smith J.W., Frawley P.J., 1993; Saitz R., Samet J., 2012). В настоящее время в отечественной наркологии получила широкое распространение практика назначения судом прохождения медицинской и социальной реабилитации потребителям ПАВ, совершившим преступления в области незаконного оборота наркотических веществ, согласно ст. 228 УК РФ. Мотивация на отказ от потребления ПАВ у лиц, кому судом назначена медицинская реабилитация часто носит вынужденный характер, актуализирует тревожность, социальную фрустрированность, ощущение психологического неблагополучия, неудовлетворенность своим положением в обществе и социально-экономическим статусом, отношениями в семье и качеством жизни в целом. Цель исследования – изучение актуальных жизненных переживаний потребителей ПАВ, находящихся на первых этапах терапевтической ремиссии в условиях медицинской реабилитации добровольно и по решению суда.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 120 потребителей ПАВ, находящихся в Отделении медицинской реабилитации № 1 СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница». Среди обследованных пациентов – 90 мужчин (75%) и 30 женщин (25%). Возраст обследуемых – от 20 до 57 лет. Средний возраст обследованных лиц составил 33 года ($M = 33,67$; $\sigma = 7,64$). Группу 1 ($n=50$) составили пациенты, проходящие реабилитацию добровольно. Группу 2 составили пациенты, проходящие реабилитацию по решению суда ($n=70$). В качестве психодиагностических методов выступали: 1) Интегративный тест тревожности (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., 2003); 2) Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана (модификация В.В. Бойко, 2004); 3) Анкеты самоотчетов участников специально организованных психотерапевтических групп, в которых анализировались следующие параметры: субъективная оценка занятия и значимость обсуждаемой проблемы, важность мнения участников.

Математический анализ проводился с помощью статистического пакета SPSS 20.0, применялись методы частотного анализа, описательной статистики, критерий нормальности распределения Колмогорова-Смирнова, сравнительный анализ с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Статистически значимых различий по выраженности тревоги-тревожности в группах потребителей ПАВ, проходящих реабилитацию добровольно и по решению суда не обнаружено. Показатели всех шкал укладываются в диапазон от умеренно до сильно выраженной реактивной тревоги и личностной тревожности. Обнаружены различия в группах по шкале «Астенический компонент тревожности», где средние показатели выше в группе проходящих реабилитацию добровольно, что подтверждается уровнем статистической значимости (хср Гр.1= 6,62±2,12 хср Гр.2 = 5,47±2,47 p=0,009). Выраженность социальной фрустрированности в группах укладывается в диапазон умеренной выраженности (х ср Гр.1=2,49±0,73 х срГр.2=2,45±0,86 p=0,773), что вероятно является следствием реальной социальной ситуации, связанной с употреблением ПАВ и носит личностный характер.

Согласно оценкам участников групповых занятий проходящих реабилитацию добровольно, средняя оценка актуальности обсуждаемых проблем составила 4,51 балл (95% ДИ 4,44-4,58; n=27). Средняя оценка актуальности обсуждаемых проблем в группе пациентов, проходящих реабилитацию по решению суда составила 4,56 балла (95% ДИ 4,48-4,63; n=33). Анализ анкет самоотчетов и оценок значимости обсуждаемых проблем показал, что были получены статистически значимые различия в оценках по четырем обсуждаемым темам. Так, наиболее высокие оценки получили тема «Порядок и хаос в жизни человека. Порядок как фундамент выздоровления», которую мы в последующем определили в смысловую категорию «Свобода и ответственность» (хср Гр.1 =4,0 ±0,82, хср Гр.2=5; p=0,05) и тема «Выход из зоны комфорта как жизненная необходимость или навязанный обществом или кем-то шаг», которую мы в последующем определили в смысловую категорию «Выбор и решительность» (хсрГр.1=4,40±0,55, хсрГр.2=5,00; p=0,024). Наблюдались статистически значимые различия по субъективной оценке темы «Что тормозит в самореализации, достижению целей и реализации планов», где наблюдалась меньшая значимость данной темы у пациентов, проходящих реабилитацию по решению суда (хср Гр.1=4,67±0,52 хср Гр.2=3,63±1,06; p=0,048), а также тема «Страх менять свою жизнь. Роль страха в моей нынешней жизни», где субъективная оценка темы ниже в группе пациентов, проходящих реабилитацию добровольно (хср Гр.1= 3,83±0,75, хср Гр.2 =4,58±0,60 p=0,021) которые были также отнесены к смысловой категории «Выбор и решительность». Участники отмечают близость обсуждаемых на групповых занятиях проблем, более высокие показатели в группе потребителей ПАВ, проходящих реабилитацию добровольно- 87,1 %, а также близость обсуждаемых проблем отмечали 86,8% участников группы потребителей ПАВ проходящих реабилитацию по решению суда.

Согласно субъективной оценке пользы присутствующих при обсуждении проблем отмечается, что для пациентов, проходящих реабилитацию добровольно наиболее значимым было мнение всех участников группы (40,0%), либо мнение и участие только пациентов (33,8%), либо мнение и участие только специалистов (24,1%). В группе потребителей ПАВ, проходящих реабилитацию по решению суда субъективная оценка значимости мнения всех участников несколько выше, и составила 47,0%. 35,7% участников группы отмечали наиболее значимым при обсуждении проблем мнение пациентов, и только 13,7 % участников посчитали наиболее значимым при обсуждении проблем мнение специалистов.

Выводы. У потребителей ПАВ на первых этапах медицинской реабилитации наблюдается высокий уровень личностной тревожности, уязвимость психической сферы, астенические состояния, проявления тревоги в сфере социальных контактов. На первых этапах терапевтической ремиссии наблюдаются различия в актуальных переживаниях, связанных с проблемами осмысленности и управляемости, удовлетворенностью жизнью и самооценкой. У потребителей ПАВ, проходящих реабилитацию добровольно субъективная оценка и интерес к обсуждаемым темам, связанным с проблемами осмысленности, контроля, выбора в жизни менее выражен, чем в группе проходящих реабилитацию по решению суда. Полученные в исследовании результаты позволяют наметить мишени для дальнейшей психокоррекционной работы с потребителями ПАВ, проходящими реабилитацию добровольно и по решению суда, а также могут способствовать разработке и внедрению новых форм и методов групповой работы, направленных на формирование жизненных смыслов и жизнестойкости, которые возможно рассматривать как ресурс для продления ремиссии.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К СИМУЛЯЦИОННОМУ ОБУЧЕНИЮ

**Исурина Г.Л., Грандилевская И.В., Короткова И.С.,
Клейман Е.О., Тарарыкова В.О.**

СПбГУ

Санкт-Петербург

STUDY OF FACTORS OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF MEDICAL STUDENTS TO SIMULATION TRAINING

Isurina G.L., Grandilevskaya I.V., Korotkova I.S., Kleiman E.O., Tararykova V.O.

Исследование выполнено при поддержке гранта Российского научного фонда (проект № 23-25-00159).

За последние десятилетия симуляционное обучение получает все большее распространение в системе медицинского образования в России. С момента образования в 2012 году Российского общества симуляционного обучения в медицине (РОСОМЕД) аккредитованы более 30 симуляционных центров и более 55 используются в процессе обучения будущих врачей, последипломного обучения, проведения сертификации и аттестации, выполнения научных исследований, испытаний медицинской техники и технологий без риска для пациентов.

В основе симуляционного обучения используется моделирование систем человеческого организма, а также ситуации межпрофессионального взаимодействия с разной степенью реалистичности для тренировки практических и коммуникативных навыков с целью формирования профессиональной компетенции врачей (Lane J. L., Slavin S., Ziv A., 2001). Симуляционное обучение занимает важное место в системе подготовки специалистов самого различного профиля (летчиков, водителей, оператор и пр.). Однако в этих областях обучающийся, как в процессе обучения, так и в своей реальной деятельности взаимодействует по сути с одним и тем же техническим объектом. При подготовке медицинских работников симуляционная ситуация и реальность различаются кардинально: в симуляционной ситуации – взаимодействие с техническим объектом, в реальности – с живым человеком со своими индивидуальными особенностями и эмоциональными реакциями. В этом контексте симуляционная ситуация в медицине характеризуется низкой реалистичностью, что в сочетании с постоянной оценочной обратной связью и отсутствием реального взаимодействия между врачом и пациентом создают у

обучающихся напряжение и требуют формирования новых установок в связи с обучением и иных способов адаптации к ситуации.

Важной частью медицинского образования с использованием высокотехнологичных тренажеров является перенос полученных навыков в реальный диагностический и лечебный процесс при работе с реальным пациентом. Успешность как приобретения, так и генерализации навыков во многом обусловлена хорошим уровнем адаптации студентов к этому виду обучения. Анализ литературы, результатов пилотажного исследования и собственного опыта взаимодействия со студентами в условиях Симуляционного Центра показывает, что на процесс адаптации оказывают влияние социально-психологические, индивидуально-психологические (эмоционально-аффективные, мотивационно-поведенческие, личностно-характерологические) особенности обучающихся, а также характеристики межличностного взаимодействия. Совокупность данных характеристик определяет когнитивную репрезентацию ситуации симуляционного обучения студентами медицинских факультетов (Lazarus R. S., Smith C. A., 1988; Folkman S., Lazarus R. S., Dunkel-Schetter Ch., DeLongis A., Gruen R. J., 1986; Абабков В.А., Перре М., 2004). Изучение факторов адаптации студентов-медиков к новой ситуации обучения будет способствовать повышению его эффективности.

Запланированное исследование направлено на изучение особенностей и специфики ситуации обучения студентов-медиков при использовании симуляционных технологий; выявление наиболее значимых для обучающихся психологических проблем, возникающих в процессе использования симуляционных технологий; уровня осведомленности студентов о специфике обучения, установок, отношений и мотивации к новому виду обучения; ситуативных, личностных и межличностных факторов адаптации/дезадаптации в условиях обучения с использованием симуляционных технологий; а также на динамическую оценку (в начале и конце обучения) выраженности факторов адаптации/дезадаптации в процессе обучения в сопоставлении с объективными показателями успешности обучения. С помощью клинико-психологических, социально-психологических и психометрических методов будут выявлены психологические факторы дезадаптации и прослежены их изменения в процессе обучения, а также взаимосвязь успешности обучения с изученными характеристиками.

В настоящее время проведено пилотное исследование уровня адаптации студентов-медиков к обучению с использованием симуляционных технологий, а также знаний студентов об особенностях этого обучения, отношения к нему и выявление стрессогенных факторов. Результаты исследования уровня адаптации показали, что студенты-медики имеют много проблем психологического характера: более 80% студентов-медиков характеризуются низким и удовлетворительным уровнем адаптации (около 20% - нормальным и высоким), тенденцией к негативному отношению к себе, высокой критичностью, сниженным энергетическим потенциалом, повышенной утомляемостью, переживанием эмоционального неблагополучия. Высокие значения по показателям «Нервно-психическая устойчивость», «Личностный адаптивный потенциал», «Коммуникативные способности», «Моральная нормативность» обнаруживают до 15% респондентов. Исследование доминирующего эмоционального состояния показало, что для изученной группы характерно ощущение вялости, утомленности, сниженной работоспособности. Полученные результаты о высоких показателях эмоционального возбуждения свидетельствуют о наличии напряжения и нервозности. При этом показатели активации, физического самочувствия и тревоги находятся в диапазоне нормативных значений.

Выявление уровня знаний студентов об особенностях симуляционного обучения, отношения к нему, ожиданий, а также выявление стрессогенных факторов осуществлялось с помощью метода фокусных групп с последующим качественным контент-анализом их материалов. Выявлено, что ожидания студентов являются вполне адекватными (основным достоинством этого вида обучения они рассматривают возможность отработать навыки, а самым недостатком – несоответствие реальной практике). Анализ материалов фокусных групп позволил выделить 5 блоков стрессогенных факторов, нарушающих адаптацию: Симуляционная реальность, Особенности процесса обучения, Особенности программы обучения, Организация работы центра и Установки и убеждения обучающихся. Наиболее значимым стрессогенным фактором является собственно Симуляционная реальность, которая с точки зрения обучающихся характеризуется отсутствием ощущения реальности и ответственности при взаимодействии с тренажером, непривычно жестким характером обратной связи на допускаемые ошибки, страхом испортить дорогостоящее оборудование; необходимостью «быть актером». В дальнейшем планируется расширение информации об особенностях когнитивной репрезентации каждого из блоков в сопоставлении с индивидуально-психологическими особенностями студентов для более точного представления о природе и содержании стрессогенности каждого из факторов. Результаты исследования позволяют сделать вывод о необходимости более углубленного изучения психологических факторов адаптации/дезадаптации студентов-медиков к обучению с использованием высокотехнологичных тренажеров, что позволит разработать основные направления психологического сопровождения образовательного процесса и психологической помощи студентам-медикам в процессе обучения с помощью симуляционных технологий, а также совершенствовать систему обучения за счет включения в программу психологических тренингов, направленных, с одной стороны, на более точную когнитивную репрезентацию симуляционной реальности, а, с другой – на развития навыком межличностного взаимодействия с реальными пациентами. Исследование выполнено при поддержке гранта Российского научного фонда (проект № 23-25-00159).

СОЗДАНИЕ ПОЛИГЕННОЙ МОДЕЛИ РИСКА РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНЫХ ПРОБЛЕМ В ПЕРИОДЕ РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ С УЧЕТОМ ПОСТКОВИДНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

**Казанцева А.В., Еникеева Р.Ф., Тахирова З.Р., Давыдова Ю.Д.,
Мустафин Р.Н., Яковлева Д.В., Косарева А.Р., Михайлова А.В.,
Морозова В.Э., Ковас Ю.В., Хуснутдинова Э.К.**

Институт биохимии и генетики УФИЦ РАН

ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий»

ФГБУ ВО «Уфимский государственный нефтяной технический университет»

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Уфа

**POLYGENIC RISK MODEL OF COGNITIVE PROBLEMS IN EARLY ADULTHOOD
CONSIDERING POST-COVID-19 COMPLICATIONS**

**Kazantseva A.V., Enikeeva R.F., Takhirova Z.R., Davydova Yu.D., Mustafin R.N., Yakovleva
D.V., Kosareva A.R., Mikhailova A.V., Morozova V.E., Kovas Yu.V., Khusnutdinova E.K.**

К настоящему времени проведено большое количество полногеномных анализов ассоциаций (GWAS) и их мета-анализов, направленных на идентификацию генетических локусов, связанных с развитием когнитивных нарушений, включая

развитие болезни Альцгеймера с поздним манифестом в европейских популяциях (Kunkle et al., 2019; Jansen et al., 2022; Bellenguez et al., 2022). В последнее время особую популярность приобретает создание предиктивных математических моделей, основанных на оценке полигенного риска (polygenic risk score, PRS). В частности, были продемонстрированы PRS модели для предикции когнитивных характеристик, (Demontis et al., 2023), основанные на показателях для ряда психических заболеваний (включая депрессию, биполярное расстройство и др.). С другой стороны, существенную роль в формировании проблем психического здоровья играет наличие перенесенной острой коронавирусной инфекции (COVID-19) и сопутствующих неврологических осложнений (Zawilska et al., 2022). В этой связи актуальным представляется репликативный анализ ассоциаций GWAS-локусов, связанных с развитием когнитивного дефицита в зрелом возрасте, с манифестацией нарушений внимания и памяти в периоде ранней взрослости у индивидов из РФ с учетом перенесенной COVID-19.

Целью настоящего исследования являлось проведение репликативного анализа GWAS-значимых полиморфных локусов генов ApoE, CR1, BIN1, HLA-DRB1, EPHA1, PTK2B, CLU, MS4A2, PICALM, SORL1, FERMIT2, SLC24A4, IQCK, ACE, ADAMTS1, включая оценку их основного эффекта, на манифестацию когнитивных проблем у психически здоровых индивидов из РФ с учетом наличия неврологической симптоматики во время перенесенного COVID-19 и в постковидном периоде. Кроме того, данная работа направлена на создание предиктивной полигенной модели манифестации когнитивных проблем уже в периоде ранней взрослости на основании идентифицированных статистически значимых генетических вариантов.

В настоящем исследовании приняли участие 336 индивидов, не состоявшие на учёте у психиатра и нарколога (77% женщин, средний возраст: 21.3 ± 1.2 лет) – студенты ВУЗов РФ разной этнической принадлежности (22% русских, 61% татар, 17% индивидов смешанной этнической принадлежности). От всех участников была получена информация о перенесении COVID-19 в анамнезе, наличии сопутствующей неврологической симптоматики во время течения заболевания и в долгосрочном периоде (в течение, как минимум, одного года после выздоровления). От всех участников было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании, одобренном биоэтическим комитетом ИБГ УФИЦ РАН. В качестве диагностического инструмента для оценки проблем когнитивной сферы был использован опросник «The Cognitive Failures Questionnaire» (CFQ, Broadbent et al., 1982), который направлен на оценку когнитивных проблем, связанных с вниманием, памятью и моторными функциями в повседневной жизни. Нами были отобраны генетические локусы (SNP), ассоциированные с наличием когнитивных нарушений (включая болезнь Альцгеймера с поздним началом) в рамках мета-анализа GWAS, проведенного на основании данных европейских популяций (Kunkle et al., 2019), и последующей репликативной работы (Heath et al., 2022). Итоговый список изученных «топовых» локусов был следующий ($p < 10^{-6}$): ApoE rs429358, CR1 rs4844610, BIN1 rs6733839, HLA-DRB1 rs9271058, EPHA1 rs10808026, PTK2B rs73223431, CLU rs9331896, MS4A2 rs7933202, PICALM rs3851179, SORL1 rs11218343, FERMIT2 rs17125924, SLC24A4 rs12881735, IQCK rs7185636, ACE rs138190086, ADAMTS1 rs2830500. Генотипирование 16 SNPs проводилось методом ПЦР в реальном времени с использованием коммерческих наборов (LGC Genomics, UK) на амплификаторе «CFX96» (BioRad, США) с возможностью проведения анализа флуоресценции по конечной точке. Статистическая обработка результатов генотипирования включала анализ ассоциаций каждого из изученных локусов в рамках аддитивной модели (PLINK v.1.9). Для расчета полигенного балла для каждого индивида в математическую модель были включены только SNP с уровнем

статистической значимости ($p < 0.1$). В качестве размера эффекта каждого из включенных генетических вариантов брался показатель отношения шансов (OR) развития когнитивного дефицита согласно Kunkle с соавторами (2019). Для оценки статистически значимого эффекта суммарного полигенного балла и наличия неврологической симптоматики в ковидном и постковидном периодах на манифестацию проблем с вниманием и памятью была проведена серия множественных линейных регрессионных анализов с использованием алгоритма поочередного исключения предикторов (R v.4.1.2).

При анализе выборки респондентов, перенесших COVID-19 ($N = 225$), 80% сообщали о наличии выраженных сопутствующих неврологических нарушений, включая головную боль (15%), проблемы с памятью (2%), anosмию/дизосмию (93%), агевзию/дисгевзию (22%), нарушения сна (3%), депрессивные состояния (3%). Наличие вновь возникших или сохранившихся неврологических нарушений в постковидном периоде включало проблемы с памятью (78%), anosмию/дизосмию (14%), агевзию/дисгевзию (3%), нарушения сна (25%), депрессивные состояния (9%). В результате анализа полиморфных локусов, ранее ассоциированных с развитием когнитивного дефицита в зрелом возрасте, мы подтвердили вовлеченность только rs3851179 в гене PICALM ($\beta = 3.66$, $p = 0.028$ для аллеля T). Полиморфные локусы rs11218343 в гене SORL1 ($\beta = 5.01$, $p = 0.087$ для аллеля C) и rs4844610 в гене CR1 ($\beta = 3.47$, $p = 0.078$ для аллеля C) демонстрировали связь с наличием когнитивных проблем на уровне тенденции. Другие проанализированные генетические локусы не были ассоциированы с уровнем внимания и памяти у лиц периода ранней взрослости. В этой связи полигенный показатель для каждого индивида формировался на основании генетических данных для локусов CR1 rs4844610, PICALM rs3851179, SORL1 rs11218343. Наиболее значимая прогностическая модель манифестации когнитивных проблем ($r^2 = 0.076$, $p = 1.6 \times 10^{-4}$) включала полигенный показатель ($\beta = 19.1$, $p = 0.0013$) и наличие неврологических симптомов в долгосрочном постковидном периоде ($\beta = 6.4$, $p = 0.0088$). Литературные данные указывают на противоположный характер ассоциаций в объединенной когорте индивидов из европейских популяций: в частности, аллель rs3851179*T в гене PICALM, аллель rs11218343*C в гене SORL1 и аллель rs4844610*C в гене CR1 связывают с более низким риском развития болезни Альцгеймера с поздним манифестом (Kunkle et al., 2019; Heath et al., 2022), в то время как в нашей выборке эти аллели, наоборот, демонстрировали связь с ухудшением внимания и памяти у лиц в возрасте 18-25 лет. С другой стороны, в работе Jansen с коллегами (2022) аллель rs4844610*C в гене CR1 ассоциирован с повышенным уровнем белка A β 42 в спинномозговой жидкости лиц с когнитивными нарушениями, что согласуется с результатами нашей группы.

Интересные данные получены в недавнем исследовании (Vasiljevic et al., 2023), в котором полигенный показатель (основанный на таком же наборе SNPs, как и в нашей работе) дифференциально прогнозировал риск развития когнитивных нарушений в зависимости от наличия аллельных вариантов в гене ApoE и возраста. В частности, сниженный полигенный риск, основанный на тех же вариантах аллелей, как и в статье Kunkle с соавторами (2019), был характерен для лиц-носителей варианта $\epsilon 2$; в то время как результаты, аналогичные Heath с соавторами (2022), были показаны лишь для носителей «рискового» аллеля $\epsilon 4$. Причем, данная зависимость являлась возраст-зависимой.

Полученные нами данные по конструированию полигенной модели когнитивных нарушений, основанной на генетическом профиле по локусам CR1 rs4844610, PICALM rs3851179, SORL1 rs11218343 и наличию неврологической симптоматики в качестве постковидного осложнения, имеют предварительный характер и

указывают на необходимость увеличения размера выборки и проведение анализа в разных возрастных группах.

Исследование выполнено при финансовой поддержке мега-гранта Правительства Республики Башкортостан (соглашение 1 от 2.12.2022) и мега-гранта Правительства РФ (проект № 075-15-2021-595).

ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ РЕАКЦИИ НА СТРЕСС

Калябина Н.М.

Военно-медицинская академия

Санкт-Петербург

**EMERGENCY PSYCHOLOGICAL HELP FOR ACUTE
RESPONSE TO STRESS**

Kalyabina N.M.

Известная мудрость гласит: «Жизнь на 10% состоит из того, что с нами происходит, и на 90% — из того, что мы об этом думаем».

Под экстремальными подразумевают такие ситуации, которые выходят за пределы обычного, «нормального» человеческого опыта. Иначе говоря, экстремальность ситуации определяют факторы, к которым человек еще не адаптирован и не готов действовать в их условиях. Степень экстремальности ситуации определяется силой, продолжительностью, новизной, непривычностью проявления этих факторов. Однако экстремальной ситуацию делает не только реальная, объективно существующая угроза жизни для самого себя или значимых близких, но и наше отношение к происходящему. Восприятие одной и той же ситуации каждым конкретным человеком индивидуально, в связи с чем критерий «экстремальности» находится, скорее, во внутреннем, психологическом плане личности.

В качестве факторов, определяющих экстремальность, могут рассматриваться следующие: различные эмоциогенные воздействия в связи с опасностью, трудностью, новизной, ответственностью ситуации, дефицит необходимой информации или явный избыток противоречивой информации, чрезмерное психическое, физическое, эмоциональное напряжение, воздействие неблагоприятных климатических условий: жары, холода, кислородной недостаточности и т.д.

Главные симптомы: увеличение силы сердечных сокращений, усиление глубины дыхания, увеличение коркового слоя надпочечников с уменьшением в них липоидов и холестерина, секретирование гормональных продуктов в кровь (изменение физико-химических показателей крови), изменение деятельности пищеварительных органов.

Принципы оказания психологической помощи (Протоколы кризисного консультирования МЧС, ВОЗ):

Маску сначала на себя (как в самолёте), убедиться в собственной безопасности. Реально оценивайте внешние условия, своё состояние и собственные силы, перед тем как принять решение, что вы готовы помогать. Негативное воздействие ЧС всегда испытывает и те, кто оказывает помощь.

«Мастер с испуганной душой – уже не Мастер» (М. Зощенко). Если не подготовлен к оказанию экстренной психологической помощи пациенту при ЧС, он почти бесполезен, но разрушается сам.

внушаемость – обратная сторона интуиции. Внушение и заражение эмоциональным состоянием (тревожным, агрессивным, отчаянием) – это одно и то же явление.

Самообладание и саморегуляция. Используйте дыхательные техники для совладания с тревогой: 2- глубоко вдохнули, задержали, медленно выдохнули техника, руками отодвигаем выдох, повторили 3 раза, техника «Часы»: посмотрев на часы произнесите вслух несколько раз подряд сколько сейчас времени и постарайтесь запомнить. Следите за секундной стрелкой 10-15 секунд, прислушиваясь и контролируя свой пульс;

Фактор времени - экстренную психологическую помощь всегда необходимо оказывать в короткие сроки. Шоковая психотравма делит жизнь на «до» и «после». Чем позже человек, перенесший психотравмирующую ситуацию, получит помощь, тем ниже вероятность возникновения хронических расстройств и ПТСР

Первая психологическая помощь - это не психотерапия, это не сочувствие, это директивное сочувствие. Говорить нужно спокойным, уверенным и даже директивным голосом, чёткими и короткими фразами, в побудительном наклонении;

Старайтесь избегать в речи частицу «не», слова «паника», «катастрофа», «ужас», «жертва», потому что это «жертва» - надолго/навсегда стигматизирует, а «пострадавший - здесь и сейчас».

Если вы чувствуете, что не готовы, вам страшно, неприятно общаться с человеком, не делайте этого, не делайте этого, это нормальная реакция, и вы имеете на неё право. Человек чувствует неискренность, и попытка помочь через силу будет неэффективной. Не обманывайте человека, не давайте ему ложных надежд, позвоните на помощь;

Основной принцип оказания помощи в психологии такой же, как в медицине: «не навреди». Лучше отказаться от необоснованных, необдуманных действий, чем навредить человеку. Поэтому, если вы не уверены в правильности того, что собираетесь делать — лучше воздержитесь.

Алгоритм оказания психологической помощи:

Сначала медицинская помощь! Убедитесь, что у человека нет физических травм, проблем с сердцем и только тогда - психологическая помощь. При необходимости позвоните в службу спасения, позвоните врача, просто позвоните на помощь. Осмотритесь и решите, какая помощь (помимо психологической) требуется, кто из пострадавших в наибольшей степени нуждается в помощи. Уделите этому секунд 30 при одном пострадавшем, около пяти минут при нескольких пострадавших.

В ситуации, когда по каким-то причинам медицинская помощь не может быть оказана незамедлительно, Ваши действия должны быть такими: необходимо в первую очередь представиться и сказать, что вы готовы ему помочь «я (ФИО), и я здесь, чтобы вам помочь!», сообщите пострадавшему о том, что помощь уже идёт! Спросите имя и/или фамилию у пострадавшего, говорите чётко, напористо: Я с тобой! Смотри на меня! Дать инструкцию человеку, как необходимо сейчас себя вести: максимально экономить силы - для этого осторожно установите телесный контакт с пострадавшим. Возьмите пострадавшего за руку или возьмите его за плечо. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне, что и пострадавший. Не поворачивайтесь к пострадавшему спиной. Постарайтесь уложить или удобно посадить пострадавшего положите свою руку ему на лоб. Дышать неглубоко, медленно, через нос. Положите его руку ему на грудь, свою руку поверх его руки, или его ладонь в свои руки, помогите настроить ровное дыхание. Запретите пострадавшему делать что-либо для самоэвакуации, самоосвобождения.

Заземление. Как можно чаще называйте человека по имени, когда к нему обращаетесь. Имя - это что-то такое сакральное, что помогает возвращать человека к реальности.

Удушающие объятия. При двигательном возбуждении не «догнать и осчастливить», не «причинить добро» (это всё потом), а активно создать контакт, обращаясь и разговаривая с пострадавшим, переключить фокус внимания на себя голосом, своим видом, заботой (не забывая про технику безопасности – не стоит обхватывать со спины трясущегося человека, дабы избежать удара его черепа по своей голове). Основная задача в данный момент – постараться вернуть пострадавшего на прежний уровень функционирования (психика уже никогда не будет прежней).

Хочет говорить – дать говорить, не перебивать, но и не принуждать (дебрифинг нужен не всем, а флэшбэк нужен не всегда!). Иногда молча быть рядом – психотерапевтично. Техники активного слушания (киваем головой, угукаем). Вернуть ощущение безопасности (хотя бы рядом со мной сейчас), не оставлять пострадавшего, находится рядом, утешить. Скажите, что не оставите его здесь одного.

Никогда не обвиняйте пострадавшего. Расскажите, какие меры требуется принять для оказания помощи в его случае. Дайте пострадавшему поверить в его собственную компетентность. Дайте ему поручение, с которым он справится. Используйте это, чтобы он убедился в собственных способностях, чтобы у пострадавшего возникло чувство самоконтроля.

Привлекайте людей из ближайшего окружения пострадавшего для оказания помощи. Инструктируйте их и давайте им простые поручения. Избегайте любых слов, которые могут вызвать у кого-либо чувство вины. Постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания и расспросов. Давайте любопытным конкретные задания.

Находясь рядом с человеком, получившим психическую травму в результате воздействия экстремальных факторов (при аварии, потере близких, трагическом известии, физическом или сексуальном насилии и т.п.), не теряйте самообладания. Поведение пострадавшего не должно вас пугать, раздражать или удивлять. Его состояние, поступки, эмоции — это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства.

Острые стрессовые реакции: Пострадавший с трудом, но тестирует реальность, рухнуло базовое доверие к миру, резкое одиночество, когнитивная дисфункция (резко поглупел). В международном классификаторе болезней (МКБ-10) острое стрессовое расстройство или острая стрессовая реакция определяются как быстро проходящее расстройство значительной степени тяжести у людей без психических отклонений в ответ на психологический или физиологический стресс, исключительный по своей интенсивности.

ТЕОРИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ И МОЗГ, ДАННЫЕ НЕЙРОНАУК.

Козлов М. Ю.

ГБУЗ ПКБ №4 ДЗМ им П.Б. Ганнушкина

Москва

THE ATTACHMENT THEORY AND THE BRAIN, NEUROSCIENCE DATA.

Kozlov M.Y.

Целью настоящего обзорного исследования, является изложить основные данные, полученные современными нейронауками относительно привязанности (биологического инстинкта, под влиянием которого ребёнок начинает искать близости к значимому взрослому).

В последние годы интерес исследователей, благодаря развитию современных средств нейровизуализации, стал смещаться с изучения активации автономной нервной системы в ответ на социальные стимулы, тонуса блуждающего нерва,

оценки вариативности сердечного ритма, активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой дуги и ее гормонов, на изучение конкретных мозговых структур, и специфических нейромодуляторов и нейропептидов. Исследователи считают, что стиль привязанности во взрослом возрасте - это ключ к пониманию процессов эмоциональной регуляции, чувства безопасности, межличностных взаимодействий и основа всей социальной системы ухода и аффилиативного поведения. Многочисленные исследования показывают, что паттерны активации, ассоциированные с поведенческими системами привязанности - сексуальным поведением, заботой о потомстве, опираются на специфические функциональные зоны мозга. Опыты, проведенные на матерях с различными типами привязанности (тревожным и уклоняющимся) демонстрируют вовлечение различных областей и паттернов активации. Улыбающиеся и плачущие выражения лиц младенцев в ходе проведения МРТ, вызывали у матерей с надежным типом привязанности большую активацию дофаминовой системы вознаграждения (вентральный стриатум, окситоцинергические области гипоталамуса и гипофиза). У тревожных и уклоняющихся матерей отмечалась большая активация инсулярной коры, традиционно связываемой с ощущением отвращения к запахам, грязи, увечьям, обработкой информации о нарушении общепринятых норм поведения и обеспечения широкого спектра иных эмоциональных процессов. У женщин с надежным типом привязанности, демонстрация стимульных изображений вызывала значительно менее выраженную активацию амигдалы, чем у женщин с ненадежными типами привязанности. Гиперактивация амигдаларного комплекса сопровождалась большим мышечным напряжением, измеряемым ручным динамометром. Исследования с помощью метода регистрации вызванных потенциалов показывают, что испытуемые с избегающим типом привязанности демонстрируют большую нейрональную активность в ответ на негативные изображения и общей недооценкой позитивной информации, принижением ее когнитивной значимости, что связывают со слабостью нервных связей в районе стриатума. Исследование эмоциональных реакций и фронтальной асимметрии ЭЭГ изучалась в ходе предъявления видео клипов со связанным с привязанностью контентом. Результаты показали, что испытуемые с ненадежным типом привязанности демонстрировали меньшую эмоциональную реакцию на позитивные стимулы и большую правостороннюю фронтальную асимметрию сигналов, у испытуемых с надежным обнаруживалась большая эмоциональная реактивность и более широкая левосторонняя активация. Зеркально-противоположные данные были получены в ответ на пугающие стимулы. Испытуемые с надежным типом привязанности демонстрировали противоположный эффект как в амигдале так и вентральном стриатуме, но более ни в каких иных зонах мозга. Исследования подтверждают, что системы, вовлеченные в подкрепление и обнаружение угроз, участвуют в развитии ненадежных типов привязанности. Изучению биологических основ тревожного типа привязанности было посвящено большое исследование немецких специалистов, 109 испытуемых приняли участие в эксперименте с применением фМРТ где им предлагали взглянуть на изображения счастливых и грустных лиц замаскированных лицами с нейтральным выражением. Данные подтверждают результаты ранее проведенных исследований, о том, что люди с тревожным типом привязанности обнаруживают большую активацию при изображении радостных, чем грустных лиц. В этом исследовании обнаруживалась активация левой верхней, средней и медиальной префронтальной коры, бледного шара (*globus pallidus*) и оградаы мозга (*claustrum*), что несколько отличается от результатов ранее рассмотренных исследований. Роль гиппокампа в обеспечении привязанности изучалась на выборке 22 здоровых испытуемых с тревожным типом

привязанности, связанной со сниженной плотностью клеток в области гиппокампа. Полученные данные хорошо согласуются с нейротоксической теорией стресс-индуцированной редукции клеток гиппокампа и значения этого фактора для тревожной привязанности у взрослых.

ВОЗМОЖНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВОСПРИЯТИЯ ЗВУКОИЗОБРАЗИТЕЛЬНЫХ СЛОВ ПРИ АФАЗИИ

Коротаевская Е.А.

СПбГУ

Санкт-Петербург

**POSSIBLE COGNITIVE MECHANISMS OF PERCEPTION OF SOUND-IMITATIVE WORDS IN
APHASIA**

Korotaevskaya E.A.

Аннотация. Цель данной обзорной статьи заключается в анализе имеющихся теоретических работ по возможным когнитивным механизмам восприятия звукоизобразительности (далее-ЗИ) в афазии. Известно, что звукоизобразительные слова стимулируют речь как у ребенка, так и у билингва. Мы предполагаем, что подобный эффект будет наблюдаться и у людей с афазией. Вероятно, звукоизобразительность будет способствовать процессу понимания речи и вторичному запуску речи после ее утраты в результате инсульта. Данная работа является попыткой построить теоретическую основу для будущей исследовательской работы.

Звукоизобразительность — это систематическая связь между звуком слова и его значением (денотацией); ЗИ считается универсальным для различных языков. ЗИ слова несут в себе символическое, архетипическое, метафорическое послание, поэтому опознание ЗИ слова требует участия еще одной системы обработки информации – образно-символической, определено более древней, уходящей корнями в протоязыки. Также ЗИ слова несут информацию сразу в двух измерениях – семантическом и чувственном, и за счет этого когнитивная обработка такого стимула происходит сложнее и медленнее, поскольку предполагает активацию как минимум двух контуров обработки информации.

Известно, что звукоизобразительные слова стимулируют речь как у ребенка, так и у билингва. Мы предполагаем, что подобный эффект будет наблюдаться и у людей с афазией. Вероятно, звукоизобразительность будет способствовать процессу понимания речи и вторичному запуску речи после ее утраты в результате инсульта или иных причин.

Внимания исследователей было сфокусировано на изучение внешней формы ЗИ, исследовались фонологические, морфо-синтаксические и звуко-символические аспекты ЗИ, в то время как ее функциональность и когнитивные механизмы переработки этой информации оставались не изученными, не говоря уже об изучении ЗИ в рамках исследования афазии.

В ранее проведенных исследованиях с использованием метода «лексическое решение» были получены данные, свидетельствующие о значимой временной задержке в визуальном опознании ЗИ слов по сравнению с не-ЗИ словами как на родном языке испытуемых (русском), так и на иностранном (английском) (Флакман, Седёлкина, Коротаевская, 2021), независимо от возраста и уровня иноязычной компетенции респондентов (Tkacheva, Sedelkina, Nasledov, 2019). Предположительно, зафиксированная задержка связана с когнитивной сложностью распознавания слов ЗИ, которая требует обработки не только семантической информации, но и декодирования образного сообщения с привлечением

дополнительных информационных и энергетических ресурсов. Когнитивная сложность может проявляться также в кросс-модальном взаимодействии и интерференции разных систем обработки информации. Кросс-модальная активационная теория, лежащая в основе процесса идентификации ЗИ слов, говорит о том, что поиск соответствия между звуком и формой может быть объяснен наличием сенсорных связей между слуховыми и зрительными зонами коры (Флакман, Седёлкина, Коротаевская, 2021).

В своей работе мы хотим пойти дальше и посмотреть, как будут восприниматься аудиальные и визуальные стимулы ЗИ людьми с афазией. Предполагается, что даже несмотря на то, что речь утрачена ЗИ слова будут восприниматься, что как раз и поможет нам в будущем перезапустить речь в реабилитации.

Фокус исследователей сместился в сторону изучения сенсорного значения ЗИ слов, кросс-модального взаимодействия в процессе их декодирования и места ЗИ в лингвистике. В ряде нейробиологических исследований были получены данные о высокой пластичности сенсорных зон коры больших полушарий и склонности к взаимодействию между различными сенсорными модальностями на корковом уровне. Изучение синестезии и кросс-модального взаимодействия между сенсорными и моторными зонами коры больших полушарий в процессе восприятия звуко-символических слов открыло новые горизонты для нейролингвистического подхода к исследованию ЗИ.

Наиболее выраженное проявление такого кросс-модального взаимодействия можно обнаружить в исследованиях того, как маленькие дети воспринимают ЗИ. Было показано, что из-за тесных связей между сенсорными областями мозга у младенцев спонтанно активируются различные сенсорные модальности для речевых звуков (Walker, 2010). Так же ЗИ играет значительную роль в обучении языкам (Imai, 2008) и в естественном спонтанном общении.

Звукоизобразительность может служить важным механизмом начальной загрузки (bootstrapping mechanism) для установления характерных, связанных представлений о звуках речи. Изучая афазия можно заметить, что не существует сильной корреляции между выполнением задач по восприятию сублексической речи (то есть пониманию и определению фонем, ритма и так далее) и выполнением задач по восприятию на слух. Фактически, выполнение двух классов задач вдвойне диссоциирует: сообщалось о пациентах, которые не справляются с задачами распознавания и идентификации слогов, но при этом имеют очень хорошее слуховое понимание на уровне слов, и наоборот. Выполнение задач по восприятию сублексической речи отличается от выполнения задач по восприятию на слух: в обычной разговорной речи слушатели не имеют четкого представления о фонематической структуре ввода, только о семантическом содержании. Доступ к сублексической структуре влечет за собой когнитивные механизмы, которые обычно не задействованы при прослушивании речи для понимания (Hickok, Poeppel, 2004).

Мы предполагаем, что звукоизобразительность будет способствовать процессу понимания речи и вторичному запуску речи после ее утраты в результате инсульта. В ранее проведенных исследованиях были получены данные, свидетельствующие о значимой временной задержке в визуальном опознании ЗИ слов как на родном языке испытуемых (русском), так и на иностранном (английском)

(Флакман, Седёлкина, Коротаевская, 2021), независимо от возраста и уровня иноязычной компетенции респондентов (Tkacheva, Sedelkina, Nasledov, 2019). Для того, чтобы проверить так ли это, нам необходимо провести анализ теоретических работ по механизмам восприятия звукоизобразительности в исследованиях афазии, создать эксперимент со стимульным материалом (ЗИ слова русского языка

(поделенные на 4 стадии деиконизации) с их визуальным и аудиальным представлением, а также непосредственно провести эксперимент с помощью метода Лексическое решение. Если наше предположение подтвердится, то на основе нашего исследования мы сможем создать методику реабилитации афазии на основе ЗИ.

Благодарность

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ No 20-013-00575 «Психофизиологические индикаторы восприятия звукоизобразительных слов родного и иностранного языка».

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ

Кудряшова В.Ю., Лутова Н.Б.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Санкт-Петербург

INFLUENCE OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA ON PSYCHOLOGICAL ADAPTIVE-COMPENSATORY MECHANISMS

Kudryashova V.Yu., Lutova N.B.

Субъективное восприятие трудной жизненной ситуации, к которой можно отнести возникновение любого тяжелого хронического заболевания (ТХЗ) вызывает напряжение психологических адаптационно-компенсаторных механизмов (АКМ). Это сказывается в приспособлении личности к внешней среде, предопределяя выбор стратегий совладающего поведения. Изучение особенностей нарушений АКМ у больных параноидной шизофренией в разрезе ценно-смысловых ориентаций расширяет возможности создания новых более сфокусированных и эффективных психосоциальных реабилитационных программ. В литературе отмечается, что ценностно-смысловая сфера личности является одним из главных ресурсов для восстановления больных ТХЗ. Наряду с психофармакотерапией (ПФТ), в настоящее время широкую распространенность среди психосоциальных реабилитационных программ получили психообразование (ПО) и тренинг социальных навыков (ТСН). ПО – поэтапный процесс преподнесения психиатрическим пациентам информации о психических заболеваниях и оказании психиатрической помощи. Просвещение в этой области дает не только необходимые знания о болезни, но и влияет на установки и поведение в отношении заботы о своем здоровье. Таким образом, улучшается комплайенс. ТСН состоит из упражнений, направленных на тренировку когнитивных функций, мероприятия по усилению коммуникативной направленности и когнитивной дифференцированности мышления и социального восприятия, снижению интеллектуальной ангедонии, свойственных больным параноидной шизофренией. Так же включаются блоки по развитию рефлексии для улучшения своих эмоциональных состояний, мыслительной сферы и поведения, отработка навыков социального поведения и решения возникающих межличностных противоречий.

Цель работы. Сравнение эффектов ПФТ+ТСН и ПФТ+ПО на ценностно-смысловые параметры психологических адаптационно-компенсаторных механизмов у больных шизофренией.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 69 пациентов с параноидной шизофренией, проходившие лечение в отделениях биологической терапии психически больных и интегративной фармакопсихотерапии ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. 39 человек прошли ПФТ+ТСН, из них 17 (44%) мужчин и 22 (56%) женщины; средний возраст 28 (23,5÷35); средняя длительность заболевания 3 (2÷9);

количество обострений 3,5 ($2,75 \div 5$); количество госпитализаций 3 ($2 \div 4$). 30 человек были включены в ПФТ+ПО, из них 7 мужчин (23%) и 23 женщины (77%); средний возраст 29 ($25,5 \div 34$); средняя длительность заболевания 5 ($2,75 \div 10$); количество обострений 3 ($2 \div 5$); количество госпитализаций 3 ($2 \div 4$). Все больные получали антипсихотическую терапию, преимущественно, атипичными нейролептиками и нормотимиками.

ТСН состоял из 10 сеансов, длительностью 60-80 минут, с частотой 3 раза в неделю. В закрытой группе принимали участие 8-10 человек, обязательным условием было посещение всех занятий. В программу ТСН включались 3 блока: 1) когнитивный, включающий тренинг базовых когнитивных функций (памяти и внимания) и упражнений для сплочения участников; 2) эмоциональный, развивающий навыки осознания своих чувств, рефлексии, обмена эмоциональным откликом с участниками группы, запроса и подачи обратной связи по пережитому в группе опыту; 3) поведенческий, состоящий из ролевых игр, где участники могли в безопасной среде попробовать новые модели поведения.

ПО программа состояла из 10 сеансов, длительностью 45 минут, с частотой 3 раза в неделю. В закрытой группе принимали участие 8-12 человек, посещение всех занятий являлось обязательным условием. В курс включались следующие блоки: 1) классификация психических расстройств; 2) расстройства восприятия и настроения, бред (в контексте общей психопатологии); 3) аффективные расстройства (в контексте частной психопатологии); 4) закон о психиатрической помощи; 5) стигматизация.

Для исследования использовались экспериментально-психологические методики: шкала депрессии А. Бэка, опросник «Уровень субъективного контроля», Тест смысложизненных ориентаций, опросник «Семантический дифференциал времени». Данное исследование одобрено независимым этическим комитетом при НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

Критерии включения. 1) возраст от 18 до 55 лет; 2) больные параноидной шизофренией, перенесшие не более 5 приступов заболевания (при приступообразном типе течения); 3) подписание информированного согласия на участие в исследовании. Критерии невключения. 1) возраст моложе 18 и старше 55 лет; 2) наличие выраженных когнитивных нарушений; 3) наличие продуктивной психопатологической симптоматики, определяющей поведение пациента, выраженный апато-абулический дефект; 4) сопутствующие соматические заболевания в стадии декомпенсации; 5) отказ от участия в исследовании. Критерии исключения. 1) обострение психопатологической симптоматики, приводящее к нарушениям поведения пациента; 2) ухудшение физического состояния; 3) отказ от участия в исследовании; 4) пропуск занятия ТСН или ПО.

Обработка данных проводилась с помощью SPSS 17.0.

Результаты исследования. Больные, участвовавшие в ПО, выявляют меньшие значения по шкале депрессии А. Бэка ($6,00 (3,00 \div 15,50)$ и $12,00 (7,00 \div 22,00)$), соответственно, $p < 0,015$).

При исследовании уровня субъективного контроля пациенты, участвовавшие в ТСН, показывают большую интернальность в области здоровья ($5,51 \pm 2,14$ и $4,30 \pm 2,00$), соответственно, $p < 0,018$).

При изучении смысложизненных ориентаций пациенты, прошедшие курс ПО занятий, демонстрируют более высокие показатели по шкалам «Результат» ($24,90 \pm 6,14$ и $21,41 \pm 8,39$, соответственно, $p < 0,050$) и «Локус-контроля Жизнь» ($29,33 \pm 7,42$ и $24,79 \pm 9,44$, соответственно, $p < 0,029$).

Изучение субъективного восприятия психологических характеристик времени показало, что больные, участвовавшие в ТСН, выявляют меньшие значения по шкале

«Настоящее. Эмоциональная окраска времени» (2,26+7,32 и 6,10+6,60, соответственно, $p < 0,042$).

Обсуждение. После комплексного лечения ПФТ+ТСН пациенты демонстрируют более высокий уровень интернальности в области здоровья в сравнении с группой ПФТ+ПО. Повышается ответственность за свой вклад в состояние здоровья, ощущение контролируемости и управляемости этой сферы, что благотворно влияет на формирование комплайенса.

Сочетанное лечение оказывает эффект и на жизненные смыслы у больных параноидной шизофренией. В группе ПФТ+ПО наблюдается большая ориентированность на достигнутые в жизни результаты и большая убежденность в том, что жизнью управляют внешние факторы, мало поддающиеся влиянию и коррекции по сравнению с пациентами из группы ПФТ+ТСН. Эти феномены можно объяснить тем, что ТСН способствует повышению критичности, сглаживанию радикальных представлений о самоэффективности, росту толерантности к окружающему миру и ответственности за свои действия.

При исследовании субъективного восприятия психологических характеристик времени в исследуемых группах обнаружены различия в эмоциональной окраске настоящего. Больные из группы ПФТ+ПО, отмечают большую удовлетворенность оцениваемым временем, оно кажется более ярким и цветным, в сравнении с пациентами из группы ПФТ+ТСН. Это так же может быть сопряжено с повышением критичности посредством участия в ТСН, так как по мере развития болезненного процесса у страдающих параноидной шизофренией снижается критика, события настоящего и будущего оцениваются неоправданно оптимистично.

Заключение. Отмечено два значимых эффекта психосоциальных реабилитационных мероприятий: ТСН повышает внимательность к своему состоянию, оттенкам переживаний, ПО дает теоретическое знание о болезненных проявлениях, делая их более предсказуемыми, снижая напряжение. Полученные результаты и анализ новейших литературных источников, не позволяют однозначно сказать, какой подход лучше способствует психосоциальной реабилитации. Необходима проверка предположения о наибольшей эффективности в укреплении АКМ комбинирования методов воздействия: включение в ТСН блоков из ПО и дополнение ПО практиками по развитию когнитивного, эмоционального и поведенческого компонента.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Кузнецова Т.А., Грандилевская И.В.

СПбГУ

Санкт-Петербург

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Kuznetsova T.A., Grandilevskaya I.V.

Рассеянный склероз – хроническое аутоиммунное демиелинизирующее заболевание, поражающее центральную нервную систему, проявляющееся широким спектром неврологических нарушений. (Станкевич Ю.А., 2021) Дебют заболевания приходится на молодой возраст, снижая работоспособность трудоспособной части населения.

Исследования в области качества жизни (КЖ) пациентов с РС свидетельствуют о повышении показателей КЖ. Авторы связывают это, в первую очередь, с улучшением эмоционального состояния пациентов благодаря психологическому сопровождению, качеством и своевременностью оказания медицинской помощи, а также ростом информированности о заболевании. (Бойко О.В., 2018)

РС относится к группе соматических заболеваний, однако, «...болезнь проявляется на всех уровнях существования человека», поэтому невозможно рассматривать ее влияние на пациента исключительно с точки зрения клинической медицины. (Вагайцева М.В., 2015)

В связи с вышеперечисленным вопрос уровня качества жизни пациентов с рассеянным склерозом остается актуальным, а его изучение совместно с анализом факторов, взаимосвязанных с показателями качества жизни, может обнаружить терапевтические мишени в работе с больными РС.

Целью исследования является изучение уровня качества жизни пациентов с рассеянным склерозом и связи диагноза с эмоциональным состоянием и уровнем страха негативной оценки в сравнении с условно здоровыми людьми.

Опрос больных проходит в два этапа, первый был проведен с февраля по апрель 2021 году на базе ГБУЗ “Городская клиническая больница №31”, в “Центре рассеянного склероза”, второй проходит в настоящее время и продлится до апреля 2023 года. Исследование выполняется в формате лонгитюда, используется метод поперечных срезов, то есть больным рассеянным склерозом на втором этапе сбора данных предлагается заполнить анкеты вне зависимости от того, принимали ли они участие в первом этапе. Для проведения сравнительного анализа также на первом этапе была набрана контрольная группа, планируется набор аналогичной группы для сравнения результатов на втором этапе. Анонимный опрос всех участников проходит онлайн с использованием платформы Google-forms.

Критериями включения в клиническую группу стали: возраст пациента от 18 лет, подтвержденный диагноз рассеянный склероз, отсутствие психиатрических, онкологических и других неврологических заболеваний, а также возможность полностью самостоятельно заполнить анкету, чтобы исключить влияние социальной желательности. Контрольную группу составили условно здоровые люди в возрасте от 18 лет, которым никогда не был поставлен диагноз какого-либо демиелинизирующего заболевания, критериями исключения стали наличие подтвержденных психиатрических, онкологических и других тяжелых соматических заболеваний.

Для реализации цели исследования использованы социально-биографическая анкета, Шкала страха негативной оценки (BFNE), Шкала социальной тревожности Либовица, Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), тест жизнестойкости в версии Осина-Рассказовой, краткий опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения (WHOQOL-BREF).

Между двумя группами пациентов, а также каждой отдельной группой больных с соответствующей ей контрольной группой, проводится корреляционный и сравнительный анализ. Помимо этого, группы пациентов планируется разделить по отдельным критериям в несколько малых групп для проведения сравнительного анализа. Этим критериями станут: давность постановки диагноза, полученное согласие/отказ от фармакологического лечения, а также выраженности депрессивной и тревожной симптоматики.

Для статистического анализа результатов используются следующие методы: однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), корреляционный анализ по критерию Спирмена, регрессионный анализ, частотный анализ.

Согласно результатам первого этапа исследования, пациенты с рассеянным склерозом оценивают субъективное качество жизни ниже по сравнению с контрольной группой по общей шкале ($p=0.013$). Исследование, проведенное в 2018 году, свидетельствует о росте субъективного уровня качества жизни пациентов с РС, тем не менее, качество жизни больных остается ниже, чем у условно здоровых людей. (Бойко О.В., 2018) На уровне статистической тенденции обнаруживается

различие между показателями жизнестойкости: общий балл в группе больных ниже, чем в контрольной ($p=0.085$).

В группе пациентов обнаружена положительная взаимосвязь между уровнем жизнестойкости больных и субъективной оценкой качества жизни ($p=0.000$), что свидетельствует о возможности повышения качества жизни пациентов через развитие адаптационных механизмов в условиях стресса и улучшение навыков поиска ресурсов для его преодоления.

Таким образом, данное исследование направлено на выявление показателей, взаимосвязанных с субъективным уровнем качества жизни пациентов с рассеянным склерозом, что, в свою очередь, может быть использовано в качестве психотерапевтической мишени в реабилитационных программах и психокоррекционной работе с больными.

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ

Кузюкова А.А.

ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России
Москва

**COMPREHENSIVE MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF EMOTIONAL AND
BEHAVIORAL DISORDERS IN STROKE PATIENTS
KUZUYUKOVA A.A.**

В отделе нейрореабилитации и клинической психологии ФГБУ НМИЦ РК проводится клиническое исследование, направленное на изучение эффективности коррекцию психоэмоциональных нарушений у пациентов с инсультами, для которой используется программа комплексной медико-психологической реабилитации. В научное исследование включено 30 пациентов, перенесших ОНМК (ранний восстановительный и поздний восстановительный период до 2хлет) в возрасте от 45 до 75 лет. Всем пациентам проводится комплекс реабилитации, включающий базовую программу, направленную на коррекцию двигательных нарушений, в комбинации с индивидуальной программой психологической коррекции, состоящей из нейротропной терапии и методик когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ), направленных на снижение уровня психоэмоционального напряжения, сужение зоны болезни и формирование положительного отношения к лечению.

Нейротропная терапия представляет собой прогрессивную релаксацию - альфа-тренинг, который осуществляется путем воздействия на пациента акустических и зрительных сигналов при помощи системы Mind Spa с встроенными программами для психической и эмоциональной релаксации. Система включает в себя управляющее устройство, очки со встроенными светодиодами и наушники. Пациенты принимают процедуру обычно с закрытыми глазами, сидя или лежа в удобной позе. Система Mind Spa обеспечивает условия для самовосстановления и выхода из чрезмерно напряженного состояния, благодаря эффекту «следования за частотой» (мозг настраивается на частоту световых мельканий). Нами используется программа Alpha I, длительностью 1 сеанса 22 минуты. Курс составляет - 12 процедур.

Из техник КБТ, применяются приемы коррекции актуального эмоционального состояния. Психотерапевтический прием «сужение зоны болезни» применяется в случае обесценивания собственных усилий. При переоценке болезни возникает психологическая задача доведения до сознания больного уже имеющихся достижений в восстановлении функций. Для этого используются

психотерапевтические техники, направленные на убеждение, внушение, демонстрацию больному, способности его организма к выработке новых условных рефлексов и возможности сознательного управления новым навыком. Важная роль в психотерапевтической работе отводится развитию эмоционального реагирования и формированию эмоциональной регуляции. Продолжительность сеанса составляла – 60 минут, а курс - 12 процедур.

В процессе курса медицинской реабилитации удалось добиться улучшения общего фона настроения и снижения уровня тревоги, что подтверждалось положительной динамикой ($P \leq 0,05$) показателей депрессии и тревоги по Госпитальной шкале депрессии (с $5,5 \pm 0,9$ до $4,9 \pm 0,7$ баллов) и тревоги (с $5,5 \pm 0,8$ до $3,4 \pm 0,6$ баллов) и Шкалам ситуативной (с $48,3 \pm 2,8$ до $37,0 \pm 1,1$ баллов) и личностной тревожности (с $54,9 \pm 3,1$ до $40,3 \pm 1,4$ баллов) Спилбергера-Ханина. По окончании курса медицинской реабилитации установлено достоверно значимое ($P \leq 0,05$) улучшение когнитивных функций по опроснику МОСА (с $23,6 \pm 1,4$ до $25,2 \pm 0,9$) и качества жизни пациентов (с $190,78 \pm 5,93$ до $202,72 \pm 5,44$).

Т.о., сочетание нейротерапии и КБТ эффективно для коррекции эмоционального фона, положительно влияет на когнитивные функции и качество жизни пациентов с инсультами.

МОНИТОРИНГ ЭЛЕКТРОДЕРМАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ДЛЯ ОЦЕНКИ УРОВНЯ СТРЕССА, ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИХ КОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЁСШИХ ОНМК: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Кузюкова А.А.

ФГБУ "НМИЦ РК" Минздрава России

Москва

ELECTRODERMAL ACTIVITY MONITORING FOR STROKE PATIENTS STRESS STATES, EMOTIONAL DISTURBANCES, REHABILITATION MEASURES EFFECTIVENESS SPECIFICATION: A PILOT STUDY

Kuzyukova A.A.

На базе ФГБУ НМИЦ РК в 2021/2022гг проведено пилотное исследование основной целью которого являлось оценить возможность объективизации уровня стресса, эмоционального фона, боли и их динамики на фоне проводимых реабилитационных мероприятий у пациентов с инсультами путем регистрации кожной проводимости/электродермальной активности (ЭДА). Всего было изучено 35 пациентов в возрасте от 45 до 70 лет, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения сроком давности от месяца до 3х лет, давших информированное согласие на регистрацию кожной проводимости. Исследование проходило в два этапа: в начале и в конце реабилитации. Пациенты проходили тщательное клиническое обследование при поступлении и в конец реабилитации, включающее осмотр невролога, психиатра, психотерапевта со сбором анамнеза и заполнением следующих опросников (Индекс мобильности Ривермид, Шкала оценки мышечной силы, Шкала спастичности Ашфорт (Ashworth Scale); Шкала инсульта Национального института здоровья (NIHS), Визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ); Шкала оценки равновесия (Berg Balans Scale); Шкала качества жизни при инсульте (SS-QOL), Шкалы депрессии Бека и Ситуационной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина; Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МОСА)), и регистрацией кожной проводимости при помощи системы мониторинга стрессовых состояний пациента NeonFSC (РУ № РЗН 2021/16179 от 29.12.2021 г.), при помощи которой определялись усредненные параметры:

спектральная мощность реакции кожной проводимости IP; вариабельность спектральной мощности PV; суммарная спектральная мощность КП и интегральный показатель текущего состояния пациента в баллах (отражающие кумулятивный эффект стресса) CSP и DASS (Xcp, STD, Min, Max); с наглядным отображением полученных показателей на графическом тренде и диаграмме рассеяния. Статистический анализ проводился с помощью программы StatTech v. 2.8.8 (разработчик – ООО «Статтех», Россия). В результате установлена умеренная статистически достоверная корреляция ($p > 0.5$) между клиническими показателями (боль, тревога и депрессия, степень неврологического дефицита) и показателями кожного сопротивления.

Результат: У 83% обследованных пациентов регистрировались стрессовые показатели электродермальной активности (расположение графического тренда в серой и красной зонах и скопление точек на скатерграмме в верхнем левом квадрате), из которых у 2/3 пациентов субъективно и при помощи клинических методов с использованием диагностических опросников подтверждалось дискомфортное состояние (соотносилось с высокими уровнями тревоги, депрессии, боли, степенью двигательного дефицита, требующего прикладывания больших усилий при ходьбе – движение через преодоление). Тогда как оставшаяся 1/3 пациентов (10 человек) жалоб на дискомфорт не предъявляла и была сложна для диагностики клинически и при помощи диагностических шкал. Ретроспективный анализ показал наличие выраженного дискомфорта момент первичного обследования у данных пациентов, которому в период первичного осмотра не придавалось значения, это могло обуславливаться одновременным наличием двух конкурирующих эмоций (например: пациентка с инсультом с одной стороны испытывала страх падения и выраженный дискомфорт при перемещении, с другой – была очень рада госпитализацией в реабилитационный центр, заявляла, что у не все хорошо, при заполнении опросников, оценивающих эмоциональный фон давала оптимистичные результаты), наличием хронической персистирующей боли, на которую пациент перестал обращать внимание и другими причинами.

Анализ динамики показателей графического тренда и скатерграммы в начале и в конце реабилитации, позволил выделить три группы пациентов: 1 группа (12 пациентов) – с изначально стрессовыми показателями кожной проводимости, улучшающейся после проведенных реабилитационных мероприятий; 2 группа (19 пациентов) – с отсутствием либо минимальной динамикой ЭДА после реабилитации; 3 группа – с отрицательной динамикой показателей ЭДА – «нестрессовые» показатели (расположение графического тренда в зеленой зоне и диффузное распределение точек на скатерграмме в виде дуги в направлении из верхнего левого квадранта через центр в нижний правый) переходили в «стрессовые» (4 пациента).

Сопоставление данных ЭДА с клиническими параметрами пациентов выделенных групп позволило установить, что пациенты первой группы изначально отличались более высоким уровнем общего функционирования, статистически значимые изменения параметров ЭДА в конце реабилитации, совпадали у них с положительной статистически значимой динамикой клинических показателей (снижением тревоги, депрессии, уменьшением боли, уменьшением двигательного дефицита, улучшением памяти и внимания). Пациенты 2й группы, как правило, были с тяжелыми формами инсульта, в результате проведенной реабилитации динамика клинических показателей была незначительной, либо, даже при отчетливом клиническом улучшении, степень нарушений у них оставалась достаточно тяжелой, что обуславливало сохранение дискомфортного состояния. Несколько пациентов были с легкими инсультами, но имели конституционально тревожные личностные особенности, из-за которых отсутствие сохранялись

«стрессовые» показатели ЭДА. Ухудшение показателей ЭДА у пациентов 3й группы происходило из-за предъявляемых к себе чрезмерных физических нагрузок либо было связано со страхом беспомощности после выписки из стационара.

Полученные данные свидетельствуют о том, что метод объективизации стрессового состояния у пациентов с инсультами путем регистрации ЭДА является перспективным, позволяет повысить диагностику стрессовых состояний на 30% , отследить эффективность проведенной реабилитации в плане снижения стрессовой напряженности, выделить пациентов, относящихся к группе риска и нуждающихся в дополнительных мероприятиях, таких как коррекция эмоционально фона при помощи психо- и фармакотерапии, решения вопроса о правильной дозированности физических нагрузок, купирование боли, что крайне важно для пациентов с инсультами. Также следует отметить простоту, безопасность, временную и экономическую незатратность выполнения процедуры регистрации ЭДА, с наглядной демонстрацией полученных результатов непосредственно в момент проведения исследования, что делает ее более выгодной в сравнении с другими методиками объективизации стрессовых состояний (определение гуморальных маркеров стресса, кардиоинтервалография).

АНАЛИЗ КОМПЛЕКСНОЙ МОДЕЛИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ/АБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В СТРУКТУРЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МОРДОВИИ

Кулдыркаева Е.В., Зотова О.А.

ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская клиническая психиатрическая больница»

Саранск

ANALYSIS OF A COMPLEX MODEL OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION/HABILITATION OF PERSONS WITH MENTAL DISORDERS IN THE STRUCTURE OF PSYCHIATRIC CARE IN MORDOVIA

Kuldyrkaeva E.V., Zotova O.A.

Введение. Современное общество поднимает вопросы равенства прав и возможностей для всех людей, в том числе лиц с ментальными нарушениями. Общественно ориентированная психиатрия не ограничивается вопросами медицинской реабилитации, актуальность приобретают методы психосоциальной и духовной реабилитации, отрабатываются модели текущей реабилитационной поддержки лиц с ментальными нарушениями с этапов ранней помощи на протяжении жизненного цикла. Целью исследования стало проведение анализа региональной модели комплексной психосоциальной реабилитации/абилитации лиц с ментальными нарушениями на территории Республики Мордовия.

Материалы и методы: базой исследований стало ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская клиническая психиатрическая больница». Исследование включает анализ статистических данных по состоянию проблемы в регионе, структурный анализ эмпирического опыта по реабилитации/абилитации лиц с ментальными нарушениями различных возрастных групп, анкетирование родителей/законных представителей по вопросам эффективности психосоциальной реабилитации в условиях психиатрического учреждения, мониторинг результативности оценки качества эффективности реабилитации, направлений психосоциальной реабилитации у специалистов.

Результаты и их обсуждение:

Анализ современной ситуации, сложившейся в Республике Мордовия, показал, что в регионе за 2022 год первичная заболеваемость (на 100 тыс. населения) по РМ

составила – 454,9; детская заболеваемость (на 10 тыс населения) – 83,8, что является высоким показателем по ПФО и РФ. Например, начиная с 2014 года, отмечается отчетливая динамика увеличения числа лиц с аутизмом в абсолютных показателях: в 2014 году – 70 чел.; 2015 – 92 чел.; 2016 – 108 чел.; 2017 – 116 чел.; 2018 – 141 чел., 2019 – 159 чел., 2020 – 207 чел.; 2021 275 чел.; 2022 – 312 человек. Причем, увеличение первичной заболеваемости идет за счет высокой выявляемости в возрастной категории от 0 до 14 лет. С одной стороны, это говорит о качественных показателях работы психиатрической службы региона, с другой – актуализирует важную социальную проблему – потребность в совершенствовании системы комплексной реабилитации/абилитации лиц с психическими расстройствами, начиная с самого раннего возраста.

Анализ реабилитационных возможностей показал, что в Мордовской республиканской клинической психиатрической больнице наработан эмпирический опыт; разработана и успешно реализуется с 2017 года модель комплексной непрерывной реабилитации/абилитации лиц с ментальными нарушениями на всех возрастных этапах:

- Служба комплексной реабилитации/абилитации и непрерывного медико-психологического сопровождения лиц детского возраста с ментальными нарушениями, начиная с раннего возраста;
- Служба непрерывного реабилитационного сопровождения лиц с психической патологией с целью эффективной социализации для различных возрастных групп пациентов.

Все программы по реабилитации реализуются специалистами полипрофильной бригады. В структуре психиатрической помощи разрабатываются программы стимулирующего, корригирующего и поддерживающего развития. Динамика изменений отражается в реабилитационной карте. Данная форма документации является нововведением и зарекомендовала свою практическую целесообразность. Заполняется реабилитационная карта медицинским психологом, осуществляющим процесс реабилитации.

Формы помощи могут быть оказаны в стационаре, дневном стационаре, амбулаторном формате, дистанционно. Для различного возраста и нозологии разрабатываются индивидуальные программы психосоциальной реабилитации. В основу детской психосоциальной абилитации заложены принципы нейропсихологической, патопсихологической, дефектологической и логопедической наук. Качественно отрабатываются содержательные аспекты практики, направленной на развитие навыков в следующих сферах: сенсорной, двигательной, эмоционально-волевой, когнитивной; формируются коммуникации, речь, навыки самообслуживания. Применяются современные подходы в реабилитации лиц с РАС с самого раннего возраста. Активно используется потенциал семьи; реализуются психообразовательные программы по повышению уровня родительской состоятельности и уверенности; организуется психотерапевтическая помощь семье. При работе с детьми с ментальными нарушениями используются глубинные техники, в частности регрессивной терапии. Данная методика предполагает на этапе адаптации «погружение» ребенка в «безопасное», закрытое, с плотным контактом с телом пространство, напоминающее яйцо (овальное ротанговое кресло с подушками и покрывалами). Работа с ребенком начиналась из «зоны безопасности» с постепенным наращиванием реабилитационных воздействий. Осуществляется поэтапная сепарация с родителями. В рамках регрессивной терапии применяются и методы ритмико-мелодического воздействия колыбельных песен в диаде «мать-дитя», приемы эмоционального заражения и др. (данные эмпирические наблюдения подлежат дальнейшему изучению).

Важное место уделяется арт-терапевтическому подходу, в рамках которого разработаны инновационные методики, например, маскотерапия, объемное моделирование в проекции семейных отношений, работа с развитием эмоциональной сферы, танцевально-двигательная терапия и др. (Копытин А. И., Бабин С. М., Макаров В. В. 2020). Реализуются общественные арт-проекты по итогам реабилитации.

Регулярный скрининг состояния пациента через разработанную шкалу оценки эффективности психосоциальной реабилитации позволяет динамично корректировать программу реабилитации, отслеживать регрессивные этапы.

В процессе осуществления реабилитации обнаружен психологический «феномен однородной среды».

Большое внимание в региональном сопровождении уделяется созданию терапевтической среды, что способствует открытости и доступности специализированных учреждений психиатрического профиля. Данный подход способствует преодолению предубеждений родителей в области получения психиатрической помощи, что в свою очередь позволяет специалистам в максимально ранние сроки начать осуществление реабилитации.

Сотрудникам и родителям было предложено слабоструктурированное интервью, призванное оценить эффективность реабилитации, и мониторинг эффективности. Результаты проведенного интервью и мониторинга показали, что в целом предложенная модель и сотрудниками, и родителями воспринимается как эффективная. Как наиболее сильные стороны модели выделяются раннее начало реабилитации, семейноориентированность, структурность и деятельность полипрофильной бригады. Однако, была выделена такая проблема, как высокая степень эмоционального выгорания у родителей, что предполагает усиление работы в данном направлении.

Выводы. Уникальностью опыта является возможность осуществления комплексной реабилитации в структуре специализированной психиатрической помощи, что создает условия для наиболее качественной помощи, соответствующей стандартам оказания медицинской помощи.

Обращает на себя внимание выявленный в ходе исследования «феномен однородной среды», который проявляется в условиях постоянных реабилитационных и личных контактов семей, воспитывающих детей с ментальными нарушениями. Эффект данного явления максимально проявляется на ранних этапах реабилитации, способствуя снятию самостигматизации семьи, ослаблению эмоциональной напряженности, повышению социальной открытости и активности. Все вышесказанное повышает реабилитационный ресурс семьи.

Таким образом, создание условий для максимально возможной социализации лиц с ментальными нарушениями и их семей, с ранним, непрерывным, последовательным, комплексным реабилитационным/абилитационным сопровождением, обеспечивает оптимальное развитие, адаптацию, вхождение в инклюзию, интеграцию в общество и максимально снижает ограничение жизнедеятельности. Созданная региональная модель комплексной поддержки лиц с ментальными нарушениями в структуре психиатрической службы является актуальной, содержит инновационные аспекты и интегрирует междисциплинарные знания. Региональный опыт представляет определенный интерес для профессионального сообщества.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Латышева Т.В., Латышев С.В., Малышко Е.В.

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области
«Наркологический диспансер»

Донской государственный технический университет
Ростов-на-Дону

EXISTENTIAL APPROACH IN PRIMARY PREVENTION OF DRUG DISEASES

Latysheva T.V., Latyshev S.V., Malyshko E.V.

Актуальность. В России, как и в других странах постсоветского пространства и Восточной Европы, проблема распространения наркомании среди молодежи не теряет своей актуальности на протяжении более 15 лет. По данным Государственного антинаркотического комитета в 2018 году в России зарегистрировано 423,4 тыс. потребителей наркотиков, в том числе 5,4 тыс. несовершеннолетних. Проведенные Антинаркотическими комиссиями исследования свидетельствуют о том, что число респондентов, имеющих опыт хотя бы однократного потребления наркотиков в течение жизни, оценивается в 5,5% или 8,1 млн человек. Число респондентов, потребляющих наркотики как регулярно, так и эпизодически составило 1,3% или 1,9 млн человек (Доклад о наркоситуации в РФ, 2019).

Профилактика наркотизации молодежи является важной междисциплинарной задачей и должна осуществляться на научной основе. Иначе профилактические мероприятия могут не только не принести желаемого результата, но и навредить (недопустимыми являются, например, информирование о действии наркотических веществ, способах их приобретения или изготовления). Вопрос о целесообразности антинаркотического просвещения среди детей и подростков остается дискуссионным (Федоров А.В. и др., 2016, Шабурникова Ю.Н. и др., 2016, Кайль Я.В., 2016, Ляхович А.В. и др., 2013).

Роль врача в первичной профилактике является достаточно значимой. Так в «Международных стандартах профилактики» (Международные стандарты по профилактике употребления наркотиков, 2013– 2015) интервенции со стороны сектора здравоохранения отмечены наивысшей степенью эффективности.

Согласно проведенным отечественным исследованиям (Ластовецкий А.Г. и др., 2019), есть очевидная прямая (доказывающая эффективность) связь между участием в лекции, проводимой врачом, и формированием адекватных представлений об опасности немедицинского употребления наркотических веществ у школьников и студентов.

По результатам исследований Антинаркотических комиссий ведущие причины распространения наркомании: моральная деградация общества, вседозволенность – 43,5%; неудовлетворенность жизнью, социальное неблагополучие – 40,3%; излишняя свобода, отсутствие организованного досуга – 28,6%; безработица, экономические проблемы – 28,3%; влияние наркобизнеса, доступность наркотиков – 27,4%. При этом более половины граждан (53,5%) указали на отсутствие организованного досуга и возможности интересно проводить свободное время (Доклад о наркоситуации в РФ, 2019). Многие из этих причин могут указывать на наличие у людей, прибегающих к наркотикам, экзистенциальной фрустрации. Отсутствие смысла жизни отмечает у себя более половины пациентов реабилитационных центров, а применение логотерапевтического подхода в работе с ними дает высокие показатели. Так применение доктором Фрезером (E. Fraiser) логотерапии в руководимом им калифорнийском Центре реабилитации наркоманов

дает высокий результат – 40 процентов пациентов в стойкой ремиссии при том, что средний показатель по США – 11 процентов (Франкл В., 2001). Опыт наркологов и в нашей, и в других странах говорит о том, что мощным противодействующим наркотизации фактором является религиозность (Макарова О.Ю., 2013). Этот факт также указывает на необходимость рассматривать человека как духовное существо, имеющее потребность в осознании смысла своего существования.

Первичная профилактика наркологических заболеваний у подростков и молодежи является важнейшим направлением деятельности наркологической службы Ростовской области. Встреча с представителем наркологического диспансера, врачом психиатром-наркологом, клиническим психологом или специалистом по социальной работе обращает внимание слушателей на серьезность проблемы. Однако, развивая мысль Виктора Франкла о том, что в наше время распространенной проблемой является ощущение экзистенциального вакуума, стоит признать необходимость затрагивать в разговоре с молодыми людьми тему таких онтологически присущих человеку свойств, как свобода, смысл жизни и пр.

Цель работы – показать важность обсуждения экзистенциальных данностей в рамках профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе Донского государственного технического университета (ДГТУ). Учебная среда в данном вузе не только обеспечивает студентам получение знаний, но и дает огромные возможности для их всестороннего развития и самореализации (разнопрофильные студенческие отряды, клуб КВН, творческие танцевальные, вокальные, театральные коллективы и пр.).

Исследование проводилось со студентами первого и второго курса (возраст 17-20 лет). В исследовании приняли участие 51 студент первого курса (44 девочки и 7 мальчиков) и 46 студентов второго курса (31 девочка и 15 мальчиков). Общее число респондентов – 97 человек.

В качестве диагностического материала были выбраны: тест смысло-жизненных ориентаций (адаптированная версия теста «Цель жизни», РИЛ Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика) и тест индекс жизненной удовлетворенности (ИЖУ) (адаптация Н.В. Паниной).

Результаты и их обсуждение. Более чем у половины опрошенных (61%) был диагностирован высокий индекс удовлетворенности жизнью. Высокий уровень осмысленности жизни оказался у 44% студентов. Число студентов с низким уровнем удовлетворенности и осмысленности разнится довольно существенно (19% и 11%, соответственно).

Обращает на себя внимание тот факт, что динамика исследуемых параметров по мере взросления (от 1-го до 2-го курса) отрицательная, причем она более существенна у мальчиков, чем у девочек. Так у девочек средний показатель индекса удовлетворенности жизнью изменился со значения 31 на первом курсе до 29 – на втором, а у мальчиков эти значения изменились соответственно с 33 до 28. Средние значения уровня осмысленности жизни у девочек менялись со 110 до 104 баллов, а у мальчиков со 117 до 103 баллов.

Снижение степени удовлетворенности жизнью наблюдается по всем ее составляющим («интерес к жизни», «последовательность в достижении целей», «согласованность между поставленными и достигнутыми целям», «общий фон настроения», изменение значений колеблется от 0,2 до 0,9 балла) за исключением одной («положительная оценка себя и своих поступков», здесь наблюдается рост на 0,2 балла).

Степень осмысленности жизни снижается от первого ко второму курсу по всем без исключения параметрам: «цели в жизни», «процесс жизни», «результативность

жизни», «локус контроля-Я», «локус контроля-жизнь» (изменение значений колеблется от 2 до 4 баллов).

Корреляционный анализ показал достоверную связь между удовлетворенностью жизнью и ее осмысленностью ($r=0,78$). Коэффициенты корреляции по этим параметрам первого и второго курса соответственно равны: 0,75 и 0,81. Таким образом, можно сделать вывод о том, что удовлетворенность жизнью и осмысленность жизни снижаются, а связь между этими параметрами становится более прочной.

Выводы.

1. Профилактические лекции врачей и других специалистов наркологической службы являются одним из наиболее эффективных мероприятий по предупреждению заболеваний данного профиля.
2. Необходим тщательный подход к содержанию профилактических мероприятий, поскольку неграмотно подготовленные материалы могут иметь негативные последствия.
3. Одной из важнейших причин употребления наркотических веществ в настоящее время является наличие у человека экзистенциальной фрустрации.
4. Индекс удовлетворенности жизнью и уровень осмысленности жизни у студентов второго курса ниже, чем у студентов первого, что подтверждает актуальность проведения профилактической работы в этом возрасте.
5. Между индексом жизненной удовлетворенности и уровнем осмысленности жизни у студентов первого и второго курсов ДГТУ наблюдается сильная корреляционная связь, причем коэффициент корреляции у второго курса больше, чем у первого.
6. Врачам-наркологам, медицинским психологам и специалистам по социальной работе можно рекомендовать говорить со студентами в рамках профилактических мероприятий об их экзистенциальных потребностях (в свободе, в смысле жизни, в преодолении одиночества и т.д.).

НАРУШЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ ПРЕДЪЯВЛЕНИИ ВИДЕОЗАПИСЕЙ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ КОНФЛИКТОВ

Лысенко Н.Е., Пеева О.Д.

ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.П. Сербского" Минздрава РФ, МГППУ
Москва

VIOLATIONS OF AUTONOMIC REGULATION IN PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER WHEN PRESENTING VIDEOS OF INTERPERSONAL CONFLICTS

Lysenko N.E., Peeva O.D.

Преыдущие исследования показали, что в межличностном взаимодействии лицам, страдающим биполярным аффективным расстройством (БАР), свойственны нарушения регуляции поведения, которые проявляются в неадекватных эмоциональных реакциях (Kurtz M., 2021), конфликтности (Усов Г.М., 2021) и даже склонности к насилию (Lee A. M. R., 2010). Предлагались различные объяснения нарушения саморегуляции у больных БАР - от дефицита когнитивных функций и неспособности распознавания эмоциональных реакций других людей (Чумаков Е.М., 2021; Espino's U., 2019) до низкой стрессоустойчивости больных БАР и неэффективных копинг-стратегий (Souza E.L., 2014).

Выявление механизмов регуляторных нарушений у пациентов с БАР становится трудной задачей в рамках феноменологического подхода, все еще доминирующего в психиатрии (Мокий В.С., 2021). Однако, все чаще подчеркивается необходимость усиления биологического подхода к диагностике психических расстройств

(Коцюбинский А.П., 2014; Макушкин Е.В., 2017), утверждается необходимость трансдисциплинарных исследований (Носачев Г.Н., 2021). При изучении регуляторных процессов основополагающими являются труды известных физиологов и психологов, утверждавших, что в процессах адаптации и саморегуляции значимую роль играет физиологическое обеспечение психических процессов (Анохин П.К., 1975; Лурия А.Р., 2002; Ткаченко А.А., 2020).

Некоторые исследования показали связь БАР с анатомическими мозговыми повреждениями (Monkul, E.S., 2005; Grassi-Oliveira R., 2010). Выявлено, что депрессивные расстройства и БАР сопровождаются нарушениями автономной регуляции (Антипова О.С., 2013; Nage B., 2017).

Целью исследования является выявление нарушений вегетативной регуляции у лиц, страдающих БАР, в условиях межличностного конфликта, связанного с унижением достоинства или физической опасностью.

Исследования показали, что наиболее информативными для изучения регуляторных механизмов являются показатели variability сердечного ритма (ВСР). Управляемый префронтальными отделами коры головного мозга симпатопарасимпатический баланс отражает адаптационные возможности организма (Баевский Р.М., 2011). Эффективным способом погружения человека в требуемые условия ситуации является предъявление видеозаписей или рассказов (Лысенко Н.Е., 2012).

Методика. В исследовании приняло участие 83 обследуемых. Выборку составили 25 мужчин, средний возраст $26,9 \pm 7,9$ лет, и 58 женщин, средний возраст $30,9 \pm 11,0$ лет. Среди обследуемых 28 человек (8 мужчин и 20 женщин) имели установленный диагноз: Биполярное аффективное расстройство; у 8 человек отмечался депрессивный эпизод, у трех - гипоманиакальный эпизод, у 5 человек - смешанный эпизод, остальные обследуемые с БАР находились в ремиссии. Не страдали психическим расстройством 55 человек (17 мужчин и 38 женщин). Все обследуемые заполняли опросник «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой. Процедура исследования заключалась в предъявлении каждому обследуемому двух видеозаписей ситуаций межличностных конфликтов, связанных с унижением достоинства и физической опасностью для главного героя, а также нейтральной ситуации, не содержащей межличностного конфликта. Согласно содержанию видеозаписей, герои не были знакомы до возникновения конфликта, конфликтная ситуация развивалась быстротечно, и оканчивалась неопределенно. Одновременно производилась регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) с последующим выделением спектральной структуры ритма сердца, включая показатели временного анализа: АМо (амплитуда моды), ВР (вариационный размах), ИЦ (индекс централизации), ИАП (индекс активации подкорковых центров); и частотного анализа: ЧСС (частота сердечных сокращений), HF (мощность спектра высокочастотного компонента variability сердечного ритма), LF (мощность спектра низкочастотного компонента variability сердечного ритма), VLF (мощность спектра очень низкочастотного компонента variability сердечного ритма). Статистическая обработка выполнялась с помощью U-критерия Манна-Уитни и корреляционного анализа Пирсона в программе SPSS17.0.

Результаты и обсуждение. Обработка данных психофизиологического исследования показала, что группы обследуемых, страдающих БАР, и психически здоровых характеризовались различными профилями variability сердечного ритма.

При предъявлении видеозаписи конфликта, содержащего угрозу физической безопасности, в группе пациентов с БАР отмечались достоверно более высокие показатели АМо ($U=506,00$ $p=0,02$), ИЦ ($U=508,00$ $p=0,04$), и более низкие показатели ВР ($U=444,00$ $p=0,00$), HF ($U=413,00$ $p=0,01$), LF ($U=491,00$ $p=0,01$) и VLF ($U=522,00$

$p=0,03$). При предъявлении видеозаписи конфликта, связанного с унижением достоинства, в группе пациентов с БАП обнаружен достоверно более низкий показатель HF ($U=513,00$ $p=0,02$). При предъявлении нейтральной ситуации межличностного взаимодействия в группе пациентов с БАП отмечались более высокие показатели АМо ($U=537,00$ $p=0,04$), и более низкие показатели ВР ($U=511,00$ $p=0,02$), VLF ($U=481,00$ $p=0,02$). В фоне в группе БАП отмечалось более низкое значение HF ($U=439,00$ $p=0,02$) и ВР ($U=474,00$ $p=0,01$). Полученные данные свидетельствуют о более высоком фоновом уровне симпатической активации, о дефиците парасимпатической регуляции у пациентов с БАП во всех ситуациях межличностного взаимодействия, а также о недостаточности резервов автономного круга регуляции сердечного ритма для преодоления в конфликтных и нейтральных ситуациях. Выявленные результаты объясняют дефицит адаптационных механизмов и гибкости поведения в конфликтных и нейтральных ситуациях межличностного взаимодействия у пациентов с БАП по сравнению с психически здоровыми обследуемыми.

На следующем этапе был произведен корреляционный анализ показателей саморегуляции и частотных и временных показателей ВСР отдельно в группах нормы и пациентов с БАП. В группе нормы выявлены многочисленные корреляции процессов саморегуляции с показателями ВСР. Процессы планирования были отрицательно связаны с АМо в ситуациях нейтральной ситуации ($r=-0,37$, $p<0,01$) и унижения достоинства ($r=-0,29$, $p<0,05$). Процессы моделирования были отрицательно связаны с LF в нейтральной ситуации ($r=-0,30$ $p<0,05$); оценивание результатов было отрицательно связано с HF в ситуации физической опасности ($r=-0,32$ $p<0,05$) и унижения достоинства ($r=-0,37$ $p<0,01$), LF ($r=-0,20$ $p<0,05$) и VLF ($r=-0,31$ $p<0,05$) в нейтральной ситуации, а также ВР в нейтральной ситуации ($r=-0,28$ $p<0,05$), ситуации физической опасности ($r=-0,34$ $p<0,05$) и унижения достоинства ($r=-0,40$ $p<0,01$). Каких-либо корреляций между частотными и временными показателями ВСР в группе пациентов с БАП обнаружено не было.

Результаты показывают, что в нейтральной ситуации межличностного взаимодействия успешность процессов саморегуляции в группе нормы была связана со снижением симпатической активации. В конфликтных ситуациях, напротив, отмечена связь процессов оценки результатов своих действий с ростом симпатической активации и уменьшением парасимпатического влияния вегетативной нервной системы. Эти данные могут объяснять гибкость вегетативной регуляции, позволяющей изменять симпато-парасимпатическое взаимодействия в соответствии со сложностью ситуации, а также о том, что у представителей группы нормы процесс оценки собственных действий и их коррекции связан с увеличением активности, направленной на преодоление сложной ситуации.

Вывод. У пациентов с БАП выявлен дефицит адаптационных процессов и функциональной гибкости вегетативной регуляции в конфликтных и нейтральных ситуациях межличностного взаимодействия

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ПАЦИЕНТОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА И БЕЗ НЕГО, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Малямова И.В.

ГБУЗ ПНД №1

Санкт-Петербург

FEATURES OF EMOTIONAL SPHERE AND PERSONALITY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH AND WITHOUT DIABETES, WHO ARE PREPARING FOR BARIATRIC SURGERY

Malyamova I.V.

Введение. на сегодняшний день серьезной проблемой, с которой сталкиваются 30% взрослого населения Российской Федерации, является ожирение (исследование NATION НМИЦ эндокринологии). Бариатрическая операция – один из наиболее действенных методов лечения этого заболевания. Эффекты хирургического вмешательства выходят за рамки снижения массы тела, в высоком проценте случаев после его осуществления достигается ремиссия сопутствующих ожирению расстройств (Sheng B. et al., 2017, O'Brien P.E. et al., 2019). Вместе с тем в ряде случаев послеоперационный период оказывается тяжёлым для больных. Вегетативные и эмоциональные нарушения (повышенная раздражительность, обидчивость, тревога, безнадёжность), возникающие после хирургического вмешательства и обусловленные вынужденным ограничительным поведением, нередко становятся предпосылками формирования у пациентов недоверия к лечащему врачу и отказу от соблюдения врачебных назначений. Для снижения выраженности послеоперационных расстройств и повышения терапевтического комплаенса целесообразным видится проведение психокоррекционных программ с пациентами, страдающими ожирением и коморбидными ему заболеваниями на подготовительном к операции этапе. Применяемые интервенции должны опираться на научные данные о психологических особенностях больных ожирением и сопутствующими ему заболеваниями, в частности, сахарным диабетом 2-го типа. Подобные характеристики, однако, остаются недостаточно изученными.

Цель работы: изучение особенностей эмоционально-личностной сферы пациенток с сахарным диабетом второго типа и без него, находящихся на этапе подготовки к бариатрической операции.

Дизайн и объект исследования: в ходе кросс-секционного исследования в группы пациенток с сахарным диабетом второго типа (СД) и без него (НСД) были включены 23 и 17 человек соответственно.

Критерии включения: установленный диагноз ожирения, обусловленного избыточным поступлением энергетических ресурсов (Е66.0); возраст обследуемого от 30 лет; женский пол; наличие добровольного согласия на участие в исследовании.

Критерии невключения: наличие у респондента психических или интеллектуальных расстройств в актуальном состоянии или в анамнезе.

Методы исследования: регистрационная карта, опросник Бека, методика оценки личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина, ММРІ (в адаптации Л.Н. Собчик), тест копинг-стратегий Лазаруса (в адаптации Л.И. Вассермана с соавторами).

Методы статистической обработки: обработка данных проводилась при помощи статистического пакета SPSS ver.23. Проверка на нормальность распределения количественных показателей в каждой группе осуществлялась при помощи критерия Колмагорова-Смирнова. При проведении сравнительного анализа количественных характеристик применялся критерий U Манна-Уитни.

Результаты исследования. Средний возраст участниц исследования, включенных в группу СД, составил 42,7 (SD=5,25) года, их средний вес - 141,04 (SD=35,04) килограмм, большая часть обследованных имела высшее образование - 73,9%. В группе НСД средний возраст пациенток составил 36,0 (SD=5,96) лет, вес - 112,88 (SD=14,13) килограмм, наличие высшего образования регистрировалось у 76,5% респонденток. Установлены значимые различия между социально-демографическими и анамнестическими характеристиками групп СД и НСД: по сравнению с пациентками СД обследуемые группы НСД были моложе ($p \leq 0,001$), а их средний вес - меньше ($p < 0,05$).

У больных СД были выявлены более выраженные симптомы депрессии (13,656 [SD=8,27]) в сопоставлении с пациентками НСД (6,596 [SD=4,67]) ($p < 0,05$). В группах СД и НСД уровни ситуативной тревожности были средними (42,656 [SD=13,57] & 35,476 [SD=11,62]), значимые различия между группами не выявлялись. Вместе с тем, обнаружено, что уровень личностной тревожности у респонденток группы СД был выше, чем у пациенток НСД (47,786 [SD=9,74] vs 40,416 [SD=10,54]) ($p < 0,05$).

У обследованных группы СД показатели оценочных шкал методики MMPI L (2,486 [SD=1,53]) и K (12,266 [SD=3,70]) были ниже соответствующих показателей группы НСД (3,596 [SD=1,77] & 15,886 [SD=3,78]), а значение шкалы F - выше (10,836 [SD=4,05] vs 8,066 [SD=2,98]) ($p < 0,05$). Кроме того, пациентки группы СД имели более высокие показатели субшкал «Пессимистичность», «Тревожность» и «Социальная Интроверсия» (MMPI) по сравнению с обследуемыми группы НСД (67,486 [SD=15,22] vs 59,716 [SD=8,41]; 65,396 [SD=14,48] vs 58,476 [SD=7,97]; 59,396 [SD=10,28] vs 52,066 [SD=10,45]) ($p < 0,05$). При работе со специалистом респондентки с сахарным диабетом были предрасположены открыто говорить о своих проблемах и слабостях, предъявлять большое количество жалоб (на несчастную жизнь, сниженное настроение, бессонницу), отрицая при этом наличие внутреннего психологического конфликта. Пациентки с СД характеризовались общей напряженностью, погруженностью в мир внутренних переживаний и фантазий, социальной отгороженностью и отчужденностью. Замкнутость обследуемых свидетельствует о внутренней дисгармонии, которая служит способом сокрытия от окружающих своеобразия характера.

При соотнесении результатов копинг-теста Лазаруса было обнаружено, что обследованные группы СД отдавали большее предпочтение таким стратегиям совладающего поведения как Конфронтация и Бегство-Избегание по сравнению с пациентками группы НСД (54,486 [SD=12,62] vs 45,186 [SD=10,10]; 59,006 [SD=9,71] vs 48,066 [SD=10,03]) ($p < 0,05$). В поведении женщин, страдающих ожирением и сахарным диабетом, чаще проявлялась высокая конфликтность, недостаточная целенаправленность и рациональная обусловленность. В стрессовых ситуациях пациентки с СД были склонны проявлять нетерпеливость, раздражительность, занимать пассивную позицию, уклоняться от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей с помощью переключения и погружения в фантазии.

Выводы. Пациентки с ожирением и коморбидным ему сахарным диабетом по сравнению с больными без сахарного диабета характеризуются более высоким уровнем депрессивной симптоматики, личностной тревожности, социальной отгороженности, сочетающихся с тенденцией к отрицанию внутреннего психологического конфликта. Таким образом, при проведении предшествующих бариатрической операции интервенций с женщинами, страдающими ожирением и сахарным диабетом, особое внимание следует уделить снижению у пациенток депрессивных проявлений и тревожности, а также достижению осознания ими меры

своего участия в возникновении актуальных проблем, формированию у них ответственной личностной позиции в отношении лечения и собственной жизни.

ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19 НА СУБЪЕКТИВНУЮ ОЦЕНКУ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Медведева Т.И., Бойко О.М., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю

ФГБНУ Научный центр психического здоровья

Москва

EFFECT OF COVID-19 INFECTION ON SUBJECTIVE APPRAISAL OF NEUROCOGNITIVE FUNCTIONS IN YOUNG WOMEN, WHO SUFFER FROM MENTAL ILLNESSES.

Medvedeva T.I., Boyko O.M., Enikolopov S.N., Vorontsova O.Yu

Негативное влияние перенесенного COVID-19 на когнитивные функции стало известно еще в 2020 году. По мере накопления данных было установлено, что к осложнениям инфицирования SARS-CoV-2 относятся неврологические осложнения включая головокружение, головную боль, миалгии, полиневропатию, миозит, цереброваскулярные заболевания, энцефалит и энцефалопатию. Это указывает на тропность ткани ЦНС к вирусу SARS-CoV-2 объясняет значимость нейropsychиатрических исследований в когорте перенесших COVID-19 (Douaud G. et al. 2022). Жалобы на снижение когнитивных функций распространены не только в острой и подострой фазах COVID-19, но также отмечаются и через продолжительное время после выздоровления и составляют часть симптомов «пост ковида» или «длительного ковида» (longcovid). Нейropsychиатрические нарушения после перенесенного заболевания covid-19 отмечаются не только при тяжелом течении, требующем госпитализации, но и при амбулаторно перенесенной болезни (Hufner K. et al. 2022), хотя чем тяжелее было течение COVID-19, тем более значительно происходило снижение когнитивных функций (Douaud G. et al. 2022). Даже лёгкая форма перенесенного заболевания COVID-19 может привести к изменению структуры головного мозга (снижение объема серого вещества в орбитофронтальной коре и парагиппокампальной извилине, более значительные изменения маркеров повреждения тканей в областях, функционально связанных с первичной обонятельной корой, более выраженное уменьшение общего объема головного мозга (Douaud G. et al. 2022)) и нарушению когнитивных функций (Hampshire A. et al. 202; Poletti S. et al. 202).

Наиболее уязвимыми оказываются люди старшего возраста (Liu Y.H., Chen Y., Wang Q.H. et al., 2022). Однако важно состояние и представителей более молодых возрастных групп: они легче переносят заболевание, но последствия когнитивных нарушений могут оказать существенное влияние на их повседневное функционирование, и в общем на качество жизни. Полученные данные об отрицательном влиянии перенесенной новой коронавирусной инфекции на психическое здоровье популяции в целом, поднимают вопрос о ее воздействии на нейрокогнитивные функции у людей, страдающих психическими заболеваниями.

Целью исследования стало изучение субъективной оценки нейрокогнитивного функционирования после перенесенной коронавирусной инфекции у молодых женщин.

Материалы и методы. Материалом стали данные, полученные двумя путями: с использованием интернет-опроса и в ходе очной диагностики женщин, госпитализированных в ФГБНУ НЦПЗ. Общий объем выборки составил 1148 молодых женщин в возрасте до 35 лет. В данных, полученных в ходе интернет-опроса, по результатам ответа на вопрос «обращались ли Вы когда-либо за

психиатрической помощью» были выделены две группы: контрольная группа (780 человек) и «обращавшиеся к психиатру» (263 человека). В стационаре ФГБНУ НЦПЗ были обследованы 105 молодых женщин с диагнозом депрессия, которые составили группу «клиника».

Все испытуемые ответили на вопросы о состоянии своей памяти, внимания, когнитивного функционирования, все ответы давались по 5-бальной шкале Лайкерта (от 0 до 4), максимальный балл означал максимальное нарушение.

Статистическая обработка данных проводилась в статпакете SPSS с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни.

Результаты. Во всем предложенным вопросам представители выделенных групп статистически значимо различались между собой. Наибольшую степень нарушения демонстрировали испытуемые из клинической группы. Во всех группах нарушения были значимо выражены у тех, кто перенес коронавирусную инфекцию.

В контрольной группе переболевшие (94 человека) статистически значимо чаще хуже оценивали свою память (средние значения 0,62 и 0,88 для не болевших и переболевших соответственно), внимание (трудность сосредоточиться 0,83 и 1,12) и работоспособность (упадок сил - 1,02 и 1,64; все, что делаете требует больших усилий - 0,72 и 1,02). Статистически значимые различия не выявлены в динамической стороне внимания (легко теряете мысль) и в мотивационном аспекте когнитивных функций (трудности принятия решений).

В клинической группе у переболевших (57 человек) отмечались более разносторонние проблемы с вниманием (легко теряете мысль - 1,89 и 2,49; трудности сосредоточиться - 1,85 и 2,82) и работоспособностью (все, что делаете требует больших усилий - 1,87 и 2,49), при этом отсутствовали различия в оценке продуктивности своей памяти.

В группе «обравшихся к психиатрам» у переболевших (44 человека) выявлены статистически значимые более высокие показатели субъективной оценки нарушения памяти (0,88 и 1,29), работоспособности (упадок сил - 1,57 и 2,25, все, что делаете требует больших усилий - 1,25 и 1,75), мотивационного аспекта когнитивных функций (трудности принятия решений 1,3 и 1,7), внимания (трудности сосредоточения 1,26 и 1,70).

Обсуждение результатов. Несмотря на то, что во всех группах испытуемые отмечают более выраженные нарушения когнитивных функций после перенесенной коронавирусной инфекции, отмечается структурное своеобразие нарушения субъективно оцениваемого нейрокогнитивного функционирования в каждой из выделенных групп. Полученные результаты можно расположить по шкале «тяжесть субъективно оцениваемых нейрокогнитивных нарушений», где наиболее низкие значения у представителей контрольной группы, а наиболее высокие - у клинической группы. Более тяжелые нарушения, отмечаемые обследуемыми из клинической группы, по всей видимости, связаны с тем, что на нейрокогнитивные нарушения, связанные с перенесенным COVID-19, наложились когнитивные затруднения, обусловленные текущей остротой состояния.

Отдельного объяснения требуют промежуточные по степени тяжести результаты группы «обращавшиеся за психиатрической помощью». Так, известно, что перенесенное психотическое или депрессивное состояние, даже после выхода человека в ремиссию, оказывает долговременное негативное влияние на когнитивные функции: отмечаются снижение продуктивности памяти, нарушения внимания. Это может быть связано как с долгосрочными последствиями токсического действия острого состояния на клетки головного мозга, так и являться побочным действием принимаемой для поддержания состояния ремиссии психофармакотерапии.

Выводы. Таким образом, перенесенное заболевание COVID-19 оказывает негативное влияние на когнитивные функции человека любого психического статуса. При этом, люди, страдающие психическими заболеваниями, существенно ниже оценивают свое нейрокогнитивное функционирование после болезни по сравнению с представителями контрольной группы.

Исследования выполнено при поддержке гранта РФФ N 21-18-00129

ОТДАЛЁННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ У ВЗРОСЛЫХ ЖЕРТВ БУЛЛИНГА И КИБЕРБУЛЛИНГА

Михайлова Н.Ф., Истомина Е.А.

СПбГУ

Санкт-Петербург

LONG-TERM CONSEQUENCES IN ADULTS: VICTIMS OF BULLYING AND CYBERBULLYING

Mikhailova N.F., Istomina E.A.

Актуальность. По своей тяжести буллинг сравним с домашним насилием (Vaillancourt T., 2017). У «жертв» буллинга могут проявляться симптомы как психосоматического, так и невротического регистра (цефалгии, диссомнии, депрессивные и тревожные расстройства), а также нарушения пищевого поведения и обострение хронических заболеваний.

Стресс, вызванный буллингом, приравнивается к ПТСР, поскольку 30%-40% травмированных подростков имеют симптоматику (навязчивые воспоминания, избегающее поведение), превышающую клинический порог для постановки этого диагноза (Nielsen M.B., 2015). К 23 годам те, кто подвергался издевательствам в возрасте 16 лет, имели повышенный риск развития депрессии и низкий уровень самооценки (Sourander A., 2005). В мета-анализе семи комбинированных исследований, выполненных на выборке 2132 детей, была обнаружена корреляция между травлей в школе и выраженностью симптомов ПТСР (Nielsen et al., 2015).

Пережитые в юности травматические события в дальнейшем оказывают влияние не только на психическое здоровье, но и детерминируют формирование определённого типа личности (жертвы или обидчика) и психологическое функционирование человека в целом.

Ретроспективные исследования, изучающие связи между детской виктимизацией и более поздним проявлением ПТСР, показали схожие закономерности, доказывающие, что виктимизация в подростковом возрасте может иметь долгосрочные последствия и в более зрелом возрасте (Albuquerque & Williams, 2015; Espelage et al., 2016; McGuckin et al., 2011).

Буллинг и кибербуллинг – это межличностное событие, которое затрагивает важные аспекты развития детей и подростков. Издевательства происходят в то время, когда мозг находится в процессе развития в нескольких, регулирующих поведение, биопсихосоциальных системах: начиная с саморегуляции и обработки эмоций до исполнительных функций, от формирования социальных связей до восприятия угроз (Giedd, 2008; Bremner, 2016).

В России в отличие от Европы, в которой уже существует методология изучения и борьбы с буллингом, долгосрочные последствия школьного насилия пока еще мало изучены. Однако клиническая практика показывает, что жертвы травли продолжают испытывать трудности психической адаптации не только в раннем взрослом возрасте, но и на протяжении жизни. В этой связи данное исследование является важным как в научном, так и практическом плане.

Целью исследования стала оценка выраженности симптомов и предикторов ПТСР у жертв буллинга/кибербуллинга.

В исследовании приняло участие 100 студентов вузов из разных городов России (37 юношей и 63 девушки) в возрасте 17-29 лет. Буллинг оценивался с помощью 2 шкал - «Retrospective Bullying Questionnaire» (Rivers, 2001) и «Illinois Bully Scale» (Espelage, 2001), кибербуллинг – с помощью шкал «Cyberbullying and On-line Aggression Survey» (Hinduja, Patchin, 2010) и «Cyber-aggression and Cyber-victimization Scale» (Shapka & Maghsoudi, 2017). Кроме этого, оценивались индикаторы психического здоровья с помощью Трирского личностного опросника – TRF (Becker, 1988), ранние дезадаптивные схемы – YSQ-S3R и режимы их работы – SMI (J. Young, 2005) в адаптации Касьяник П.М. и Романовой Е.В. (2014). Статистическая обработка данных: критерий Манна-Уитни, корреляционный и регрессионный анализы.

Результаты. Выборка была разделена по медиане на две группы по степени выраженности виктимизации и симптомов ПТСР:

Лица с выраженными симптомами ПТСР характеризовались частым использованием копинг-стратегий планирования решения проблем ($p=0,007$) и их избегания ($p=0,017$). Они также отличались преобладанием таких дезадаптивных схем, как эмоциональная депривированность ($p=0,035$), покинутость ($p=0,009$), социальная отчуждённость ($p=0,002$), дефективность ($p=0,003$), неуспешность ($p=0,051$, тенд.), уязвимость ($p=0,006$), покорность ($p=0,048$), подавленность эмоций ($p=0,001$), поиск одобрения ($p=0,004$), пессимизм ($p=0,083$, тенд.). Схемы у них функционировали преимущественно в режиме уязвимого ($p=0,011$) и импульсивного ребёнка ($p=0,049$).

Личностные особенности у лиц с выраженным ПТСР характеризовались более сформированным поведенческим контролем ($p=0,003$) и способностью к эмпатии ($p=0,011$).

Лица с невыраженными симптомами ПТСР характеризовались лучшим психическим здоровьем ($p=0,002$), меньшей депрессивностью ($p=0,001$), более выраженными эгоцентризмом ($p=0,001$) и чувством самооценности ($p=0,001$), большей экспансивностью или склонностью к доминированию ($p=0,008$).

У лиц с выраженной виктимизацией сильнее проявлялись симптомы ПТСР ($p<0,001$), кибервиктимизация ($p=0,014$) и частота буллинга ($p=0,084$, тенд.). Они чаще использовали стратегии самоконтроля ($p=0,074$, тенд.), бегства-избегания ($p=0,023$) и планирования решения проблемы ($p=0,066$, тенд.). Для них были характерны схемы Домена нарушения связи и отвержения, Домена нарушенной автономии, а также режимы Уязвимого ребенка ($p=0,028$) и Требовательного родителя ($p=0,054$, тенд.).

В результате корреляционного анализа были обнаружены следующие взаимосвязи: Корреляции между позицией «Жертвы» и ПТСР ($r=,664^{**}$), виктимизацией ($r=,728^{**}$) и кибервиктимизацией ($r=,249^*$).

Для «Жертв» были характерны копинг-стратегии поиска социальной поддержки ($r=,201^*$), принятия ответственности ($r=,218^*$) и избегания ($r=,316^{**}$). У них чаще проявлялись схемы Домена нарушения связи и отвержения, Домена направленности на других, Домена сверхбдительности и подавления эмоций, а также Уязвимые детские режимы.

Регрессионный анализ выделил следующие предикторы:

Предикторами формирования ПТСР ($R^2=,574$) стало наличие опыта виктимизации в результате буллинга ($\beta=,758$), а также использование копинг-стратегий ($R^2=,214$) избегания ($\beta=,353$), самоконтроля ($\beta=,294$) при несформированности стратегии положительной переоценки ($\beta=-,336$).

Личностными предикторами формирования ПТСР ($R^2=,419$) стали такие индикаторы психического здоровья, как отсутствие наполненности жизни или

депрессивность ($\beta=-,459$), низкая самооценка ($\beta=-,375$), автономия ($\beta=,209$) и способность к эмпатии ($\beta=,419$).

Формированию ПТСР способствовали схемы ($R^2=,380$) дефективности ($\beta=,894$) при несформированности схем Привилегированности ($\beta=-,233$) и Зависимости ($\beta=-,300$), а также режимы функционирования схем ($R^2=,161$) Импульсивный Ребёнок ($\beta=,495$), Здоровый Взрослый ($\beta=,296$) при отсутствии режима Разгневанный Ребёнок ($\beta=-,513$).

Предикторами формирования роли «Жертвы» ($R^2=,582$) стала виктимизация ($\beta=,636$) при отсутствии агрессии ($\beta=-,246$).

Личностными предикторами формирования роли «Жертвы» ($R^2=,291$) стали низкая самооценка ($\beta=-,520$) и способность к эмпатии ($\beta=,489$), а также использование стратегий избегания ($R^2=,100$; $\beta=,316$).

Формированию роли «Жертвы» ($R^2=,084$) способствовали схема Неуспешности ($\beta=,290$), режим функционирования схемы ($R^2=,234$) «Требовательный Родитель» ($\beta=,432$) при отсутствии режима «Разгневанный ребёнок» ($\beta=-,521$);

Предикторами виктимизации у жертв буллинга ($R^2=,407$) стала частота буллинга ($\beta=,348$), кибервиктимизация ($\beta=,348$) при отсутствии агрессии ($\beta=-,389$) и киберагрессии ($\beta=-,251$). Предикторами виктимизации ($R^2=,670$) также стали мысли о суициде ($\beta=,167$), выраженность ПТСР ($\beta=,660$) и негативная оценка времени, проведенного в школе ($\beta=,187$).

Предикторами кибервиктимизации ($R^2=,528$) стали наличие виктимизации после буллинга ($\beta=,202$) и кибербуллинга ($\beta=,386$), выраженность киберагрессии ($\beta=,378$) и ПТСР ($R^2=,065$; $\beta=,225$).

Вывод: Результаты исследования показывают, что буллинг и кибербуллинг – это преемственные виды насилия, фактически представляющие единую модель насильственного поведения, реализуемую в разных (OFF или ON-line) условиях.

У жертв буллинга формируются специфические черты личности (депрессивность, низкое чувство самоценности) и копинг-стиль (бегство, поиск поддержки, принятие ответственности), набор дезадаптивных схем (неуспешность) и режимов функционирования, а также ПТСР.

Формированию ПТСР способствуют как опыт виктимизации, так и неконструктивные способы совладания, характерные для «жертвы» черты личности, дезадаптивные схемы и режимы функционирования как результат нерациональной «переработки» травмы.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Нартова Т.В. Каймакова В.А.

Многопрофильный медицинский центр Банка России,
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.
Москва

**PERSONALISED APPROACH TO NEUROREHABILITATION OF
PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR ACCIDENT**

Nartova T.V. Kaimakova V.A.

Одним из самых распространенных осложнений после острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) являются когнитивные расстройства, способные существенно ограничить повседневную активность человека. Постинсультные когнитивные нарушения достаточно часто выходят на передний план в клинической картине заболевания и могут включать в себя снижение памяти и

способности к абстрактному мышлению, нарушения речевых функций и пространственно-временной ориентации. Однако при организации реабилитационных мероприятий для лиц, перенесших ОНМК, необходимо учитывать не только анамнестические сведения, клинические особенности течения заболевания и выраженность когнитивных нарушений, но и актуальный психоэмоциональный статус пациента.

Возникновение у пациентов жалоб на снижение когнитивных функций не всегда отражает их действительное нарушение. Практика показывает, что данный феномен может указывать на наличие субъективных когнитивных нарушений, основной причиной которых являются расстройства тревожно-депрессивного и ипохондрического ряда. При депрессии и сосудистых когнитивных расстройствах отмечаются схожие нарушения познавательных функций — уменьшение скорости психических процессов, снижение уровня активного внимания, дисфункция лобно-подкорковых связей. В то же время, при умеренных когнитивных нарушениях (УКН) аффективные нарушения депрессивного спектра отмечаются более чем в 30% случаев, что свидетельствует о тесной связи между когнитивными нарушениями и иными нервно-психическими расстройствами. Само по себе наличие когнитивных расстройств может лежать в основе формирования постинсультной депрессии — в результате дефицита управляющих функций пациент может неправильно оценивать существующую ситуацию и собственное поведение. При сохранной критике депрессивное состояние может также отражать реакцию пациента на осознание своей когнитивной недостаточности.

Изменения эмоционально-личностной сферы зависят от тяжести и локализации ОНМК. При расположении очага поражения в левом полушарии головного мозга более характерно возникновение тревожно-депрессивных расстройств, в то время как поражение правого полушария чаще обуславливает эйфорические реакции либо безразличие пациента к собственному состоянию. Помимо этого, существенным фактором риска развития депрессивных расстройств является внезапный характер развития ОНМК и его последствия в виде двигательных дисфункций и ограничений в привычном образе жизни. Вероятность возникновения постинсультной депрессии сильно увеличивается при утрате пациентом трудоспособности.

В настоящее время не существует общепризнанных программ полноценного восстановления пациентов на разных этапах развития когнитивной дисфункции, что, вероятно, связано с гетерогенностью причин развития когнитивных и эмоциональных нарушений у данной категории пациентов. Проведение реабилитационных мероприятий осложнено проявлениями постинсультной депрессии — высокой истощаемостью, снижением мотивации, утратой интереса к привычной деятельности. В связи с этим большое значение в рамках психологического сопровождения пациентов с ОНМК приобретает не только ранняя диагностика когнитивных и эмоциональных нарушений, но и спланированная с их учетом психоэмоциональная поведенческая коррекция, составление индивидуальных программ моторного и когнитивного тренинга. Когнитивные и эмоциональные нарушения во многом определяют исход реабилитационных мероприятий и качество жизни пациента, в связи с чем целесообразно проведение клинического нейропсихологического обследования с применением количественных шкал, а также качественная оценка эмоционально-аффективных и поведенческих нарушений при нозологической диагностике когнитивных расстройств. Набор нейропсихологических методик должен быть достаточно простым, чтобы обеспечить выявление УКН на этапе первичной диагностики, но в то же время достаточно чувствительным к относительно небольшим по выраженности когнитивным расстройствам. В результате проведённого

нейропсихологического обследования формируется объективное представление о наличии у пациента нарушений психических познавательных процессов и эмоционально-волевой сферы. На основании полученных данных возможна разработка краткосрочных нейрореабилитационных программ, направленных на раннее восстановление когнитивных функций и снижение выраженности психоэмоциональных нарушений.

Составление персонализированных программ нейрореабилитации может осуществляться после стабилизации физического и нейродинамического состояния пациента в остром периоде заболевания. Подбор необходимых методов и формы коррекционно-восстановительного воздействия производится с учетом возрастных и индивидуально-психологических особенностей пациента, тяжести его состояния и локализации очага поражения головного мозга. В зависимости от структуры нарушений познавательной сферы программа когнитивного тренинга может включать в себя как компенсаторные интервенции, направленные на развитие сохраненных когнитивных функций, так и упражнения, способствующие частичному восстановлению утраченных в результате ОНМК функций. Использование комплексных программ нейрореабилитации, включающих в себя когнитивную стимуляцию, способствует снижению выраженности эмоциональных и поведенческих нарушений, что в свою очередь приводит к более высоким результатам функционального восстановления. Коррекция эмоциональных нарушений подразумевает вовлечение пациента в постановку целей реабилитации, помощь в психологической адаптации к заболеванию и связанными с ним ограничениями, разъяснение пациенту прогноза и последствий ОНМК с учетом принципов рациональной психотерапии. В дальнейшем программы могут быть скорректированы в соответствии с актуальным состоянием пациента и наличием динамики в когнитивной и эмоционально-волевой сферах. Персонализированный подход к коррекции когнитивных и аффективных нарушений позволяет повысить приверженность пациента лечебному процессу, сформировать оптимистическую жизненную перспективу, улучшить качество реабилитационных мероприятий в целом.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ЗАДЕРЖАННОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Новикова Г.Р.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России
Москва

A NEUROPSYCHOLOGICAL APPROACH TO THE DIAGNOSIS OF DELAYED MENTAL DEVELOPMENT

Novikova G.R.

Задержки психического развития (ЗПР) в отечественной психиатрии относят к различным по этиопатогенезу состояниям легкой интеллектуальной недостаточности, связанным с незрелостью психики и мозговых структур (Тиганов А.С., 1999; Емелина Д.А., 2018). Они рассматриваются как промежуточные формы в континууме между интеллектуальной нормой и умственной отсталостью; выступают в виде отдельной группы состояний либо как синдром, входящий в структуру того или иного неврологического, психического или соматического заболевания. Квалификация дизонтогенетических проявлений основывается на сопоставлении данных нервно-психического развития ребенка с возрастными нормативами. Высокая индивидуальная вариативность состояний сформированности различных форм психической деятельности (в силу

гетерохронии созревания, парциальности нарушения, воздействия социальных факторов) снижает достоверность описательных категорий.

Цель исследования. Разработка критериев диагностики нарушенного нейроразвития при дизонтогенетической форме ЗПР с использованием категориального и дименсионального подходов.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 59 учащихся начальной школы в возрасте 7 лет (7 лет – 7 лет 10 мес.). Основную группу составили 34 ребенка с дизонтогенетической формой ЗПР (20 мальчиков, 14 девочек) в виде личностной незрелости с волевой и эмоциональной неустойчивостью и/или парциальной недостаточностью когнитивных функций. В группу сравнения вошли сверстники с нормальным развитием – 25 человек (15 мальчиков, 10 девочек). Методы исследования включали клинико-психологическую беседу, нейропсихологический метод (по схеме, предложенной А.Р. Лурия и модифицированной И.Ф. Марковской для детей) и статистическую обработку данных. В эксперименте было использовано 20 заданий, направленных на различные стороны праксиса, когнитивной сферы, речи, школьных навыков. Для данной популяции была разработана система дифференцированной оценки степени сформированности высших психических функций (ВПФ) с опорой на количественно-качественный анализ: устанавливалось соответствие между балльной оценкой и степенью сформированности структурно-функциональных компонентов ВПФ, выделенных в соответствии с действием нейропсихологических факторов – регуляционного, частных модально-специфических, нейродинамического. Кроме того, выводились совокупные показатели: а) процесса интериоризации ВПФ при полноте состава их структурно-функциональных компонентов и б) структурно-функциональной недостаточности ВПФ, затрудняющей формирование психической функции.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования был описан нейропсихологический профиль со следующим набором диагностически значимых признаков: 1) полнота состава звеньев функциональных систем (регуляторные, модально-специфические, нейродинамические компоненты); 2) замедление процессов интериоризации и формирования внутренних умственных действий вследствие дезавтоматизации элементов ориентировочной основы; 3) ослабление регулирующей роли программы при повышении уровня произвольности и включенности интеллектуальных действий в структуру ВПФ. Симптомокомплекс отражает замедление темпа становления возрастной динамики нормального онтогенеза в виде нарушения процесса перехода к более сложным функциональным системам у детей в возрасте 7 лет. Замедленные по сравнению с возрастной нормой темп формирования регулятивных систем и интериоризация психических процессов могут указывать на задержку темпа формирования отделов третьего структурно-функционального блока мозга: премоторных, префронтальных конвекситальных отделов коры лобных долей.

Выводы. Диагностический подход с применением разработанных критериев дименсиональной оценки нейропсихологических данных для случаев ЗПР позволил выявить в рамках общего континуума состояний сформированности ВПФ дизонтогенетический механизм, определяющий патогенез данного расстройства. Применение общих закономерностей нарушения нейроразвития психических процессов и их структуры к синдрому ЗПР, с одной стороны, будет способствовать уменьшению гетерогенности в исследуемых выборках, с другой стороны, повысит клиническую полезность системы классификации синдромов психической ретардации. В частности, подход к диагностике может быть расширен за счет использования нескольких дискрипторов психопатологии (симптоматика, тяжесть,

течение), концептуализации синдрома в континууме, возможности постановки диагноза лонгитудно, возможности включения субклинических случаев.

КОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ АКЦЕНТУАЦИЙ ГОССЛУЖАЩИХ

Носс И.Н.

ФГБУ ФМИЦПП имени В.П.Сербского
Российский государственный гуманитарный университет
Москва

COGNITIVE FEATURES OF PERSONAL ACCENTUATIONS OF CIVIL SERVANTS

Noss I.N.

Нарушения мышления - один из наиболее часто встречающихся симптомов при психических отклонениях и заболеваниях. Клинические варианты когнитивных расстройств многообразны, и некоторые из них считаются специфическими для разных форм болезни. Содержательное наполнение когнитивных девиаций, детерминированных акцентуациями характера, в психиатрии и психологии различается. Более того, индивидуальные проявления ассоциативно-интеллектуальной сферы, отмечает К.Леонгард, не должны связываться с чертами акцентуации личности. Однако Н.Н.Крыжевская показывает наличие связи интеллекта с ипохондрическим, депрессивным, психопатическим, паранойяльным, шизоидным, гипоманиакальным типами акцентуаций характера. Н.В.Разживина выводит обратную связь между уровнем интеллекта и показателями общей тревожности. Т.И.Бородина статистически подтверждает понижение уровня интеллекта у сотрудников, имеющих акцентуации характера.

Наше исследование имело целью выявить специфику интеллекта акцентуированных респондентов и соотнести ее с данными, полученными в клинической психологии и психиатрии. Оно проводилось с 2017 по 2021 гг. в 8 регионах России путем изучения лиц, имеющих акцентуации характера (1095 человек, возраст 28,6 лет, 61% - мужчины), и нормативных (966 человек, возраст 27,9 лет, 76% - мужчины) сотрудников государственной службы.

В ходе констатирующего эксперимента, построенного по схеме «лоскутного плана», акцентуации характера выявлялись по показателям ММИЛ и результатам клинической беседы. Для оценки когнитивных характеристик использовались Краткий отборочный тест, Прогрессивные матрицы Равена (SPM), субтест «Аналогии» теста Амтхауэра и субтест «Словарь» теста Дж.С.Фланагана.

Учитывая соотношение обобщенных показателей когнитивных функций сотрудников в соответствии с типами акцентуаций характера, при эквивалентности выборок, обоснованно можно сказать о различии уровня интеллекта у представителей разных типов личностных акцентуаций. Наиболее высокий уровень наблюдается у акцентуантов оригинального и тревожного типов. Наименьший – у пессимистического и демонстративного.

Дисперсионный анализ позволил выявить специфику интеллектуальных показателей личностных акцентуаций, которые группируются в четыре блока-кластера. Первый кластер – пессимистический тип с депрессивными тенденциями. Второй – демонстративный тип, характеризующийся истерическими чертами характера. Третий – аналитичный наряженный тип с проявлениями самоанализа, невротического сверхконтроля, связанного с педантизмом на фоне осторожного оптимизма. Четвертый кластер – тревожно-возбудимый тип, характеризующийся оригинальностью поведения на фоне личностной тревожности и импульсивности поступков.

Углубленное изучение когнитивных характеристик акцентуированных личностей, осуществлялось путем сопоставления продуктивности, скорости и точности мыслительных операций. В структуре мышления пессимистического и аналитично-напряженного типов акцентуантов преобладает скорость мыслительных функций. У демонстративного типа – скорость и точность. А у тревожно-возбудимого типа доминирует продуктивность. Разные когорты акцентуантов по-разному выстраивают стратегию мышления. Пессимисты, отчасти - истерики и аналитико-невротичные люди пытаются быстрее решить задачу, тем самым ускоренно выйти из проблемы. Тревожно-возбудимые респонденты обращают пристальное внимание на результат, возможно даже в ущерб скорости и точности мыслительных операций. Пессимистический тип. Л.Сокови́кова отмечает, что результаты зарубежных исследований выявили доминирование депрессивных расстройств в выборке людей с высоким IQ относительно популяции. Наблюдается «депрессивный сдвиг», затрагивающий сферу внимания, мышления, памяти и прогнозирования.

Полученные нами данные на материале акцентуированных лиц с выраженными пессимистическими тенденциями подтверждают, что и при патологии, и при депрессивных акцентуациях наблюдается понижение практически всех параметров мышления.

Демонстративный тип. Истерическое мышление характеризуется ослаблением памяти и фокусировки внимания, снижением качества восприятия технической информации, затуманиванием сознания, приводящее к торможению мышления на очевидности факта, замещению его романтической иллюзией, доминированию эмоциональных аспектов.

Дисперсионный анализ выявил, что показатели тестов у нормативных сотрудников и истероидов статистически значимо различаются, что подтверждает изложенное в литературе мнение об общем снижении у истериков когнитивных функций.

Аналитический напряженный тип содержит амальгамный вариант наслоений признаков интраверсии, ипохондрии, гипертимии и параноидных проявлений.

В сопоставлении интеллекта и интроверсии обнаруживается неоднозначная конфигурация их связи, находящаяся под влиянием мотивационных и личностных компонентов при резком сокращении числа связей между показателями интеллекта. Кардинальных отличий показателей мышления акцентуантов-интровертов от нормативной выборки нами не обнаружено при незначительном превосходстве интровертов в продуктивности и скорости мыслительных функций.

Н.Н. Крыжевская утверждает, что уровень интеллекта и ипохондрия имеют обратные корреляции у лиц с акцентуациями характера. Исследование параметров мышления привело нас к выводу о доминировании скорости мыслительных функций у лиц с невротической акцентуацией характера: у нормативных испытуемых наблюдались бóльшие значения по продуктивности и точности мышления.

Гипертимный слой, по мнению М.А.Frye, G.Helleman и S.L.McElroy, характеризуется ускорением мышления (тахипсихией), снятием строгости критериев ассоциаций, сохранности логики суждений. Нами экспериментально подтверждена тенденция увеличения скорости мышления гипертимиков относительно нормативной выборки на фоне понижения продуктивности и точности мышления.

Параноидные тенденции характеризуются излишней подозрительностью на фоне сохранности адекватности восприятия и логики в сферах, не касающихся субъективных представлений личности. Мы наблюдали тотальное снижение продуктивности и точности мыслительных функций, и преобладание скорости мышления, что отличает наши данные от ранних публикаций.

Тревожно-возбудимый тип представлен в нашем исследовании в виде амальгамного феномена, в котором проявляются шизоидные, психастенические и импульсивные тенденции.

Когнитивные нарушения являются ключевой группой симптомов шизофрении и шизофреноподобных психозов. По мнению J.M.Gold и P.D.Harvey больные остаются «без фундамента когнитивных функций». Однако С.Н.Мосолов и С.О.Кабанов отмечают, что начальной стадии пациенты демонстрируют бóльшую эффективность запоминания, скорость обработки информации, гибкость когнитивного контроля, высокие переключаемость и распределение внимания. Наше исследование выявило преобладание продуктивности, скорости и точности мыслительных функций у респондентов с шизоидными тенденциями, что сопоставимо с результатами исследований больных шизофренией, находящихся на первичной стадии развития болезни.

В литературе имеются противоречивые рассуждения о связи тревожности и интеллекта. Нами получены бóльшие показатели мышления у акцентуантов тревожного типа по всем позициям кроме точности мыслительных операций. В итоге подтверждено мнение S.Mendaglio, T.Kettler и A.Rinn A. об эффективности когнитивных функций при росте личностной тревожности испытуемых.

По утверждению A.Raine, W.S.Laufer и Y.Yang лица с психопатическими расстройствами могут иметь как нормальный, так и пониженный уровень развития мыслительных функций. Наши данные показывают, что акцентуанты импульсивного типа по продуктивности и скорости мышления превосходят нормативную выборку.

Таким образом, исследования патологии и пограничных нервных расстройств, при всей своей схожести и теоретической типологической близости в сфере когнитивных характеристик, во многом специфичны. Поэтому некорректно переносить результаты наблюдения и, тем более выводы, полученные на одном типе патологий на этот же тип акцентуантов.

К НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)

Пилечев Д.А., Вандыш-Бубко В.В., Микадзе Ю.В.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова

ФГБУ «ФЦМН» ФМБА России

Москва

TO THE NEUROPSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PERSONS SUFFERING FROM MENTAL DISORDERS (FORENSIC PSYCHIATRIC ASPECT)

Pilechev D.A., Vandysh-Bubko V.V., Mikadze Yu.V.

Цель исследования. Уточнение спектра возможностей применения нейропсихологического синдромного анализа в рамках процедуры экспертного обследования лиц, привлекаемых к уголовной ответственности.

Материал и методы. На базе отделения экзогенных психических расстройств ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ в 2020 – 2022гг. было проведено нейропсихологическое обследование по методу А.Р. Лурия (Лурия А.Р., 2018) 84 лиц мужского пола (возраст 43±13 г.). Выборка обследованных была сформирована случайным образом из числа лиц, для оценки психического состояния которых перспективным представлялось установление экспертно значимых различий нейрокогнитивного дефицита. Проводился качественный анализ и количественная

оценка грубости наблюдаемых нарушений (Микадзе Ю.В., 2012; Глозман Ж.М., 2020), а также статистические методы обработки данных (непараметрический U-критерия Манна-Уитни).

В соответствии с результатами клинической оценки у 54 обследованных (64,3%) был установлен диагноз органического психического расстройства (ОПР) - F07 органическое расстройство личности (ОРЛ; 45 набл.) и F06.6. органическое эмоционально лабильное расстройство (ОЭЛР; 9 набл.); у 30 (35,7%) – F60 F61 расстройства зрелой личности (смешанное, эмоционально-неустойчивое, истерическое) - РЛ. В 59 случаях (70,2%) было принято решение о «вменяемости» (сохранной способности осознавать... свои действия и руководить ими; Вм...), в 25 случаях (29,8%), соответственно, о «невменяемости» (НВм).

Полученные в процессе нейропсихологического обследования данные анализировались: 1) по выборке в целом; 2) при сравнении а) априори принципиально разных по тяжести расстройств в выборках («вменяемые» / «невменяемые»); б) выборки обследованных с установленными диагнозами «органическое психическое расстройство» / «расстройство зрелой личности»; в) в выборках ОПР, различающихся на уровне ведущего синдрома (ОРЛ/ ОЭЛР).

Результаты и их обсуждение

В целом по выборке (84 набл.) состояние отдельных высших психических функций (ВПФ) было представлено в виде профиля, где наиболее выраженные нарушения отмечались в функциях: программирования, регуляции и контроля (45%), слухоречевой памяти (43%), нейродинамического обеспечения психической деятельности (40%). Метод чувствителен в отношении функций, приоритетных при экспертной оценке - способности субъекта к произвольной регуляции психической деятельности.

Сравнительный анализ по параметру «вменяемые-невменяемые» в пределах всей совокупности (без учета нозологической принадлежности) представляется методически корректным, поскольку предполагает поиск нейропсихологических маркеров, которые могут быть использованы при обосновании общих клинических критериев тяжести состояния. В целом группу Вм (59 чел.), в соответствии с полученными данными, характеризуют нарушения, в общем не превышающие умеренных значений, группу НВм (25 чел.) – прежде всего, выраженные нарушения функций программирования, регуляции и контроля, слухоречевой памяти, нейродинамического обеспечения психической деятельности. При сравнении указанных групп отмечаются значимые различия ($p=0,01$) по таким функциям как: программирование, регуляция и контроль; нейродинамическое обеспечение психической деятельности; слухоречевой памяти; серийной организации психической деятельности; зрительно-пространственные и квазипространственные функции, а также ($p=0,05$) соматосенсорного гнозиса и зрительной памяти. Проведен анализ нарушений нейропсихологических факторов (синдромов) и соответствующей им топике мозговых дисфункций. Установлено у обследованных из групп Вм (59 набл.) и НВм (25 набл.), что выявляемые нарушения во второй группе (НВм) стабильно более выражены чем в группе лиц, признанных вменяемыми. Наиболее значимое увеличение числа симптомов отмечается со стороны передних и базально лобных отделов, глубинных структур ($p=0,01$), а также теменно-височно-затылочных, теменных и височных отделов ($p=0,05$). Что позволяют говорить о валидности результатов НПО при оценке тяжести психического расстройства. Соответственно, они могут учитываться при обосновании выводов о вменяемости в качестве дополнительных, тем не менее объективных, критериев оценки.

При сравнении групп ОНР (54 набл.) – РЛ (30 набл.), была выявлена бóльшая выраженность нарушений ВПФ в группе ОНР, при наличии наиболее значимых различий со стороны функций - программирования, регуляции и контроля за психической деятельностью ($p=0,01$). Результаты сравнительного анализа выраженности нарушений ВПФ в зависимости от экспертного решения (Вм, 36 набл; НВм, 18 набл.) в выборке собственно ОНР (54 набл.), свидетельствуют что у обследованных в группе НВм значимо выше, чем в группе ВМ. Наиболее значимое увеличение числа симптомов отмечается со стороны височных отделов ($p=0,01$), а также передних лобных, базально лобных и глубинных структур ($p=0,05$).

В выборках ОНР, различающихся на уровне ведущего синдрома (ОРЛ/ ОЭЛР) установлено, что на фоне более выраженного нарушения ВПФ в первой группе, отмечаются значимые различия в первую очередь со стороны функций - нейродинамического обеспечения психической деятельности. Кроме того, в группе обследованных с установленным диагнозом ОРЛ отмечается, и большая выраженность нарушений по всем остальным психическим сферам. В группе ОРЛ, в сравнении с группой ОЭЛР отмечается также значительное увеличение числа симптомов указывающих на заинтересованность базально-лобных и глубинных структур ($p=0,02$).

Результаты сравнительного анализа выраженности нарушений ВПФ в выборке ОРЛ (по критерию «Вм» (32 набл.)/ «НВм» (13 набл.) свидетельствуют, что группа обследованных, признанных невменяемыми, демонстрирует стабильно более выраженные нарушения ВПФ. Наиболее значимое увеличение числа симптомов отмечается со стороны передних лобных и височных отделов ($p=0,05$) (Пилчев Д.А., Микадзе Ю.В., Вандыш-Бубко В.В., 2020; 2021; 2022г.). Приведенные данные также могут свидетельствовать о валидности клинической диагностики, так как при верификации ОРЛ существенная роль отводится когнитивным нарушениям. Соответственно, объективно выявляемые при нейропсихологическом исследовании нарушения ВПФ могут быть интегрированы в систему объективных критериев оценки собственно ОРЛ и перспективности использования результатов нейропсихологического исследования для верификации нозологической принадлежности оцениваемого психического расстройства (в данном случае ОНР), то есть – для оценки расстройства на уровне медицинского критерия (при разграничении, в частности, с РЛ).

Использование метода нейропсихологического факторного анализа нарушений ВПФ, отвечает современной диагностической тенденции в клинической психиатрии состоящей во внедрении в повседневную практику квази-дименсиональной оценки с целью дополнения традиционного категориального подхода (Рид Дж.М. и соавт., 2013; Мај М., 2014; Павлюченко А.В., 2015; Clark L.A. et al., 2017; Морозов П.В. и соавт., 2018 и др.). НПО может повысить валидность критериев экспертной оценки, обосновать связь когнитивных нарушений с компонентами психологического (юридического) критерия формулы вменяемости. В этом контексте, органическое психическое расстройство может рассматриваться в качестве перспективной клинической модели в силу его этиологической определенности и специфики клинических проявлений, в первую очередь когнитивных дисфункций.

Выводы. Информативным с точки зрения вклада в экспертную оценку, может быть установление структуры и степени выраженности нейропсихологических нарушений, позволяющих соотнести нарушение психических функций и дисфункцию/повреждение соответствующих зон мозга. Речь идет, в первую очередь о некоторых категориях органически обусловленных психических расстройств с сопутствующими им когнитивными нарушениями. Результаты нейропсихологического обследования могут быть дополнительным источником

верификации экспертного решения как на уровне медицинского критерия, так и объективизации категории “вменяемости”.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Пономарева Е.Р., Тюсова О.В., Блохина Е.А.

СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №6 (стационар с диспансером)»

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.

Санкт-Петербург

COGNITIVE FUNCTIONING OF HIV-POSITIVE PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE SYNDROME AT DIFFERENT STAGES OF ADDICTION TREATMENT.

Ponomareva E.R., Toussova O.V., Blokhina E.A.

Цель исследования: изучение особенностей когнитивного функционирования (концентрация, распределение, переключаемость внимания, регуляторные функции, кратковременная и долговременная память, общая продуктивность запоминания, скорость обработки информации, словесная беглость) ВИЧ-положительных больных с синдромом зависимости от опиоидов (СЗО) на разных этапах наркологического лечения и сравнение результатов когнитивного функционирования после лечения с нормативными данными.

Материал и методы. В исследовании участвовало 53 пациента (47 мужчин, 5 женщин) с СЗО (средний стаж употребления опиоидов 7 лет), имеющих ВИЧ-положительный статус (средняя продолжительность 9 лет) и не принимающих антиретровирусную терапию (АРВТ), а также 38 условно здоровых человек (35 мужчин, 3 женщины). Средний возраст участников - 35 лет, средняя продолжительность образования - 11 лет. В качестве психодиагностических методов были использованы методики: «Шифровка» (скорости обработки информации, концентрации и распределения внимания); «Словесная беглость» (семантическая память и регуляторные функции); «тест Хопкинса» (кратковременная и долговременная память, общая продуктивность запоминания); тест «Цветовой тропинки 1 и 2» (регуляторные функции, концентрация и переключаемость внимания). В качестве статистических методов были применены: описательные статистики (среднее значение, стандартное отклонение), критерий Вилкоксона, критерий Манна-Уитни, критерий Фридмана, корреляционный анализ (критерий Спирмена).

Оценка когнитивного функционирования участников экспериментальной группы была проведена на трех временных отрезках. Первый визит – это пик синдрома отмены от опиоидов (2-й – 4-й день госпитализации). Второй визит – это окончание абстиненции и детоксикационной терапии (7-й – 14-й день). Третий визит – это отсроченная проверка (3 недели после второго визита). Оценка когнитивного функционирования участников контрольной группы проводилась однократно.

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты указывают на наличие значимых изменений характеристик когнитивного функционирования у лиц с СЗО и ВИЧ положительным статусом в процессе наркологического лечения. Т- критерий Вилкоксона выявил значимое улучшение когнитивных функций при сравнении результатов методик, выполненных на первом и третьем визитах: внимание (концентрация, распределение и переключаемость), скорость обработки информации, словесная беглость и регуляторные функции - достоверные различия среди результатов методики «Шифровка» ($43,57 \pm 15,73$ vs. $53,51 \pm 19,87$, $p=0,001$), методики «Цветовые тропинки» субтест 1 ($63 \pm 24,9$ vs. $54 \pm 24,43$, $p=0,001$) и субтест 2

(135±65,1 vs. 105,42±38,05, $p=0,001$), а также методики «Словесная беглость, субтест «Действия»» (14,23±4,51 vs. 15,64±5,44, $p=0,04$). Подобную тенденцию подкрепляют данные, полученные с помощью статистического критерия Фридмана, выявившего наличие достоверных значимых различий в результатах методик: «Шифровка» ($p=0,00002$), «Цветовые тропинки» субтест 1 ($p=0,00762$) и 2 ($p=0,00008$), «Словесная беглость» субтест «Действие» ($p=0,05106$), выполненных на всех трех временных срезах. Однако, не было обнаружено значимых данных об улучшении показателей мнестической деятельности.

Сравнение результатов психодиагностических методик, выполненных участниками экспериментальной и контрольной групп указывает на снижение продуктивности когнитивного функционирования пациентов с СЗО и положительным ВИЧ статусом, не принимающих АРВТ, по сравнению с нормативными данными: результаты психодиагностических методик ниже нормативных данных. Подобные данные были подтверждены статистическим U-критерием Манна-Уитни при сравнении результатов методик: Тест Хопкинса, отсроченное воспроизведение (5,85±2,53 vs. 8,81±1,51, $p=0,01$), «Шифровка» (53,51±19,87 vs. 85,92±12,88, $p=0,01$), «Словесная беглость» субтест «Действия» (15,64±5,44 vs. 19,52±3,62, $p=0,01$), «Цветовые тропинки» субтест 1 (54±24,43 vs. 36±11,63, $p=0,01$) и субтест 2 (105, 46±38,48 vs. 66,23±14,04, $p=0,01$).

Подобные результаты, вероятно, могут свидетельствовать о недостаточном восстановлении когнитивных функций через определенное время после активного употребления ПАВ. Исходя из этого, можно сделать вывод о том, что детоксикационное наркологическое лечение способствует улучшению когнитивного функционирования, но не восстанавливает когнитивные функции до нормативных показателей.

Такие результаты, вероятно, могут быть связаны с тем, что в процессе наркологического лечения важную роль играют нейроэндокринные системы, которые активируются на фоне синдрома отмены опиоидов: феномен дисфункции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, которая активируется при прекращении употребления опиоидов, а также при развитии синдрома отмены (Ветрова М. В. и соавт., 2022).

Также полученные результаты могут быть связаны с отсутствием продуктивной и надёжной терапии сопутствующего заболевания участников экспериментальной группы – ВИЧ-инфекции. Стоит отметить и то, что в целом наличие двух патологических состояний, а именно, синдрома зависимости от опиоидов и ВИЧ-инфекции, имеют тенденцию к усилению негативного воздействия каждого из состояний на центральную нервную систему индивидов, что может приводить к наиболее существенным нарушениям функционирования когнитивных функций (Петросян Т. Р., 2018).

Немаловажно и то, что данные результаты могут быть связаны с изначально невысоким уровнем показателей кратковременной и долговременной памяти, концентрации, распределения и переключаемости внимания; скорости обработки информации, исполнительных функций и сохранности семантического аппарата у членов экспериментальной группы, но данное предположение не поддается эмпирической проверке.

Яркими специфическими корреляциями в результатах психодиагностического исследования экспериментальной группы являются взаимосвязи кратковременной ($r=0,41$) и долговременной памяти ($r=0,41$), общей продуктивности запоминания ($r=0,5$), концентрации и распределения внимания ($r=0,51$) с показателем словесной беглости ($p<0,01$). Это может указывать на сформировавшуюся тесную связь памяти и внимания с семантической памятью и регуляторными функциями. То есть, людям

с синдромом зависимости от опиоидов и ВИЧ- инфекцией проще запоминать информацию, концентрировать и перераспределять внимание, если отмечаются различные ассоциативные и опосредованные связи в материале. Также была выявлена сильная отрицательная корреляционная связь показателей переключаемости внимания со словесной беглостью ($r=-0,39$, $p < 0,01$). То есть проявляется обратная тенденция, когда увеличение продуктивности включения семантического компонента мышления мешает продуктивности переключаемости внимания.

Выводы. Исследование показало, что концентрация и распределение внимания, переключаемость внимания, скорость обработки информации, семантическая память и регуляторные функции улучшаются после детоксикационной терапии. Однако показатели мнестической деятельности после детоксикационной терапии не улучшаются. Было выявлено, что показатели когнитивного функционирования участников исследования с опиоидной зависимостью и положительным ВИЧ статусом после детоксикационной терапии не смогли достичь уровня показателей условно здоровых людей, которые не имеют установленных диагнозов «синдром зависимости от опиоидов» и «ВИЧ- инфекция». Результаты тестирования пациентов с синдромом зависимости от опиоидов и положительным ВИЧ статусом демонстрируют тесную взаимосвязь памяти и внимания с семантической памятью и регуляторными функциями; нормативная группа подобных взаимосвязей не демонстрирует, поэтому одним из аспектов работы по восстановлению когнитивных функций может стать тренировка семантической памяти и активация регуляторных функций.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Ржеутская Н.А., Хяникяйнен И.В.

Медицинский институт Петрозаводского государственного университета
Петрозаводск

PSYCHOLOGICAL DEFENSES IN PATIENTS WITH AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM DISORDER

Rzheutskaya N.A., Hyanikyaynen I.V.

Актуальность. Расстройство вегетативной нервной системы (РВНС) – распространенное мультифакториальное заболевание в контингенте лиц трудоспособного возраста, которое нередко длительное время остаётся без адекватной своевременной диагностики и лечения. В ряду факторов, предрасполагающих к его развитию, отмечаются биологические (наследственная предрасположенность к психосоматическому пути реагирования) и психосоциальные (личностные особенности заболевших, социальная фрустрированность и прочие). До настоящего времени соотношение клинических проявлений РВНС с такими преморбидными психологическими характеристиками, как психологические защиты (ПЗ), изучено недостаточно. ПЗ – механизмы, направленные на редукцию патогенного эмоционального напряжения. Их своевременная стратификация позволяет оптимизировать персонализированные программы психолого-психотерапевтической реабилитации пациентов с РВНС.

Цель работы: изучить психологические защиты, приводящие к дезадаптации личности и возникновению РВНС.

Материалы и методы: обследовали петрозаводчан: пациентов с РВНС ($n=104$; средний возраст $36,8 \pm 10,7$ лет; гендерный индекс 1:1) и здоровых ($n=30$; средний возраст $36,1 \pm 5,5$ лет; гендерный индекс 1:1) ($p=0,761$). Изучали неврологический

статус по классической методике с оценкой вегетативной нервной системы (клино-ортостатическая проба, проба Данини-Ашнера, оценка ирритации вегетативной нервной системы по Маркелову-Нарышкину). Критерием отбора больных для исследования явилось наличие клинической картины РВНС (по диагностическим критериям МКБ-10). Исследование психологических защит проводили с помощью опросника «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI) (Р. Плутчика, Х. Келлерман, Р. Конте, 1979). Статистическая обработка данных выполнялась с помощью пакета Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов отмечались признаки поражения вегетативной нервной системы (повышение вегетативных реакций, изменение ортостатической и клиноортостатической проб, признаки ирритации вегетативной нервной системы). С помощью опросника LSI выявили гендерную специфику ПЗ. В когорте мужчин были получены следующие результаты: «отрицание» $36,71 \pm 15,42 / 47,68 \pm 13,98$ ($p=0,008$); «подавление» $27,24 \pm 16,35 / 17,22 \pm 10,2$ ($p=0,040$); «регрессия» $22,28 \pm 15,45 / 0$ ($p=0,001$); «компенсация» $19,62 \pm 15,45 / 18,33 \pm 17,86$ ($p=0,593$); «проекция» $23,97 \pm 17,61 / 10,78 \pm 3,59$ ($p=0,007$); «замещение» $20,43 \pm 12,74 / 5,65 \pm 1,15$ ($p=0,001$); «интеллектуализация» $45,80 \pm 18,26 / 52,22 \pm 13,55$ ($p=0,176$); «реактивное образование» $23,27 \pm 9,37 / 16,00 \pm 7,37$ ($p=0,359$), «общая напряженность ПЗ» $27,76 \pm 7,82 / 20,71 \pm 4,81$ ($p=0,001$) баллов у пациентов с РВНС / здоровых соответственно. У женщин (больных РВНС / здоровых) результаты используемых ПЗ следующие: «отрицание» $34,18 \pm 17,64 / 51,8 \pm 14,37$ ($p=0,001$); «подавление» $26,74 \pm 15,94 / 23,34 \pm 9,96$ ($p=0,306$); «регрессия» $35,57 \pm 14,6 / 3,33 \pm 0,31$ ($p=0,001$); «компенсация» $24,04 \pm 14,59 / 15,33 \pm 10,6$ ($p=0,051$); «проекция» $31,23 \pm 18,05 / 12,83 \pm 6,11$ ($p=0,001$); «замещение» $16,29 \pm 10,85 / 6,67 \pm 3,98$ ($p=0,001$); «интеллектуализация» $38,94 \pm 20,52 / 51,12 \pm 16,33$ ($p=0,039$); «реактивное образование» $37,88 \pm 23,71 / 20 \pm 11,34$ ($p=0,005$), «общая напряженность ПЗ» $31,37 \pm 7,32 / 22,82 \pm 7,42$ ($p=0,001$) баллов соответственно. Так, подтвердили у всех пациентов с РВНС «симптомокомплекс личностной дезадаптации», приводящий к «слому» вегетативной иннервации и включающий в себя: повышенный общий уровень напряженности ПЗ; преобладание в структуре защит личности ПЗ «регрессии», «проекции» и «замещения»; дефицит защиты «отрицание». Статистически значимое ($p < 0,05$) более частое использование ПЗ «реактивное образование» женщинами связано с тем, они склонны подавлять свои эмоции, трансформируя одну эмоцию на прямо противоположную (например, вину на заботу), что приводит к соматизации тревоги.

Выводы. У всех пациентов с РВНС, по сравнению со здоровыми, значимо выше ($p=0,001$) общая напряженность ПЗ за счёт «регрессии», «проекции», «замещения» при статистически более редком использовании «отрицания». Гендерную специфику отметили только в отношении ПЗ «реактивное образование» с ее преобладающим использованием женщинами, страдающими РВНС ($p < 0,05$). Выявленные закономерности целесообразно учитывать при скрининге индивидуально-психологических особенностей лиц, предрасположенных к развитию такого психосоматического заболевания, как РВНС.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ У ЮНОШЕЙ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА ЗА ПЕРИОД 2017-2021 ГГ.

Сенченко Г.В., Серебренникова П.М.

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России
Красноярск

ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF PERSONALITY DISORDERS IN YOUNG MEN OF MILITARY AGE FOR THE PERIOD 2017-2021.

Senchenko G.V., Serebrennikova P.M.

Расстройства личности занимают лидирующие места по распространенности среди призывного контингента и военнослужащих. В структуре пограничных психических расстройств, послуживших причиной освобождения от срочной службы в армии и комиссованных из ее рядов, расстройства личности занимает ведущее место.

Количество призывников с установленным психиатрическим расстройством на протяжении последних лет остается на одном уровне и составляет 35–45% от общего числа направленных на военно-врачебную комиссию.

Цель исследования: анализ динамики структуры расстройств личности у юношей призывного возраста, прошедших военно-психиатрическую экспертизу.

Задачи:

1. Выявить динамику изменений структуры нарушений у юношей призывного возраста с расстройством личности с 2017 по 2021 г.
2. Выявить факторы влияющие на динамику структуры расстройств личности у юношей призывного возраста.
3. Разработать методические материалы для призывников с поставленным диагнозом и их родственников.

Гипотеза исследования: Структура расстройств личности у юношей призывного возраста является неоднородным динамическим образованием, выраженность компонентов, которой проявляется в зависимости от влияния внешних и внутренних факторов.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1».

Методы исследования:

Теоретические (анализ теоретических данных).

Эмпирические методы (наблюдение, беседа, тестирование, изучение и анализ данных истории болезни пациента).

Методики: патопсихологическое тестирование, стандартизированные личностные опросники (СМИЛ, HADS, прогрессивные матрицы Равена, опросник суицидального риска «Сигнал»).

Количественный (методы качественной и количественной обработки данных).

Критерии включения призывников в исследование: возраст от 18 лет до 27 лет, наличие направления на дополнительное патопсихологическое исследование от военно-медицинских комиссий военных комиссариатов.

Было обследовано 239 юношей призывного возраста.

Результаты и их обсуждение. За период с 2017 по 2021 гг. по направлению военкомата, в психоневрологический диспансер для выявления противопоказаний для службы в вооруженных силах были направлены 239 человек. Из них 71 юноша (29,7%), по результатам патопсихологического обследования вошел в группу с диагнозом расстройство личности; 27 (11,4%) – с разной степенью умственной отсталости (часть впервые выявленная, часть группы диагноз был поставлен ранее, но по решению родителей данные не были предоставлены в военный комиссариат,

по причине незнания в необходимости подачи данных), 13 (5,4%) – с диагнозом шизофрения, 13 (5,4%) человек с установленным диагнозом органическое расстройство личности, у 83 человек (34,7%) было выявлена акцентуация характера и 32 человека (13,4%) без нарушений психических процессов.

Исходя из общих показателей эмоциональной сферы в методике СМЛ, на первый план выходят нарушения в виде эмоциональной неустойчивости (57,7 %). Это говорит о том, что одним из основных отличительных признаков расстройств личности являются эмоциональные нарушения. В 2020 году отмечается повышение уровня эмоционального напряжения и мнительности, а также повышение параметра эмоционального сдерживания. У обследованных в 2021 году наблюдаются высокие показатели по эмоциональной неустойчивости (46,7%), а также показатель внутреннего эмоционального напряжения (33,3%).

За период исследования наблюдается разнонаправленная динамика изменений на фоне усложнения структуры расстройств личности. Это проявляется в виде значительного увеличения в показателях общей тревожности и депрессивности, а также рисков суицидальных реакций во всех видах расстройств, что привело к смешению различных характеристик. Таким образом мы выявили, что за период 2017 по 2021 гг. доминирующим является смешанное расстройство личности. К 2021 год наблюдается рост тревожных расстройств личности (6,7% от числа обследованных).

С 2018 по 2020 года наблюдается значительный рост шизоидного расстройства личности с 9,1% до 35,7%.

Подводя итоги по всем полученным данным за время исследования, с 2017 по 2021 гг. можно говорить о том, что наблюдается динамика изменений структуры нарушений у юношей призывного возраста с расстройствами личности в сторону усложнения личностных компонентов. Это проявляется в повышении уровня тревожности, а также появлении депрессивного элемента. Наряду с тревогой и депрессией добавляется повышение фактора нарастания риска высокого уровня суицидальных реакций.

Исходя из изменения динамики структуры расстройств личности в сторону увеличения шизоидных, смешанных и тревожных типов, и значительного повышения общего фона тревоги и депрессии, риска суицидальных реакций в этих и других типах, были составлены методические рекомендации психологической помощи в формировании адаптационных механизмов для людей с расстройствами личности. Дополнительно к адаптационной программе была составлена памятка для родственников.

Выводы:

1. Расстройства личности у юношей призывного возраста являются ведущей патологией выявляемой при проведении военно-психологической экспертизы. Анализируя данные динамики структуры нарушений расстройств личности за период 2017 по 2021 гг. доминирующим является смешанное расстройство личности.
2. В 2020 и 2021 гг. наблюдается рост депрессивных и тревожных расстройств личности. Наряду с тревогой и депрессией добавляется повышение фактора нарастания риска высокого уровня суицидальных реакций. Все эти изменения отражаются в эмоциональном состоянии юношей, что было зафиксировано повышением уровня внутреннего эмоционального напряжения, а также мнительности.
3. Ведущими факторами, определяющими структуру расстройств личности юношей призывного возраста, являются: изоляционные мероприятия связанные с предупреждением распространения COVID 19, ростом неопределенности в

прогнозировании будущего (безработица, военные конфликты, падение уровня жизни), ограничения социальных контактов и общения (по принципу «face-to-face») за счет роста популярности общения с использованием мессенджеров и социальных сетей (жизнь в сети).

4. Разработанная нами программа психологической помощи юношам призывного возраста с выявленными расстройствами личности направлена на помощь в адаптации к социальной среде на работе, учебе, а также при взаимодействии с близкими людьми.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ СОВЛАДАНИЯ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Огарев В.В.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ

ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ

Москва

PSYCHOLOGICAL COMPONENTS OF COPING WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN PATIENTS

Sirota N.A., Yaltonsky V.M., Ogarev V.V.

Непредсказуемый риск обострения и страх перед осложнениями влияют на жизнь пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) и их социальные и личные отношения. Также недостаточные познания человека в данной области, малая информированность его по поводу методов лечения, которые применяются сейчас – все это приводит к появлению недостоверной, мифической информации о ВЗК. По этой причине у больных возникает целая серия психогенных реакций, в которых надежда и отчаяние сменяют друг друга, порождая то депрессию, то апатию, то тревогу, то эйфорию в зависимости от особенности личности больного.

Целью исследования являлось установка структурно-содержательных характеристик восприятия болезни, влияющих на формирование копинг-поведения у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.

Материалы и методы. Исследование проходило на базе ГБУЗ Московского клинического научного центра имени А. С. Логинова ДЗМ в отделении лечения воспалительных заболеваний кишечника. Выборку составили 55 испытуемых в возрасте от 18 до 61 года (средний возраст $37 \pm 17,9$ лет) с верифицированным диагнозом ВЗК: болезнь Крона – 25 человек, язвенный колит – 30 человек.

Деление на 2 группы выполнено на основании опросника, определяющего степень выраженности восприятия болезни как угрозы для жизни. Группа 1 – пациенты, воспринимающие воспалительные заболевания кишечника как выраженную угрозу ($n = 27$ человек, 49,09% от общей выборки) и группа 2 – пациенты, воспринимающие воспалительные заболевания кишечника как умеренную угрозу ($n = 28$ человек, 50,9% от общей выборки).

Психодиагностические инструменты: «Краткий опросник восприятия болезни» Э. Бродбент, в адаптации В.М. Ялтонского, Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, А.В. Ялтонской; «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» А.С. Зигмонд, в адаптации М.Ю. Дробижева; «Краткий опросник ВЗК» Л. Сарах, адаптации В.М. Ялтонского; «Восприятие социальной поддержки» в адаптации В.А. Кузнецова, «Самоеффективность в отношении лечения» в адаптации Е.И. Рассказовой, А.Ш.Тхостова; «Приверженность фармакотерапии» Мориски-Грина; опросник способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями Л.И. Вассерман и соавторы.

Результаты и их обсуждение. При анализе результатов восприятия болезни пациенты первой группы оценивают влияние имеющегося заболевания на их жизнь как выраженное (7,6 баллов), в полной мере осознают длительность его течения (7,1 баллов). Не смотря на высокую идентификацию болезни (6,9 баллов) и проводимое лечение (6,07 баллов), они не могут полностью идентифицировать симптомы (5,5 баллов) и контролировать ход заболевания (5,3 баллов), что в свою очередь приводит к высокой обеспокоенности болезнью (7,18 баллов) и эмоциональному реагированию на болезнь (6,7 баллов). Пациенты второй группы оценивают влияние имеющегося заболевания на их жизнь как умеренное (4,7 баллов), в полной мере осознают длительность его течения (6,5 баллов). Несмотря на высокий контроль проводимого лечения (6,7 баллов) не могут полностью идентифицировать болезнь (5,3 баллов) и симптомы (5,1 баллов), а также контролировать ход заболевания (5,5 баллов) при этом имеют пониженную обеспокоенность болезнью (5,75 баллов) и эмоциональное реагирование на болезнь (4,25 балла).

Полученные показатели по шкалам методики способов совладающего поведения не выходят за пределы нормативного интервала 40-60 Т-баллов, что позволяет сделать вывод об умеренной степени предпочтительности всех копинг-стратегий у пациентов с ВЗК. Наиболее выраженными стратегиями являются «Бегство-избегание» ($51,38 \pm 12,52$) и «Дистанцирование» ($50,74 \pm 11,01$). Отрицательной стороной данных стратегий является неготовность к поэтапному разрешению проблемы и обесценивание собственных переживаний. В то же время данные стратегии позволяют быстро снизить эмоциональное напряжение в ситуации болезни.

Анализ результатов применения методики госпитальной шкалы тревоги и депрессии показал, что пациенты первой группы имеют субклинически выраженную тревогу (9,18 балла), тогда как пациенты второй группы – уровень тревоги в пределах нормы (5,3 балла). Уровень депрессии для двух групп в пределах нормы (7,6 и 5,7 балла), что в целом является нормой с тенденцией к повышению тревожных переживаний.

У пациентов первой группы выявлен низкий показатель общего качества жизни (40,18 из 70 баллов), а у пациентов второй группы - средний (51,21 из 70 баллов). Средние показатели системной (4,3 балла) и социальной сферы (4,07 балла) у первой группы демонстрируют об ограничении социальных контактов и снижении уровня общения. Низкий показатель качества жизни, связанного с функцией кишечника (3,8 балла) свидетельствуют о частом ощущении необходимости сходить в туалет, даже при пустом кишечнике, а также частых болей в животе и проблемах с отводом большого количества газов для пациентов первой группы. Средний уровень показателя эмоциональной сферы (4,2 балла) свидетельствует о негативных переживаниях в связи с болезнью и внешним видом у пациентов первой группы. Для пациентов второй группы высокие показатели системной (4,9 балла) и социальной сферы (5,1 баллов) демонстрируют об отсутствии ограничения социальных контактов и снижения уровня общения. Высокий показатель качества жизни, связанного с функцией кишечника (5 баллов) о редких случаях болей в животе и проблемах с отводом большого количества газов для пациентов второй группы. Высокий уровень показателя эмоциональной сферы (5,2 баллов) свидетельствует об отсутствии негативных переживаниях в связи с болезнью и внешним видом у пациентов второй группы.

У пациентов первой и второй группы выявлен высокий уровень самоэффективности и умеренный уровень приверженности фармакотерапии (7,01 и 6,72 из 8 баллов) в отношении лечения (40,08 и 41,52 из 56 баллов), что свидетельствует о том, что

пациенты с ВЗК имеют положительное отношение к лечению, а также способны следовать сложному рекомендованному лечению.

Корреляционный анализ демонстрирует, что высокая тревога у пациентов с выраженным уровнем угрозы способствует снижению качества жизни и способности в полной мере контролировать ход заболевания. Повышенная обеспокоенность болезнью сказывается на понижении уровня приверженности фармакотерапии, что также воздействует на повышение уровня депрессивной симптоматики и способствует снижению восприятия социальной поддержки. Средний показатель уровня качества жизни у пациентов с умеренным беспокойством восприятия болезни сказывается на понижении эмоционального реагирования. При этом для пациентов с умеренным беспокойством восприятия болезни высокий уровень самоэффективности по отношению к лечению сказывается на повышении уровня приверженности фармакотерапии и способности следовать сложному рекомендованному лечению.

Выводы. Практически половина исследуемых пациентов с ВЗК (49,09%) оценивают свою болезнь как выраженную угрозу. Они наиболее подвержены тревожным реакциям и состояниям. Эмоциональное состояние данных пациентов снижает уровень качества жизни, ограничивает контроль над болезнью, что мешает в полной мере понимать свое заболевание, при этом увеличивая обеспокоенность болезнью. Пациенты этой группы хуже воспринимают социальную поддержку, особенно со стороны семьи, нежели пациенты с умеренной угрозой, что объясняется ухудшением физического состояния, связанного с работой кишечника и эмоционального состояния, ограничивающего социальную активность и снижающего уровень общения.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что расширение репертуара копинг-стратегий у больных ВЗК, оптимизация их стратегий совладания с актуальными трудностями и тревогой являются важными задачами психологической работы с данным контингентом.

ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА К ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ ИЗУЧЕНИЮ РЕБЕНКА С РАС НА БАЗЕ ДНЕВНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Скупова Т.В.

Самарская областная клиническая психиатрическая больница

Самара

FEATURES OF THE APPROACH TO THE DIAGNOSTIC STUDY OF A CHILD WITH ASD ON THE BASIS OF A DAY PSYCHIATRIC HOSPITAL

Skupova T.V.

Среди большого разнообразия нарушений психического развития, обусловленных генетическими заболеваниями, органическими поражениями ЦНС и другими причинами, расстройства аутистического спектра (РАС) занимают особое место. Это связано с рядом факторов:

- с трудностями ранней диагностики аутизма,
- со сложностью и многообразием его симптоматологии;
- с высокой частотой встречаемости.

На современном этапе аутизм рассматривается как «первазивное» нарушение, то есть затрагивающее все стороны психического развития ребенка.

Раннее выявление подобных нарушений развития, своевременно начатая коррекционная помощь таким детям позволяют значительно улучшить прогноз их дальнейшего психического развития и возможности социализации.

Вопрос о формах организации комплексного сопровождения детей с РАС должен решаться только после глубокого изучения и обследования, которое в большинстве случаев организуется в стационарных условиях.

Для постановки и уточнения диагноза необходим комплексный подход и динамичное наблюдение. Диагностика должна быть направлена на выявление не только патологии, но и сильных сторон, положительных свойств, потенциальных возможностей ребенка.

В связи с этим особое значение имеет специально организованное наблюдение за поведением ребенка с аутизмом в период посещения дневного психиатрического стационара и составление примерной картины его психического состояния. Именно в этот период устанавливается или подтверждается диагноз, определяется необходимость медикаментозного лечения, вероятность подходов к абилитации и терапии, проводится консультирование семьи.

Для решения каждого из перечисленных вопросов необходимо комплексное детальное обследование с участием врача-психиатра, педиатра, невролога, психолога, логопеда, а при необходимости и других специалистов.

В период стационарного обследования ребенка обычно используются следующие методы изучения:

- метод беседы с родителями;
- изучение анамнестических сведений;
- анализ имеющейся медицинской документации ребенка (заключений специалистов, результаты проведенных обследований);
- наблюдение за свободным поведением ребенка;
- тестирование ребенка.

В первую очередь проводится беседа с родителями, в которой выясняются особенности развития ребенка, включая наследственный, акушерский анамнез, ранее развитие ребенка и его основные проблемы. Изучается вся имеющаяся медицинская и психолого-педагогическая документация ребенка. Все полученные данные анализируются и обсуждаются всеми участниками диагностического процесса.

Основной целью проводимого наблюдения может явиться определение степени выраженности аутистических расстройств, уровень интеллектуального и речевого развития ребенка. Применение диагностических средств должно носить индивидуальный характер и учитывать специфику развития каждого ребенка.

Во-первых, проведение той или иной пробы предполагает установление контакта с ребенком, что не всегда просто и требует значительного времени; даже если коммуникативные трудности в какой-то мере преодолены и у ребенка есть навык общения, новый человек, новая, незнакомая для него обстановка, непривычное задание могут легко вызвать тревогу, беспокойство и повлиять на результат обследования.

Во-вторых, многие дети с аутизмом нелегко переключаются с одного вида деятельности на другой, что в условиях традиционно проводимого обследования часто бывает необходимо. Если не изменить продолжительность обследования, результат может быть искажен.

В-третьих, у многих детей с РАС есть различные страхи, поэтому материал для обследования нужно выбирать с учетом этого обстоятельства, иначе будет получен заведомо неверный результат или обследование вообще не будет завершено.

Важно учитывать специфику сенсорно-перцептивной сферы ребенка, наличие у него гипер-/гипосензитивности, флуктуаций восприятия. Например, ребенок может отказываться от сотрудничества со специалистом из-за слишком громкого его голоса при взаимодействии с ним, из-за слишком интенсивного тактильного

контакта или пристального зрительного взгляда. Его могут испугать яркое освещение диагностического помещения или наличие в нем отдельных предметов. Если ребенок не выполняет задания, или выполняет плохо, обследующий должен быть уверен, почему так происходит:

- ребенок не может выполнить задание, потому что оно слишком сложно для него;
- не принимает инструкцию в силу отгороженности от окружающего;
- не выполняет задание из-за негативизма или из-за реакции протеста.

Если ребенок выполняет задание, нужно убедиться, что он его понимает, а не просто запомнил, что нужно говорить, делать и т.д.

Таким образом, важнейшей задачей диагностического этапа является выявление уровня сформированности коммуникативных, речевых, познавательных, двигательных навыков ребенка, что позволит специалистам дать оценку зоны ближайшего его развития и выраженности имеющихся поведенческих проблем. Это, в свою очередь, поможет определить основные задачи помощи как самому ребенку с РАС, так и воспитывающей его семье.

Более оптимально будут решаться такие вопросы, как:

- адекватная медицинская поддержка ребенка;
- выбор наиболее эффективного коррекционного подхода;
- оптимальный подбор учреждения с возможностью включения ребенка в детский коллектив и др.

На наш взгляд, именно такой подход облегчит достижение основной цели всех совместных усилий специалистов и семьи – создание условий, позволяющих сделать в будущем жизнь ребенка более самостоятельной и менее зависимой от окружающих.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ТРЕВОГИ

Соловьева С.Л.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Санкт-Петербург

PSYCHOLOGICAL PHENOMENOLOGY OF ANXIETY

Solovieva S.L.

Тревога сопровождает жизнь каждого человека. Это наиболее частое переживание, возникающее в ситуациях изменений, ломки жизненного стереотипа, в ситуациях, требующих активизации ресурсов и резервов. Тревога является первой ответной реакцией на стрессовые воздействия, исходным, начальным компонентом общего адаптационного синдрома по Гансу Селье. Эмоция тревоги, с одной стороны, обеспечивается физиологическими процессами в организме, и, с другой стороны, имеет свои источники психическое функционирование человека.

Изучению состояния тревоги традиционно уделяется значительное внимание как зарубежными (Davidson et al., Spielberger), так и отечественными исследователями (Т.А. Немчин; Н.В. Тарабрина; Ю.Л. Ханин и др.). В большинстве случаев термин «тревога» опирается на определение Ч.Спилбергера и используется для описания неприятного по своей окраске эмоционального состояния, которое характеризуется субъективными ощущениями беспокойства, мрачных предчувствий, а с физиологической стороны — активацией автономной нервной системы. Это состояние, по мнению автора, возникает в ситуации неопределенной опасности, угрозы и содержит в себе ожидание негативной оценки, восприятия отрицательного к себе отношения или угрозы своему самоуважению.

В отечественной литературе тревога наиболее часто определяется как отрицательное эмоциональное состояние, направленное в будущее и возникающее в

ситуациях неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом, которое проявляется в «ожидании неблагоприятного развития событий». Тревога обычно негативно окрашена и направлена в будущее. Думая о будущем, в состоянии тревоги человек предвидит, прогнозирует, предвосхищает возможные неудачи. Он формирует соответствующие ожидания и установки, ведет себя в соответствии со своими установками и тем самым часто навлекает именно те события, которых боится. Поэтому в определенной степени можно сказать, что в состоянии тревоги происходит своеобразное программирование неудачи. Состояние тревоги облегчает формирование целого ряда других негативных эмоций и обеспечивает яркое проявление этих отрицательных эмоций, их значительную интенсивность в ответ на незначительные эмоциогенные раздражители.

Центральный элемент тревоги представляет собой предвосхищение угрозы. Тревога — «ощущение неопределенной угрозы, характер и время возникновения которой не поддаются предсказыванию», «чувство диффузного опасения и тревожного ожидания» (Poldinger, 1970), «неопределенное беспокойство» (Kepinski, 1977), «представляет собой результат возникновения или ожидания фрустрации и наиболее интимный (и облигатный) механизм психического стресса». Как эмоция, направленная в будущее, функционально тревога не только предупреждает субъекта о возможной опасности, но и побуждает к поиску и конкретизации этой опасности, к активному исследованию окружающей действительности с установкой на выявление угрожающего объекта. В этом смысле тревогу можно рассматривать как чувствительность к опасности. Так, по мнению Ф.Б. Березина, тревога «представляет собой не столько форму психической адаптации, сколько сигнал, свидетельствующий о ее нарушении и активирующий адаптивные механизмы». Таким образом, по мнению автора, тревога может иметь охранительную и мотивационную роль, сопоставимую с сигнальной функцией боли.

В соответствии с современными представлениями, состояние тревоги — явление не только эмоциональное; оно включает в себя также когнитивные и мотивационные составляющие, формирующие те или иные формы поведения. Вводится понятие «когнитивной модели тревоги» (А.Бек), в которую входят, помимо эмоциональных переживаний, определенные когнитивные установки, ожидания, представления о мире.

Восприятие опасности тревожным пациентом основано на ложных предположениях или оно чрезмерно, в то время как нормальная реакция основана на более точной оценке риска и размеров опасности. Связанные с тревогой ипохондрические проявления (гиперестезические реакции) рассматриваются как расстройство восприятия и когнитивных процессов, приводящее к усилению и неадекватной интерпретации соматических ощущений. Тревожные индивиды испытывают трудность в распознавании сигналов безопасности. Таким образом, в случае тревоги когнитивное содержание вращается вокруг темы опасности и индивид склонен преувеличивать вероятность вреда и уменьшать свою способность к совладанию. В мышлении доминируют темы опасности.

В рамках изучения эмоциональных реакций человека на стресс одним из наиболее значимых остается вопрос о том, почему биологически целесообразный аппарат эмоций может при определенных условиях оказывать деструктивное, разрушительное воздействие на соматические функции организма (П.В.Симонов, А.К.Анохин). Эмоции человека выполняют адаптивную функцию, определяя в каждом конкретном случае целесообразность и интенсивность взаимоотношений с окружающим миром. В то же время при крайней степени интенсивности или

продолжительности эмоционального переживания эмоции могут, нарушая гомеостатическое равновесие, играть дезадаптивную роль.

Под влиянием тревоги может наблюдаться повышение или снижение чувствительности, нарушение перцептивной деятельности. Интенсивная тревога изменяет течение познавательных психических процессов. Под ее влиянием наблюдается дезорганизация интеллектуально-мнестической деятельности. Этот феномен, обозначаемый как «аффективная загруженность», характеризует, в частности, особенности познавательной деятельности больных пограничными нервно-психическими расстройствами. У больных невротами при тестировании может наблюдаться снижение интеллектуального коэффициента, обусловленное не интеллектуальной недостаточностью, а, скорее, эмоциональной загруженностью.

Негативный аффект в крайних диапазонах значений – при минимальной и максимальной выраженности – оказывает на психическую деятельность дезорганизующее, дезадаптивное воздействие. В среднем диапазоне значений компоненты комплекса негативной аффективности приобретают адаптивное значение: тревога, в частности, квалифицируется как адаптивная чувствительность к опасности.

При незначительно выраженной тревоге характерным является повышение концентрации внимания с ростом эффективности аналитико-синтетической деятельности мышления (эффект мобилизации), при интенсивной тревоге – панике, ужасе – снижение концентрации внимания, нарушение оперативной памяти, понижение уровня аналитико-синтетической деятельности (эффект дезорганизации).

АРТ-ТЕРАПИЯ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Султонова К.Б., Шарипова Ф.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Республика Узбекистан

ART THERAPY IN ADOLESCENTS WITH TYPE I DIABETES MELLITUS

Sultonova K.B., Sharipova P.K.

Введение. Актуальность исследования эффективности психотерапевтического вмешательства у подростков школьного возраста с сахарным диабетом первого типа обусловлена стремительным ростом заболеваемостью данной патологией среди детско-подросткового контингента населения. Психокоррекционные воздействия в комбинации с традиционным фармакологическим лечением имеют приоритетное значение и сокращают сроки госпитализации, снижают число осложнений, продлевают периоды ремиссии (Babarakhimova S.B., Sharipova F.K., 2017). Применение интегративных методов психотерапии на сегодняшний день являются важнейшей задачей практического здравоохранения.

Цель исследования: изучить эффективность применения арт-терапии в комплексном лечении психоэмоциональных нарушений у подростков школьного возраста с сахарным диабетом I типа.

Материалы и методы исследования: было отобрано в Республиканском специализированном научно-практическом центре эндокринологии 110 подростков в возрасте 10-15 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении, получавших комплексную терапию в виде фармакотерапии и психотерапии в течение 3-х месяцев наблюдения. Нами был использован тест Люшера для оценки психоэмоционального состояния. Уровень тревожности определялся с помощью методики Г.В. Резяпкиной. Метод определения копинг-стратегий по И.М. Никольской и Р.М. Грановской применялся для оценки

механизмов психологической защиты. Для оптимизации медико-психологической помощи проводились групповые сеансы арт-терапии в течении трёх месяцев с постоянным контролем уровня тревожности и депрессии до и после психотерапевтического вмешательства.

Результаты: На инициальном этапе исследования клинико-психопатологическим методом путём расспроса, наблюдения за пациентами и сбором анамнестических сведений со слов родителей и близких были установлены клинические варианты нарушений аффективной сферы у подростков, среди которых депрессивные расстройства определялись у 96,6% подростков, тревожные расстройства у 86,1% подростков, дисфорические – у 28,6%, фобические – у 54,7% обследованных пациентов. Тестирование по методике Люшера обнаружило изменения в психоэмоциональной сфере обследуемых пациентов, которое установило, что у 96,6% обследованных подростков регистрируются признаки депрессивного расстройства невротического регистра легкой или умеренной степени клинических проявлений. Подростки страдали периодами пониженного настроения, которое усиливалось в моменты гипергликемических состояний. У них отмечалась эмоциональная лабильность, недержание аффекта, частые срывы в виде вспышек гнева, злобы, ярости, агрессии, тоскливо-злобного настроения, дисфорий. В периоды обострения заболевания родители отмечали у подростков ухудшение школьной успеваемости (58%), нарушения взаимоотношения с педагогами (25%), конфликты со сверстниками и поведенческие нарушения (60%), суицидальные мысли и тенденции (15%). В обследованной группе в ходе тестирования с помощью теста Г.В. Резяпкиной, выявлено наличие тревожных расстройств, различной степени выраженности у подростков, среди них было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (67,8%), у 20,7% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 11,5% подростков – констатировалась выраженная тревога. Тревога усиливалась в основном во второй половине дня и была связана с переживаниями по поводу соматического заболевания. Тревожность сопровождалась формированием депрессивных расстройств легкой и умеренной степени, что позволяет сформулировать понятие о коморбидности аффективных нарушений и сахарного диабета первого типа. Механизмы психологической защиты и стили дезадаптивного поведения определяли с помощью копинг-стратегий для детей школьного возраста, разработанной И.М. Никольской и Р.М. Грановской, которые выявили, что для пациентов с данной психосоматической патологией характерны агрессивные и конфронтационные поведенческие реакции. В рамках психокоррекции медицинскими психологами и психотерапевтами были проведены групповые сеансы арт-терапии с использованием трафаретов раскрасок различного тематического содержания. Во время сеансов также практиковалось проведение рациональной психотерапии с разъяснением необходимости соблюдать диету, режим дня, вовремя принимать лекарственные препараты и выполнять врачебные рекомендации. Применялась в основном техника раскрашивания с помощью акварельных красок, как наиболее доступной и удобной в применении у детей школьного возраста. Трафареты для раскрашивания подбирались с учётом гендерных различий и возрастных особенностей пациентов. Так, для подростков младшего школьного возраста подбирались тематические шаблоны персонажей любимых мультфильмов. Мальчики предпочитали раскрашивать машинки, паровозики, самолётики. Девочки отдавали предпочтение раскрашиванию цветов, фруктов, природных пейзажей. Оформленные работы с удовольствием забирали домой для демонстрации родителям и родственникам. Подростки с удовольствием выполняли инструкции психотерапевта, при раскрашивании использовали различные гаммы красок, на фоне проводимой арт терапии улучшались

коммуникационные способности пациентов, эмоциональный настрой изменялся в положительную сторону. Практически у всех подростков (98,8%) отмечалась положительная динамика в виде снижения уровня тревожности и степени тяжести депрессии. Пациенты во время сеансов арт-терапии учились строить межличностные взаимоотношения с участниками групповых занятий, тем самым улучшали навыки коммуникативного общения, умения строить диалог и налаживать дружеские связи со сверстниками. Творческий подход к занятиям с подростками проявлялся и в методах комбинированной арт-терапии, когда подросткам предлагалось усложнить задания, украшая раскрашенные трафареты аппликациями из зёрен маша, фасоли, чечевицы, гречки и риса. С помощью клея они в виде мозаики украшали свои рисунки, тем самым развивая у себя функции тонкой локомоторики и пространственного воображения. Повторное тестирование по психометрическим шкалам достоверно установило статистически значимые снижения уровня тревожности и депрессии у подростков в результате сеансов арт-терапии. По наблюдениям родителей, после сеансов арт-терапии у подростков отмечались улучшения в межличностных взаимоотношениях, повышалась самооценка и адаптация в социуме. Групповые сеансы арт-терапии способствовали улучшению психоэмоционального состояния подростков, формировали навыки саморегуляции настроения, умению справляться самостоятельно со стрессом, эмоциональным напряжением, страхами и тревогой. Со слов родителей, отмечались значительные улучшения в возможности строить межличностные взаимоотношения у подростков, как в семье, так и в окружающем социуме. Вывод: таким образом, изучение эффективности применения комбинированных методов арт-терапии у подростков с сахарным диабетом I типа свидетельствует о значительном улучшении психоэмоционального статуса пациентов, быстрой редукции тревожно-депрессивных расстройств и оптимизации коммуникативных и адаптационных возможностях обследуемого контингента. Полученные результаты исследования могут быть использованы в практическом здравоохранении для оптимизации психотерапевтического вмешательства у детей и подростков с психосоматической патологией.

СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННАЯ НА ПРОФИЛАКТИКУ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Трегубова Т.В. Дегтярева А.С.

СПБ ГКУЗ ГПБ №6

Санкт-Петербург

**THE SYSTEM OF MEASURES FOR PREVENTING EMOTIONAL BURNOUT OF SPECIALISTS
WORKING IN THE FIELD OF HEALTH CARE.**

Tregubova T.V. Degtyareva A.S.

Работа в медицинских, общеобразовательных учреждениях, благотворительных организациях по предоставлению социальных услуг, несет в себе высокую значимость для людей и соответственно высокую степень ответственности перед получателями этих услуг. Специалисты, оказывающие помощь людям, являются группой высокого риска развития синдрома эмоционального выгорания.

К. Маслач и С. Джексон рассматривали эмоциональное выгорание в виде особого психологического состояния, включающего в себя проявления эмоционального истощения, деперсонализации и редукции личных достижений. Эмоциональное истощение выделяется авторами как базовая составляющая и отражается в

сниженном эмоциональном фоне, равнодушии или ощущении эмоционального перенасыщения.

В настоящее время отмечается рост обращений как отдельных людей, так и целых организаций, связанных с выявлением психического и психологического неблагополучия сотрудников.

Также увеличиваются потребности в системе мер превентивной помощи, сопровождении или коррекции для сохранения здоровья специалистов и их эффективности.

Кроме того, события предыдущих лет - Ковид-19 и его последствия, повышение пенсионного возраста также подчеркивают значимость вопроса.

Модель комплексной медико-социально-психологической помощи специалистам и организациям, которую реализует Городской центр профилактики эмоционального выгорания «Гори и не сгорай!» г. Санкт-Петербурга, может быть актуальным ответом на имеющиеся запросы.

Для реализации мер поддержки первый этап – диагностический.

Феномен эмоционального выгорания известен постепенной динамикой нарастания психического напряжения и часто остается незамеченным. Обнаружение симптоматики на ранних стадиях возникновения дает возможность более успешному восстановлению специалиста и организационной системы. Это также увеличивает шансы на своевременную творческую адаптацию к быстро меняющимся условиям труда.

В настоящее время существуют много информации о феномене эмоционального выгорания. На основе анализа литературы и нашего практического опыта мы определяем важными следующие факторы.

Социокультурные факторы:

- общая тенденция на увеличение ожиданий при снижении возможностей их удовлетворять;
- распространение бизнес-культуры, превращающей учреждения, оказывающие помощь людям в средство извлечения дохода, а также функциональное, унифицированное отношение к человеческим ресурсам;
- дефицит обучающих мероприятий помогающих противостоять воздействию рабочего стресса на фоне нарастающей профессиональной нагрузки.

Это способствует увеличению дистанции между внешними и внутренними критериями оценки работы специалиста и увеличивает риск негативной профессиональной деформации.

Выделение социокультурного уровня основывается на тенденциях, наблюдаемых в практическом опыте специалистов центра.

Система мероприятий нашего центра включает в себя бесплатные онлайн-курсы по профилактике выгорания, мероприятия нацеленные на психообразование – лекции для студентов медицинских вузов и для сотрудников трудящихся в бюджетных и благотворительных организациях. Мы предполагаем, что информирование помогает более глубоко понимать сам феномен, узнавать симптомокомплекс выгорания у себя и у других людей. Это должно отражаться в применении своевременных мер по восстановлению и предупреждению более серьезных последствий.

К организационным факторам относятся:

- недостаточные комфорт и удобство рабочего места; отсутствие материальных ресурсов, необходимых для работы;
- расписание, не оптимальное для психофизиологических возможностей человека, нестабильный график работы;
- низкая оплата труда;

- стиль руководства, фиксированный на ошибках и недостаточно включающий в себя позитивную обратную связь;
- трудные профессиональные роли – менеджеры среднего звена, которые вынуждены идти на компромиссы, работа с группами лиц, чье состояние или поведение является дополнительным психотравмирующим фактором;
- конфликты в коллективе.

Система мероприятий нашего центра включает индивидуальные интервью с руководителями и подчиненными сотрудниками подразделения, определение проблемных зон, совместное составление индивидуального маршрута по оптимизации рабочих процессов, проведение групповых и индивидуальных тренингов для рабочего коллектива, проведение балинтовских групп и группы поддержки, вебинары, круглые столы.

К личным качествам, оказывающим влияние на развитие синдрома выгорания, относятся:

- образ себя как героя-спасателя;
- перфекционизм, сверхмотивация и сверхувлечение работой;
- высокая потребность быть нужным;
- переоценка своих возможностей, высокий уровень притязаний;
- стремление к изоляции в близких отношениях;
- присвоение ведущего смысла жизни исключительно работе;
- неспособность реализовывать супружеские и родительские функции;
- эмоциональная ригидность.

Меры профилактики - проведение индивидуальных интервью; цикл тренингов с сотрудниками: навыки саморегуляции, коммуникативные навыки, стрессоустойчивость; составление индивидуального плана или дневника сотрудника о мерах профилактики, информирование о доступной помощи, онлайн-курсы, лекции и семинары, направленные на повышение психологической грамотности.

Профессиональная деятельность является важной и необходимой частью жизни человека и человечества в целом. Исследования отражают прямую взаимосвязь качества жизни, самореализации и синдрома эмоционального выгорания. Повышение уровня рабочего стресса, усложнение структур организаций, трансформация потребностей в сфере получения услуг требуют усовершенствования в профилактике и коррекции эмоционального выгорания.

Наш центр ориентируется на комплексность и системность. Мы видим острую необходимость в создании новых и расширении имеющихся методов для сохранения психического и психологического благополучия специалистов в сфере охраны здоровья.

Ввиду того, что синдром эмоционального выгорания – это комплексная проблема, затрагивающая индивида и организацию в целом, корни развития которой относятся к одновременно влияющим факторам разного характера, мы видим нашей миссией реализацию на практике пошаговой модели профилактики с учётом индивидуальных особенностей каждой отдельной организации и её сотрудников.

Первые положительные изменения можно наблюдать на этапе проведения индивидуальных интервью и презентации результатов исследования руководителям.

Мы видим наш проект перспективным и востребованным и надеемся помочь внедрить систему мероприятий во всё большее количество учреждений, осуществляющих деятельность за счёт бюджета государства, а также некоммерческих организаций.

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Хяникяйнен И.В., Ржеутская Н.А.

Медицинский институт Петрозаводского государственного университета
Петрозаводск

COPING STRATEGIES IN PATIENTS WITH AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM DISORDER
Hyanikyaynen I.V., Rzhеutskaya N.A.

Актуальность. Расстройство вегетативной нервной системы (РВНС) – чрезвычайно распространенная патология. В ее основе может лежать непосредственное органическое поражение анатомических образований вегетативной нервной системы на церебральном, спинальном или периферическом уровне, но чаще ее поражение связано со снижением адаптационного потенциала пациента и психогенными расстройствами. Только применение биопсихосоциального подхода позволяет определить роль биологических, психологических и социальных факторов в патогенезе РВНС, своевременно диагностировать это заболевание и подобрать рациональную терапию.

Цель работы – изучить копинг-стратегии, приводящие к дезадаптации личности и возникновению РВНС.

Материалы и методы: обследовано 104 пациента – жителей г. Петрозаводска, страдающих РВНС (средний возраст $36,8 \pm 10,7$ лет; гендерный индекс 1:1); и 30 здоровых лиц (средний возраст $36,1 \pm 5,5$ лет, по 15 мужчин и женщин) ($p=0,761$). Изучали неврологический статус по классической методике с оценкой вегетативной нервной системы (клино-ортостатическая проба, оценка ирритации вегетативной нервной системы по Маркелову-Нарышкину, проба Данини-Ашнера, расчет индекса Кердо). Критерием отбора больных для исследования явилось наличие клинической картины РВНС (по диагностическим критериям МКБ-Х). Состояние вегетативной нервной системы пациентом оценивалось с помощью теста Вейна (Вейн А.М. с соавт, 2003), врачом – по схеме исследования для выявления признаков вегетативных нарушений (Вейн А.М. с соавт, 2003). Копинг-стратегии исследовались с помощью копинг-теста (Р. Лазарус, С. Фолкман, 1988, адаптирован Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой, 2004). Статистическая обработка данных выполнялась с помощью пакета Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов отмечались признаки поражения вегетативной нервной системы (повышение вегетативных реакций, изменение ортостатической и клиностатической проб, признаки ирритации вегетативной нервной системы), подтверждаемые данными опросников. При проведении теста Р. Лазаруса выявили гендерную специфику копинг-стратегий. В когорте мужчин были получены следующие результаты: «конфронтация» $48,52 \pm 7,89$ / $39,27 \pm 3,22$ ($p=0,001$); «дистанцирование» $45,44 \pm 8,03$ / $41,87 \pm 4,98$ ($p>0,05$); «самоконтроль» $45,48 \pm 10,86$ / $47,27 \pm 5,19$ ($p>0,05$); «поиск социальной поддержки» $49,85 \pm 10,10$ / $46,47 \pm 5,78$ ($p>0,05$); «принятие ответственности» $43,71 \pm 8,47$ / $42,07 \pm 4,95$ ($p>0,05$); «бегство-избегание» $47,52 \pm 7,05$ / $40,27 \pm 5,04$ ($p=0,001$); «планирование решения» $49,88 \pm 8,2$ / $56,4 \pm 6,31$ ($p=0,004$); «положительная переоценка» $47,62 \pm 9,42$ / $46,13 \pm 5,83$ ($p>0,05$) баллов у пациентов с РВНС / здоровых соответственно. У женщин (больных РВНС / здоровых) результаты используемых копинг-стратегий следующие: «конфронтация» $47,46 \pm 9,47$ / $46,13 \pm 8,68$ ($p>0,05$); «дистанцирование» $50,67 \pm 10,09$ / $43,07 \pm 7,56$ ($p=0,009$); «самоконтроль» $48,85 \pm 12,42$ / $49,13 \pm 10,19$ ($p>0,05$); «поиск социальной поддержки» $53,17 \pm 8,7$ / $46,4 \pm 8,08$ ($p>0,05$); «принятие ответственности» $46,65 \pm 7,8$ / $40,27 \pm 5,04$ ($p=0,002$); «бегство-избегание» $53,02 \pm 9,08$ / $39,33 \pm 5,35$ ($p=0,001$); «планирование решения» $51,75 \pm 8,91$ / $54,93 \pm 11,34$ ($p>0,05$);

«положительная переоценка» $49,85 \pm 7,36$ / $50,93 \pm 9,62$ ($p > 0,05$) баллов соответственно. Так, можно полагать, что мужчины и женщины по-разному реагируют на стресс и используют копинг-стратегии в соответствии с доминирующими в обществе гендерными стереотипами ролевой функции: мужчинам более свойственна фиксация на межличностных аспектах конфликтной ситуации («конфронтация» при недооценке «планирования»); женщины в большей степени используют просоциальные копинг-стратегии («дистанцирование» и «принятие ответственности на себя»). У больных с РВНС гендернонеспецифическая статистическая значимость копинг-стратегии «бегство-избегание» свидетельствуют о том, что свойственная данной когорте пациентов церебрастения негативно влияет на выбор копинг-стратегий, актуализируя защитно-пассивное поведение с тенденцией к избеганию решения проблем, что обеспечивает в какой-то степени временную психологическую адаптацию за счет повышения устойчивости к стрессовым воздействиям у лиц с РВНС.

Выводы. У всех пациентов с РВНС отмечались значимо высокие показатели в применении копинг-стратегии «бегство-избегание». Имелась гендерная специфика: среди мужчин преобладала «конфронтация» при снижении применения копинг-стратегии «планирование решения»; у женщин – значимо выше показатели «дистанцирования» и «принятия ответственности». Стратификация копинг-стратегий учитывается для выбора персонифицированных программ психолого-психотерапевтической коррекции у лиц с РВНС для улучшения их психологической адаптации и качества жизни.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЯ ОПЕРАЦИОНАЛЬНОЙ СТОРОНЫ МЫШЛЕНИЯ: МАРКЕРЫ СНИЖЕНИЯ И ИСКАЖЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ МОДИФИКАЦИИ МЕТОДИКИ «КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕДМЕТОВ»

Черная Ю. С., Матюшкина А. А.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева» Минздрава России
Санкт-Петербург

THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF VIOLATIONS OF THE OPERATIONAL SIDE OF THINKING: MARKERS OF REDUCTION AND DISTORTION OF THINKING ON THE EXAMPLE OF MODIFICATION OF THE METHODOLOGY "CLASSIFICATION OF OBJECTS"

Chernaya Yu. S., Matyushkina A. A.

Методика «Классификация предметов», предложенная К. Гольдштейном и впоследствии разработанная Б. В. Зейгарник и Л. С. Выготским широко используется в практике медицинского психолога и нейропсихолога в работе со взрослыми и детьми, хотя научные изыскания с участием данной методики относительно редки. Масштабные социально-экономические и культурные преобразования в обществе вызвали необходимость не только в пересмотре интерпретации результатов методики, но и в создании обновленного инструментария, который понятен большинству респондентов и расширяет диагностические возможности для практических специалистов.

Цель исследования заключается в качественном анализе продуктов деятельности пациентов различных нозологий, полученных в ходе экспериментально-психологического исследования модифицированной методики «Классификация предметов».

Материал и методы. В отличие от версии Б. В. Зейгарник и Л. С. Выготского набор карточек был модифицирован. Методика содержит 79 карточек, которые могут формироваться в стандартные тематические группы (например: мебель, одежда,

животные, посуда и т. д.). В наборе представлены группы карточек: черно-белые, контурные черно-белые, цветные реалистичные, цветные стилизованные, цветные с цветным однотонным фоном. Работа с карточками состоит из традиционных трех этапов, с добавлением некоторых нововведений. Например, в начале работы все карточки размещаются и представляются испытуемому в виде неструктурированного поля, а на третьем этапе работы необходимо разделить все карточки на две большие группы.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования и качественного анализа материала были выявлены наиболее яркие маркеры, патогномоничные для когнитивного снижения и искажения мышления для различных нозологий (шизофрения, депрессия (на примере F32), деменция, когнитивные особенности в детском возрасте (на примере F80.0 и F90.0)).

В анализ результатов ответов и ход работы были добавлены новые характеристики, которые не рассматриваются в классической методике «Классификации предметов». Благодаря пересмотру и созданию нового стимульного материала можно проследить особенности восприятия цвета, фигуры и фона. Были созданы специальные карточки для проверки на готовность к галлюцинациям или возникновению фобий. Карточки с фоном являются маркерами для выявления различных мозговых нарушений. Испытуемые с органическим патопсихологическим симптомокомплексом и иногда с аффективно-эндогенным по гипотимному типу склонны разделять карточки по цвету. Например, выделяют карточки цветные и черно-белые, в некоторых случаях варибельность группировки карточек может быть довольно высокой (карточки сепия, карточки серые, контурные карточки, карточки с цветным фоном или доминирование какого-то цвета). Органические нарушения, как у детей, так и у взрослых пациентов, так же отражаются в нарушении восприятия фигуры и фона. Например, карточка с изображением ботинок на голубом фоне, превращается в коньки, так как фон (голубой = лед) или карточка с изображением зубной щетки и пасты на синем фоне, превращает фон в полотенце или стакан для полоскания.

Предоставление работы с карточками в виде неструктурированного поля позволяют проследить понимание испытуемым инструкции и каким образом он оперирует большим количеством стимулов, является ли это для него непосильной задачей, или человек использует неэкономичные виды работы с полем. Например, для органического и эпилептоидного симптомокомплекса характерен расклад всех карточек по одной на всех доступных поверхностях, для «облегчения» работы, что бы испытуемый мог рассматривать все карточки в полном объеме.

Особенности сбора карточек включает в себя анализ признаков, по которым собираются группы (стандартные, латентные, личностно-значимые, конкретные и. д.), способ сбора группы, возникновение определенной стратегии или возникновение иерархии в комбинировании карточек. К примеру, сбор карточек по латентным признакам не всегда говорит об искажении мышления, во многих случаях, особенно в работе с подростками, группы могут быть собраны на основании личностно-значимых признаков или исходя из личного опыта испытуемого. В некоторых случаях испытуемые могут компоновать оригинальные группы, но подобное поведение может говорить скорее о желании испытуемого произвести впечатление на специалиста, чем об истинном искажении мыслительных процессов. Анализу подвергается кроме характеристик интеллектуального процесса так же словесный контент, поведенческо-вегетативно-эмоциональные параметры, и характеристики нейродинамического обеспечения интеллектуального процесса при работе с карточками.

Выводы. В исследовательской работе над модификацией методики «Классификация предметов» накопилось достаточное количество маркеров, которые позволяют сделать выводы об актуальном состоянии интеллектуального процесса испытуемого. Если в двадцатом веке выбор с опорой на цвет объектов считался признаком искажения мышления, то в новых полученных данных на основании модифицированной методики «Классификация предметов» данный маркер, так же патогномичен для клиники органических нарушений работы головного мозга и аффективно-эндогенных состояний.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И СКЛОННОСТИ К АГРЕССИИ У РОДИТЕЛЕЙ, ОПЕКАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Черная Ю. С., Шишкова А.М., Бочаров В.В.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева» Минздрава России

Санкт-Петербург

THE RELATIONSHIP BETWEEN EMOTIONAL BURNOUT AND PROPENSITY TO AGGRESSION IN PARENTS CARING FOR CHILDREN WITH SEVERE CHRONIC DISEASES

Chernaya Yu. S., Shishkova A.M., Bocharov V.V.

Родители, воспитывающие детей с тяжелыми хроническими заболеваниями, часто сталкиваются со значительными трудностями, обусловленными необходимостью создания особых условий (в частности, прохождение лечебных мероприятий, специализированных форм обучения), направленных на поддержание здоровья и благополучия своих детей. Это может обуславливать развитие эмоционального выгорания, возникающего у родителей в том случае, если требования жизненной ситуации превышают их ресурсный потенциал. Феномен эмоционального выгорания в сфере детско-родительских отношений активно начал разрабатываться с начала 2000-х. В исследованиях показана взаимосвязь его проявлений с депрессивностью, невротичностью, астенизацией, перфекционизмом и эмоциональной лабильностью. В контексте рассмотрения эмоционального выгорания родителей представляется важным изучить взаимосвязь его феноменов с показателями агрессивности, поскольку эти характеристики влияют не только на внешние социальные связи, но и на психическое благополучие как родителя и ребенка, так и всех членов семьи. Целью исследования являлось изучение выраженности показателей агрессивности и их связи с эмоциональным выгоранием у родителей, опекающих детей с тяжелыми хроническими заболеваниями.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 138 родителей (106 матерей и 32 отца) в возрасте от 23 до 58 лет, проходящие лечение вместе со своими детьми на базе 2-ого хирургического отделения и 3-его педиатрического отделения клиники Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета и 2-ого психоневрологического отделения Санкт-Петербургской детской городской больницы св. Ольги.

Респонденты были разделены на три группы по нозологии заболевания ребенка (родители детей с ревматоидным артритом, нейрофиброматозом и эпилепсией). Средний возраст родителей — $36,5 \pm 7,01$ лет. Для диагностики и определения структуры эмоционального выгорания у родителей тяжело хронически больных детей применялся Опросник «Уровень эмоционального выгорания родственников/ Родительско-детский вариант» (УЭВР/РДВ) (Шишкова А. М., Бочаров В. В., Черная Ю. С., 2021), для оценки уровня агрессивности применялся «Опросник уровня агрессивности Басса – Перри» (Ениколопов С. Н., Цибульский Н. П., 2007). Анализ проводился с помощью описательной статистики,

непараметрического критерия U-Манна-Уитни, коэффициента корреляции г-Пирсона. Для проведения статистического анализа использовались программы: IBM SPSS Statistics 21.

Результаты и их обсуждение. При рассмотрении выраженности различных компонентов агрессии по методике «Опросник уровня агрессивности Басса – Перри» (физическая агрессия, гнев, враждебность и общая агрессивность) в трех исследуемых группах обнаружено, что родители детей с эпилепсией демонстрируют более высокий уровень гневливости ($p \leq 0,05$), нежели родители детей страдающих нейрофиброматозом и ревматоидным артритом. Уровень враждебности по отношению к другим людям у родителей детей с ревматоидным артритом значимо выше ($p \leq 0,05$), чем у родителей воспитывающих детей с эпилепсией. В то же время все показатели агрессии в исследуемых группах не выходят за пределы нормативного диапазона.

При изучении симптомов эмоционального выгорания наибольшая выраженность истощения и деперсонализации представлена в группе родителей, воспитывающих детей с ревматоидным артритом. При этом показатель эмоционального истощения родителей детей с ревматоидными патологиями выше ($p \leq 0,05$), чем в группе родителей, как воспитывающих детей с нейрофиброматозом, так и эпилепсией. По параметру деперсонализации достоверные различия ($p \leq 0,05$) присутствуют только между группой родителей детей, страдающих ревматоидными патологиями и эпилепсией. Родители детей с ревматоидными нарушениями имеют большую выраженность проявлений деперсонализации, то есть характеризуются большей выраженностью цинизма в отношении к собственному ребенку, обесценивания его личностных качеств. Такое обесценивание, как правило, выполняет защитную функцию эмоционального «отгораживания» от негативных переживаний в ситуации дистресса, обусловленного хронической болезнью ребенка.

В ходе исследования взаимосвязей выраженности различных компонентов агрессии с проявлениями выгорания у родителей, опекающих детей с тяжелыми хроническими заболеваниями, было обнаружено, что показатели УЭВР/РДВ, отражающие симптомы эмоционального выгорания (истощение; деперсонализация/цинизм; редукция личностных достижений и деструктивная разрядка напряжения), связаны практически со всеми шкалами опросника Басса-Перри на высоком уровне значимости. Повышение показателей по шкалам враждебности и агрессивности в целом сопряжено с ростом значений, отражающих истощение родителя в процессе воспитания, формированием циничного отношения к ребенку, склонностью преуменьшать свои успехи в лечении ребенка и тенденциями к деструктивной разрядке напряжения. Деструктивные формы разрядки напряжения, в частности, могут проявляться тенденциями к соматизации тревоги и напряжения, склонностью к злоупотреблению психоактивными веществами.

Заключение. Исходя из результатов исследования, можно сделать вывод о тесной взаимосвязи показателей агрессии и выгорания у родителей, воспитывающих тяжело хронически больного ребенка. Родители, имеющие высокие показатели по шкалам: «Гнев», «Враждебность» и «Общая агрессивность», находятся в зоне «риска» развития эмоционального выгорания в процессе воспитания ребенка. В тоже время процесс эмоционального выгорания может потенцировать проявления агрессии, выражаясь как в аутодеструктивном поведении, так и в открытом проявлении агрессии по отношению к окружающим и собственному больному ребенку. В связи с этим, наличие агрессивных тенденций и проявлений эмоционального выгорания следует рассматривать в качестве «мишеней» при проведении

психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий для родителей хронически больных детей.

О ПЕРСПЕКТИВАХ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РФ: СТРАХИ И МИФЫ О ПРОЕКТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА О ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Шаболтас А.В.

СПбГУ

Санкт-Петербург

ON THE PROSPECTS FOR LEGISLATIVE REGULATION OF PSYCHOLOGICAL ACTIVITY IN THE RUSSIAN FEDERATION: FEARS AND MYTHS ABOUT THE DRAFT FEDERAL LAW ON PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE

Shaboltas A.V.

Разработка проекта Федерального закона о психологической помощи вызывает много дискуссий в профессиональных сообществах психологов и врачей в течение уже более 20 лет. Последняя инициатива объединенной рабочей группы Российского психологического общества, Московского и Санкт-Петербургского государственных университетов, ведущих научных центров, в рамках которой были разработаны предложения к ФЗ о психологической помощи, также вызвала бурные волнения и вопросы. Правда, следует отметить, что основными критиками законодательного регулирования являются непрофессиональные психологи и представители негосударственных образовательных учреждений, активно занимающиеся разными видами дополнительного образования формата повышения квалификации или переподготовки. Особую тревогу вызывает активное распространение мифов и «страшилок» о законе, а также откровенных манипулятивных заявлений или фальсифицированных текстов. В частности, слышны мнения о том, что законодательное регулирование лишит людей психологической помощи или «выбросит» из профессии хороших специалистов и т.п. В этой связи, крайне важны публичные обсуждения как в профессиональном кругу, так и в публичных сообществах, предоставляющие достоверную информацию об основной цели и содержании предлагаемого законопроекта. Предлагаемая законодательная инициатива в первую очередь направлена на обеспечение граждан России качественной профессиональной психологической помощью, которая в настоящее время никак не регулируется государством несмотря на острую значимость для сохранения психического здоровья и поддержания психологического благополучия населения. С этой целью в проекте ФЗ впервые четко обозначаются важнейшие аспекты профессиональной психологической работы без «привязки» к какому-либо ведомству, а именно: требования к базовому профессиональному образованию психологов, условия допуска к профессиональной психологической практике, в том числе, *частной*, вопросы оказания психологической помощи и защиты прав наиболее уязвимых групп населения, сохранения психологической тайны, соблюдения профессиональной этики в целом. Данное в проекте ФЗ определение видов профессиональной психологической помощи дает четкое понимание того, что входит в функционал профессионального психолога, которое в настоящее время отсутствует. До сих пор под названием «вида психологической помощи» могут реализовываться самые разнообразные практики, часто не имеющие отношения к профессиональной психологической деятельности. Закрепление положений о высшем психологическом образовании как обязательном для специалистов, оказывающих психологическую помощь, и о регулярной не реже, чем раз в 5 лет профессиональной аттестации по областям профессиональной

деятельности, обеспечивает соответствие профессиональным компетенциям, обозначенным в федеральных образовательных стандартах подготовки психологов и поддержание качества оказываемой психологической помощи под контролем государства и профессионального сообщества. Эти требования формируют модель подготовки профессиональных психологов по аналогии с непрерывным медицинским образованием, что отражает сложность работы специалиста в области психологического здоровья.

Проект Закона предусматривает разделение полномочий по организации психологической помощи населению на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, а также создание реестра психологов, который сделает прозрачным рынок психологических услуг для населения и позволит обеспечить доступ к качественной помощи и своевременно реагировать на возможные нарушения этики или качества психологической помощи со стороны специалистов. Важной частью проекта закона является раздел о переходном периоде (6-8 лет), который позволит защитить интересы и права тех специалистов, которые «пришли» в профессию из других областей с изначально иными формами базового образования и для которых будет предусмотрены специальные процедуры добровольной аккредитации для сохранения статуса профессиональных психологов. В целом все положения законопроекта направлены на защиту интересов людей, нуждающихся и заслуживающих качественную профессиональную психологическую помощь, и профессионалов, способных ее оказывать. Важно отметить, что по сути, эволюция законодательного регулирования психологической помощи очень близка к истории развития медицинской помощи, когда на определенном этапе произошло разделение между профессиональной медициной и иными помогающими практиками.

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ МАРКЕРЫ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА И ИХ МЕХАНИЗМЫ

Шипкова К.М.

ФГБУ «НМИЦ ПН им В.П. Сербского» Минздрава России

НОЧУ ВПО «Московский институт психоанализа»

Москва

**NEUROCOGNITIVE MARKERS OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER
AND THEIR MECHANISMS**

Shipkova K.M.

Актуальность. Биполярное аффективное расстройство (БАР) входит в мировой регистр самых распространенных психических заболеваний (WHO, 2022). БАР не имеет национальных, этнических, возрастных, образовательных, профессиональных границ. Болезнь оказывает глубокое влияние на социальное и когнитивное функционирование субъекта (Краснов В.Н. и др., 2013; Ершов Б.Б. и др., 2015; Емелин, В.А., 2016; Ахапкин Р.В., 2020), снижает возможности социальной адаптации, коммуникации, семейного общения (Copeland L.A. et al., 2009), трудоспособности (Петрова Н.Н. и др., 2015). Трудности дифференциальной диагностики между БАР и шизофренией (Мучник П.Ю., Снедков Е.В., 2013) связаны со сложностью этиопатогенеза заболевания. Инициально, в подавляющем большинстве случаев, пациентам ставится ошибочный диагноз (Ершов Б.Б. и др., 2015). При увеличении стажа заболевания до 15 лет и более повышается риск его трансформации в шизоаффективное расстройство или шизофрению (Baryshnikov I. et al., 2020). Цель. Определение нейркогнитивных маркеров БАР и их нейробиологических механизмов. Материал. Источники открытого доступа наукометрических баз Pubmed,

WoS, Scopus, Science Direct, Wiley, Ciberlinka, 2008-2022г..Методы. аналитический метод, компаративный анализ. Анализ данных. Исследования нейрокогнитивного дефицита ведутся в двух парадигмах: нейробиологической и нейропсихологической, – являющихся разными уровня анализа вопроса. Во многом одна парадигма инспирирует развитие другой и *vice versa*. Нейробиологическая парадигма рассматривает в качестве триггера нарушений эмоционального реагирования и вторичных симптомов, вызываемых ими, дисфункциональность взаимодействия двух нейрональных систем «эмоционального мозга». С одной стороны, это система, отвечающая за идентификацию знака эмоционального стимула («hot processing»), его субъективной значимости, тормозящая импульсивные непродуктивные стратегии реагирования (вентральная нейрональная сеть). С другой стороны – система, произвольной регуляции эмоционального ответа, регулируемая соответствием «стимул – реакция», как правило, в ситуациях сложного эмоционального выбора (дорзальная нейрональная сеть) (Drevets W.C. et al., 2008; Konarski J.Z. et al., 2008; Rigucci S. et al., 2010). Этот объяснительный механизм трактуется как единый для всех видов аффективных расстройств, включая большое депрессивное расстройство, биполярное расстройство I и II типа. Данное положение представляется спорным, в силу того что отсутствие динамики эмоционального сдвига с одних случаях и ее наличие в других свидетельствуют, по всей о разном качестве этой дисфункциональности, а, возможно, и ее разном уровне. У пациентов с большим количеством эутичных эпизодов развивается атрофия гиппокампальных структур, веретенообразной извилины, уменьшается толщина новой коры в орбитофронтальной, фронтальной и височной областях. Во многом картина нарушения корково-подкорковых связей подтверждается нейропсихологической симптоматикой, наблюдаемой как в эутичном периоде, так и в периоде обострения, а также у родственников первой линии, что дает основание рассматривать их как эндофенотипические характеристики БАР (Bora E. Et al., 2009; Roux P et al., 2020). Нейропсихологическая симптоматика выражается в нарушении триады психологических доменов: управляющих функций, памяти и внимания (Конорева А.Е. и др., 2017; Чумаков Е.М. и др., 2021; Шипкова К.М. и др., 2022). Нарушения в двух последних доменах носят модально-неспецифический характер, что говорит об их подкорковых механизмах. Ослабление регуляторных процессов проявляется в снижении тормозных процессов (импульсивности/инактивности), когнитивной гибкости (ригидности когнитивной стратегии) и объеме рабочей памяти. Взаимоотношения между всеми тремя компонентами регуляторных процессов принимают характер патологического замкнутого круга. Патологическое усиление механизмов ретро- и проактивного торможения в рабочей памяти приводит к повышению эмоциональной неустойчивости, ситуативной и личностной тревожности, что, в свою очередь, усиливает угнетение структур лимбической системы, включая гиппокамп и нарушает процесс прочности фиксации следа. Заключение. В силу того, что регуляторные процессы являются главным орудием опосредствования мыслительных и сложную поведенческих процессов, то их ослабление при БАР закономерно приводит к расстройствам поведения, когнитивного и социального функционирования. Не конгруэнтность структуры и выраженности нарушений когнитивной и эмоциональной сфер при БАР позволяет выдвинуть гипотезу об их реципрокных взаимоотношениях. Психологическая составляющая ремедиации БАР не должна ограничиваться психотерапевтическими технологиями, не решающими по существу вопроса нейрокогнитивного дефицита. Требуется проведение специальных нейрокогнитивных тренингов, учитывающих «слабые места» регуляторных и мнестических процессов и позволяющих одновременно косвенно оценивать эффективность проводимой терапии.

**БРЕМЯ СЕМЬИ У РОДСТВЕННИКОВ, ОПЕКАЮЩИХ БОЛЬНЫХ
С ПОГРАНИЧНЫМИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ И ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**Шишкова А.М., Бочаров В.В., Сарайкин Д.М., Твердохлебова А.М.,
Смирнова А.В., Черная Ю.С., Иванов М.В., Крижановский А.С.,
Караваева Т.А., Корман Т.А., Вукс Д.О.**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева» Минздрава России
СПбГБУЗ Психоневрологический диспансер 3 Петроградского района
ФГБОУ ВО СПбГПУ
ФГБОУ ВО СПбГУ

ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова
Санкт-Петербург

**FAMILY BURDEN IN RELATIVES CARING FOR PATIENTS WITH BORDERLINE
PERSONALITY DISORDER AND SCHIZOPHRENIA**

**Shishkova A.M., Bocharov V.V., Saraykin D.M., Tverdokhlebova A.M., Smirnova A.V.,
Chernaya J.S., Ivanov M.V., Krizhanovsky A.S., Karavaeva T.A., Korman T.A., Vuks D.O.**

Нарушения поведения и социального функционирование, возникающие в результате наличия психической или соматической патологии у больного, часто становятся тяжелым испытанием для его близких. Для оценки и систематизации трудностей и переживаний родственников больных с различными соматическими, неврологическими и психиатрическими расстройствами в настоящее время часто применяется концепция семейного «бремени».

При рассмотрении негативных последствий опеки авторы традиционно описывают субъективные и объективные компоненты «бремени». К объективному бремени, как правило, относят финансовые трудности, связанные с необходимостью оплачивать медицинские счета и экономической зависимостью больного, нарушение привычного ритма жизни и сокращение социальной активности, невозможность уделять достаточное количество времени не страдающим заболеванием родственникам и т.п. К субъективному бремени относят преимущественно эмоциональные компоненты переживаний, например, беспокойство за состояние здоровья, безопасность и будущее больного члена семьи, негативные эмоции по отношению к больному или реакции горевания, связанные с чувством утраты преморбидной личности больного (Корман, 2010; Lee, Cagle, 2021; Liew et. al., 2019). Объективация негативных последствий опеки и выявление потребностей, возникающих у родственников в процессе опеки хронически больного, необходимы для повышения эффективности специализированных мероприятий, направленных на поддержание их психического и соматического здоровья. Это в свою очередь представляется важным при организации системы внестационарной помощи, где родственники больных играют одну из центральных ролей.

Целью настоящего исследования являлось изучение особенностей переживания семейного «бремени» у родственников, опекающих пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами и шизофренией.

Материал и методы. В исследовании приняли участие родственники (родители и супруги) больных с пограничными нервно-психическими расстройствами (F41.1, F.41.2, F45.0-F45.4) – 41 человек (средний возраст 48,2; SD=10,87 лет) и родственники больных с шизофренией и шизотипическими расстройствами (F20, F21) – 23 человека (средний возраст 54,2; SD=11,06 лет). Исследование осуществлялось на базе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» и СПбГБУЗ

Психоневрологический диспансер 3 Петроградского района. Постановка диагноза больным осуществлялась экспертами – врачами-психиатрами (по МКБ-10).

Для изучения семейного «бремени» применялась специально модифицированная для исследования методика «Оценка Негативных Последствий Болезни Близкого (ОНПБ)». В её основу легла методика «Оценка Негативных Последствий Болезни Близкого у Родственников Больных с Аддиктивными Расстройствами» (Шишкова, Бочаров, 2021). Методика состоит из 42 пунктов, объединенных в 2 блока: первый блок отражает непосредственно показатели бремени болезни, второй – аспекты функционирования родственников, ассоциированные с болезнью близкого. Первый блок включает шкалы: «Объективное бремя» и «Субъективное бремя», а также общий показатель бремени, являющийся их арифметической суммой. Второй блок включает шкалы: «Беспокойство», «Стигматизация», «Позитивные чувства по отношению к больному», «Негативные чувства по отношению к больному», «Ощущение утраты», «Удовлетворенность родственников взаимодействием со специалистами», а также дополнительный вопрос, направленный на оценку финансового бремени.

Кроме того, с каждым обследованным проводилось полуструктурированное интервью, направленное на оценку социально-демографических и клинических характеристик, отношения к больному и сложившейся в семье жизненной ситуации. Обработка данных проводилась при помощи статистического пакета SPSS ver. 21. IBM SPSS ver. 21. При проведении сравнительного анализа применялся критерий U Манна-Уитни. Различия между группами принимались статистически значимыми, если полученные значения p были менее 0,05.

Результаты. Результаты сравнительного анализа показателей методики ОНПБ в исследуемых группах родственников показал наличие достоверных различий по шкалам «Стигматизация» («СТ») при $p < 0,01$, «Объективное бремя» («ОБ»), «Беспокойство» («Б») и «Удовлетворенность родственников взаимодействием со специалистами» («УС») при $p < 0,05$. При этом показатели шкал «ОБ», «Б» и «СТ» выше в группе родственников, опекающих больных шизофренией, в то время как показатель «УС» выше в группе родственников, опекающих больных пограничными нервно-психическими расстройствами.

Полученные данные говорят о том, что родственники, опекающие больных шизофренией, по сравнению с близкими больных пограничными нервно-психическими расстройствами, характеризуются большей выраженностью субъективного ощущения негативного отношения окружающих в связи с болезнью родственника, их неодобрения и отсутствия эмоциональной поддержки. Кроме того, у родственников, опекающих больных шизофренией, диагностируется больший уровень непосредственной нагрузки, связанной с повседневной заботой о больном (прием лекарств, структурирование времени, коррекция поведения), а также нарушения повседневной жизни, обусловленные необходимостью осуществления такой заботы. Они чаще испытывают беспокойство и тревогу, связанную с мыслями о здоровье, личностном и социальном функционировании больного.

Такие результаты представляются ожидаемыми и во многом связаны с различиями клинических проявлений болезни и требований, предъявляемых к родственнику в процессе опеки, которые и определяют большую выраженность стрессовой нагрузки у близких, опекающих больных шизофренией. Полученные данные также соотносятся с литературными источниками, говорящими о связанности субъективного и объективного бремени с ощущением недостатка социальной поддержки и удовлетворенности родственников оказываемой их близким медико-социальной помощью (Biegel, 2007; Tessler, 1991; Ribé et. al., 2018).

В то же время хотелось бы отметить, что отсутствие психотической симптоматики, характерное для клиники неврозов, не является протективным фактором, препятствующим возникновению стрессобусловленных расстройств у родственников, опекающих таких больных. Родственники больных пограничными нервно-психическими расстройствами зачастую оказываются вовлеченными в действия, связанные с основной симптоматикой пациентов. Например, навязчивые сомнения и избегающее поведение пациента, требование постоянной эмоциональной поддержки могут нарушать привычный ритм жизни членов семьи больного. Родственники таких больных, также как и больных шизофренией, отмечают ограничения в общественной жизни, связанные с болезнью близкого, говорят, что ощущают необходимость скрывать симптомы больного от других людей, чтобы избежать стигматизации, испытывают страх перед определенными проявлениями расстройства (в частности, депрессивной симптоматикой и навязчивостями).

Важно подчеркнуть, что субъективная оценка трудности выполняемой родственником деятельности по опеке больного (показатель «Субъективное бремя») как и общая выраженность нагрузки, связанной с опекой хронически больного близкого (общий показатель бремени) в исследуемых группах родственников не имеет различий. Сходными являются и переживания, связанные с отношением опекающих родственников к больному близкому.

Выводы. Родственники, опекающие больных шизофренией, по сравнению с близкими больных пограничными-нервно-психическими расстройствами, характеризуются большей выраженностью «объективного бремени», отражающего непосредственную нагрузку, связанную с повседневной заботой о больном. Для родственников больных шизофренией также в большей степени характерно ощущение стигматизации со стороны окружающих, беспокойство за здоровье и будущее больного. Пристального внимания специалистов требует, наблюдаемое у родственников чувство неудовлетворенности той помощью, которая оказывается их болеющим близким в процессе терапии и реабилитации.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ РОСТ И МЕТОДЫ ЕГО ДИАГНОСТИКИ У РОДСТВЕННИКОВ, ОПЕКАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Шишкова А.М., Бочаров В.В., Цыганкова Е.С., Грановская Е.А.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева» Минздрава России

Санкт-Петербург

POSTTRAUMATIC GROWTH AND ITS ASSESSMENT AMONG RELATIVES CARING FOR CHRONICALLY ILL

Shishkova A.M., Bocharov V.V., Tsygankova E.S., Granovskaya E.A.

«Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-25-00090, <https://rscf.ru/project/23-25-00090/>»

В последние десятилетия научное сообщество все чаще обращает внимание на значимую роль родственников в организации внестационарных форм помощи хронически больным (Шишкова, Бочаров, 2021; Сергиенко, 2019; Vjørnnes, 2019; Jaramillo, 2016 и др.).

В качестве методологического основания для изучения психологии таких родственников в современных исследованиях наиболее часто лежит теория стресса. С позиций теории стресса взаимодействие с больным и те преобразования, которые происходят в психической жизни родственников, опекающих тяжело хронически больных, можно в широком смысле отнести к влиянию психологического стресса (травматизации).

Стресс-ориентированные модели (в частности, концепция «бремени» и выгорания) традиционно фокусируются на негативных аспектах, возникающих в процессе ухода за хронически больным. В то же время еще в 90-е годы прошлого столетия исследователи обратили внимание на то, что в качестве последствий стрессового воздействия, обусловленного заболеванием близкого, могут выступать не только негативные изменения соматического и психосоциального функционирования членов семьи (Bulger et al. 1993; Greenberg et al. 1994).

Развитие исследований в данном направлении преимущественно осуществляется в рамках концепции посттравматического роста, в основу которой легли представления о том, что травматический опыт характеризуется полным разрушением или изменением целого ряда базовых убеждений о себе, мире и окружающих.

Болезнь родственника может выступать в качестве психотравмирующего фактора и затрагивать базовые убеждения опекающего, вызывая чувство незащищенности и страха перед будущим, вопросы о смысле собственной жизни и ценности собственной личности. Такие переживания говорят о переживании глубокого личностного кризиса, который, при неблагоприятном исходе, может вызывать у родственника хронически больного развитие психической и соматической патологии. В то же время, переоценка отношения к себе и окружающему миру может являться определенным трамплином, раскрывающим ресурсные возможности и потенцирующим личностный рост у опекающего родственника.

В настоящее время существуют различные модели (например, «Model of life crises and personal growth», «Janus-Face-model», «Biopsychosocial-evolutionary view») описывающие феномены посттравматического роста, однако наиболее разработанной и эмпирически обоснованной представляется

функционально-описательная модель («Functional-descriptive model») (Tedeschi, Calhoun, 1995, 2004). В настоящее время данная модель получила подтверждение в ходе различных исследований (Mosher et al., 2017; Taku et al., 2008), в том числе и в работах, посвященных изучению посттравматического роста у родственников, опекающих хронически больных (Hallam, Morris, 2014).

В рамках данной модели авторы представляют посттравматический рост как результат работы личности в ситуации, связанной с трансформацией базовых мировоззренческих представлений и целей человека. Рост личности возникает в условиях невозможности приспособиться, избежать изменений и связанного с этим стресса.

Разработанный авторами в рамках функционально-описательной модели «Опросник посттравматического роста» (The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI, Tedeschi, Calhoun, 1995; 1996) длительное время был наиболее широко используемым инструментом для оценки позитивных изменений, происходящих в результате воздействия стрессовых и потенциально травматических событий (Helgeson, Reynolds, Tomich, 2006; Linley, Joseph, 2004).

PTGI состоит из 21 утверждения и имеет 5-факторную структуру, описывающую возможные направления личностных преобразований. Авторы выделяют факторы «личной силы» (Personal Strength), «новых возможностей» (New Possibilities), «отношения к другим» (Relating to Others), «ценности жизни» (Appreciation of Life) и «духовных изменений» (Spiritual Change) (Tedeschi, Calhoun, 1996).

Пятифакторная структура опросника подтвердилась в различных популяциях, обнаружив лишь незначительные вариации в разных культурных группах (Brunet et al., 2010; Lee, Luxton et al., 2010).

Несмотря на свою популярность, со временем опросник PTGI стал подвергаться критике в научных кругах в связи с тем, что результаты, полученные при его

использовании, могут отражать наличие только «положительных» психологических изменений, поскольку сама формулировка утверждений не предполагает возможности оценки иных трансформаций ценностно-смысловой сферы личности в ситуации воздействия стрессовых/травматических событий (Harvey et al., 2006).

Дальнейшее развитие представлений о механизмах психического реагирования личности на психотравмирующие ситуации, разрабатываемых в рамках концепции R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun, нашло свое отражение в формировании понятия о посттравматическом обесценивании (posttraumatic depreciation), отражающем негативные изменения, формирующиеся в результате воздействия стресса в тех же областях личностного функционирования, а именно – самоощущении, восприятии отношений с другими и изменении общей философии жизни (Baker et. al, 2008; Cann et.al., 2010).

Для измерения феноменов посттравматического обесценивания опросник PTGI, был дополнен негативно сформулированными утверждениями и получил название PTGI-42: Growth and Depreciation (Baker et. al, 2008.)

Одновременное рассмотрение положительных и отрицательных изменений в результате воздействия стресса, ставшее возможным благодаря PTGI-42, позволило значительно углубить понимание преобразований, происходящих в ценностно-смысловой сфере личности, и поставить вопрос о соотношении этих явлений. Появились многочисленные исследования, направленные на изучение того, является ли посттравматический рост и посттравматическое обесценивание противоположными полюсами одного континуума или представляют собой два независимых конструкта (Barrington, Shakespeare-Finch, 2013, Michélsen et al., 2017; Zieba et al., 2019 и др.)

Работы, направленные на изучение соотношения этих явлений, наглядно продемонстрировали, что важно предоставлять участникам исследования возможность сообщать как о положительных, так и об отрицательных изменениях, которые могут произойти одновременно, поскольку полученные данные в целом отражают независимый характер конструктов посттравматического роста и обесценивания (Barrington, Shakespeare-Finch, 2013).

В настоящее время R.G. Tedeschi с соавторами предложили расширенную версию опросника, усовершенствовав его дополнительными вопросами, позволяющими более полно отразить как позитивные (развитийные), так и деструктивные аспекты личностных преобразований в результате воздействия психотравмирующих событий. Новый опросник – «Posttraumatic Growth and Posttraumatic Depreciation Inventory - Expanded version» (PTGDI-X) был представлен Tedeschi и его коллегами мировому научному сообществу в 2020 году (Taku K. et. al., 2020). Инструмент прошел валидизацию в 10 странах мира, продемонстрировав отличные психометрические характеристики (α -Кронбаха по шкалам – 0,93 и выше), что обуславливает целесообразность его применения при изучении последствий хронического стресса и психотравматизации.

Важность применения настоящего инструмента в области изучения родственников, опекающих хронически больных, определяется неизученностью особенностей и соотношения феноменов посттравматического роста и посттравматического обесценивания у данного контингента. В настоящее время нами проводится работа по созданию русскоязычного аналога методики PTGDI-X.

Разработка и внедрение конструкта посттравматического роста как одной из концептуальных основ для понимания психологии родственников хронически больных поможет существенно расширить возможность оказания специализированной помощи данному контингенту, позволяя фокусироваться не только на снижении негативных последствий стрессового воздействия, но и на

развитии и поддержке позитивных последствий опыта, приобретаемого близкими в процессе опеки больного родственника.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Щетинина Е.В.

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

Москва

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE STUDY OF THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE IN SCHIZOPHRENIA

Shchetinina E.V.

Пациенты, перенесшие первый психотический эпизод, представляют собой, как правило, группу молодых людей от 18 до 35 лет, которые впервые столкнулись с психозом или давность их заболевания не превышает 5 лет и может включать себя не более трех госпитализаций. Повышенный интерес к данной категории пациентов продиктован несомненной важностью психофармакологического и психотерапевтического вмешательства на ранних, впервые выявленных, этапах психического заболевания, что позволяет специалистам обеспечить пациентам продолжительную ремиссию, сохранить достойное качество жизни и социальное функционирование. Отделение пациентов с первым психотическим эпизодом от остальной массы пациентов, длительно страдающих психическими расстройствами (здесь и далее подразумеваются расстройства психики психотического уровня, а именно диагнозы F20-F29, F30-F31), подразумевает наличие у первых высокого реабилитационного потенциала. Известный догмат о том, что заболевание легче предупредить, чем лечить, находит здесь свое отражение.

Раннее выявление и лечение первого психотического состояния приводит к минимизации психосоциального стресса и негативного влияния болезни, способствует более благоприятному течению и социальному восстановлению пациентов. С учетом этих данных во многих странах мира создаются клиники первого психотического эпизода. Первая подобная клиника с ноября 2000 года существует в Московском НИИ психиатрии МЗ РФ. За минувшие двадцать с лишним лет клиники первого психотического эпизода были организованы при психиатрических больницах ряда городов России. В данных подразделениях, включающих в себя стационар, полустационарное отделение (дневной стационар), диспансерное наблюдение, создается благоприятная терапевтическая среда, применяются наиболее современные подходы к лечению, пациентам предоставлен широкий спектр психосоциальных мероприятий. Работа специалистов направлена на формирование преемственности лечению у пациентов. Этапы лечения в клинике первого эпизода (стационар, дневной стационар и амбулаторный кабинет) соответствуют стадиям психического расстройства. В острой фазе пациенту требуется помощь и круглосуточное наблюдение в рамках стационара, на стадии стабилизации пациент может быть выписан в дневной стационар, где будет продолжаться наблюдение до наступления ремиссии.

В последние годы предметом множества научных изысканий становится исследование ранних признаков психических расстройств еще на продромальном этапе, предшествующим дебюту заболевания. Интерес к этому очевиден и обусловлен первостепенной задачей предотвращения зарождающегося психического расстройства, способного повлечь за собой необратимые тяжелые последствия вплоть до инвалидизации и порой летальных исходов больных. Во многих исследованиях прослеживается отчетливая связь между длительным

периодом нелеченного психоза и низкой эффективностью последующего лечения. Раннее выявление и лечение психотических расстройств оказывает протективное действие на головной мозг, защищает от разрушительного воздействия, предупреждает стремительную хронификацию болезни. Выделение больных с первым психотическим эпизодом, как было отмечено выше, не превышающих пятилетний срок заболевания, предполагает систематическое, комплексное воздействие со стороны лечебных и реабилитационных мер (психофармакотерапия, психообразование пациентов и их родственников, психотерапия, психокоррекция негативных симптомов), с целью предотвратить биологическое, социальное и психологическое ухудшение. Одним из показателей эффективности данных мероприятий является отсутствие смены лекарств и отсутствие повторных госпитализаций в течение года.

К сожалению, психические расстройства зачастую имеют хронический, прогрессивный характер, и неминуемо приводят к формированию так называемого «дефекта» (конечного состояния болезни). Выраженность его оказывает непосредственное, прямое, влияние на исход заболевания и определяет реабилитационные возможности пациента.

Нейрокогнитивный дефицит нередко присутствует уже во время продромальных фаз болезни, наиболее прогрессирует в первые пять лет болезни, не имеет связи с длительностью нелеченного психоза и во многом определяет качество жизни, уровень социального функционирования и исход болезни. Иными словами выраженные когнитивные нарушения, имеющиеся уже в доманифестном периоде, указывают на большую злокачественность процесса. Нейрокогнитивный дефицит, напрямую связан с нарушением критики пациента к своему состоянию, что в свою очередь влияет и на преобладание лечения, а это вводит пациента в своего рода замкнутый порочный круг: усугубляет его симптоматику, провоцирует рецидивы, способствует хронификации заболевания и неблагоприятному прогнозу.

Другим вариантом шизофренического дефекта является дефицитарность со стороны эмоционально-волевой сферы, так называемый апатоабулический синдром. В данном случае у больных наблюдаются выраженные нарушения волевого компонента – безволие, безынициативность, эмоциональная выхолощенность, пассивность, редукция энергетического потенциала. В литературе можно также встретить формулировку «динамическая пустота». Данный вариант дефекта изучался такими видными отечественными психиатрами, как А.В. Снежневский, А.Б. Смулевич, Г. Шюле и др. Преобладание эмоционально-волевых нарушений в клинической картине больного нередко оказывается более губительным нежели наличие нейрокогнитивного дефекта. Такие больные могут сохранять формальную критику к своему состоянию, страдать от постпсихотических депрессий, предъявлять стереотипные жалобы и не иметь влияния на собственную жизнь. В научной литературе существуют различные, не противоречащие друг другу, классификации эмоционально-волевых дефектов при шизофрении. Так, помимо апатоабулического дефекта отдельно выделяются: астенический дефект, психопатоподобный, аутистический, диссоциативный, неврозоподобный и т.д.

Формирование дефекта, как исхода психотических расстройств, - суть необратимые изменения личности больного, что представляет важную социальную проблему. Важность и своевременность оказания комплекса медико-психологических мероприятий очевидна, и дальнейшие научные изыскания в данной области являются одной из первостепенных задач Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Психосоциальная терапия (психосоциальная реабилитация) входит в основные клинические рекомендации по ведению пациентов с диагнозом «шизофрения» и

представляет собой наряду с психофармакотерапией необходимую и неотъемлемую стратегию лечения. Психореабилитационные мероприятия могут быть присоединены на любом этапе оказания помощи больному (но вне острых состояний). «Чем раньше по отношению к началу заболевания начинаются психосоциальные мероприятия, тем скорее можно рассчитывать на благоприятный исход».

Выбор психореабилитационной программы должен исходить из сферы преобладания дефицитарной симптоматики у конкретного больного и степени его социальной дезадаптации. Составление реабилитационного маршрута, программы психосоциальных мероприятий зависит от актуального психического состояния пациента, этапа оказания психиатрической помощи и задач, которые ставятся на данном этапе. Соответственно этим критериям выделяются отдельные по форме и содержанию этапы психосоциального воздействия. К примеру, для пациентов, перенесших первый психотический эпизод, основной акцент делается на психообразовательных мероприятиях, на информирование пациентов о заболевании, обучению отслеживанию ранних признаков психического расстройства, формированию кооперации, восстановление по возможности прежнего уровня социального функционирования. В настоящее время возлагаются большие надежды на возможную психокоррекцию дефекта с применением техник когнитивно-поведенческой психотерапии, тренингов социальных навыков.

ПСИХОЛОГИЯ РИСКА РАКА ГРУДИ, ПЕРЕДАВАЕМОГО ПО НАСЛЕДСТВУ ЖЕНЩИНАМ

Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Фетисов Б.А.

Московский государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова
Москва

THE PSYCHOLOGY OF BREAST CANCER RISK INHERITED BY WOMEN.

Yaltonsky V.M., Sirota N.A., Fetisov B.A.

Актуальность проблемы обусловлена тем, что около 5% раковых заболеваний возникает из-за наследственного синдрома предрасположенности к раку. Термин "наследственный рак" относится к раку, который развивается вследствие зародышевой мутации в гене (генах) предрасположенности к раку. Наследственные мутации в генах BRCA1,2 связаны с пожизненным риском развития рака молочной железы до 85 % (Easton et al., 1995;). Около четверти женщин, проходящих генетическое консультирование по поводу рака, испытывают клинически значимый уровень дистресса, тревоги и/или депрессии. Однако эти общие психологические показатели, используемые во многих исследованиях, не дают значимой информацию о психологических аспектах принятия решения проходить или не проходить женщине генетическое тестирование, ее возможных стратегиях совладания с риском наследственного рака груди, отдать предпочтение профилактическому наблюдению либо подвергнуться профилактической мастэктомии, заводить или нет новых детей и т.д.

Целью проводимого теоретического исследования являлось раскрытие некоторых психологических аспектов риска рака груди, передаваемого женщинам по наследству. Материал исследования подбирался через базу данных PubMed отражающих тему тезисов.

Обсуждение. Психологические проблемы обусловлены характером заболевания, информационными потребностями клиентов и их восприятием риска, а также их

жизненным опытом, личностными особенностями и ресурсами совладающего поведения.

Воспринимаемый риск смертельной болезни является ключевым мотиватором поведения в отношении здоровья. Возникающая угроза для жизни женщин подверженных риску рака груди их меняет их мысли, эмоции, активизирует возможные способы совладания с ней и вынуждает адаптироваться к ней в том числе используя возможности генетического тестирования и генетического консультирования, при проведении которых, психологические факторы играют первостепенную роль. Оценка угрозы отражает потенциальный вред, предвкушаемый ущерб, который может произойти в будущем; означает, что человек воспринимает предстоящее, надвигающееся событие, как событие, которое может иметь негативные последствия (Kessler, 1997; Biesecker BB, 2010)

Генетическое тестирование - это использование медицинских тестов для поиска определенных мутаций (изменений) в генах человека. По данным литературы преимуществом генетического тестирования является уменьшение неопределенности в отношении риска развития рака, увеличение предполагаемого контроля над риском развития рака, мотивация к соблюдению рекомендованного поведения по профилактике и скринингу. (Croyle RT, 1999; Gooding HC, 2006; Taber IM, 2015).

Консультирование по вопросам наследственного риска развития рака - это процесс информирования семей о рисках развития рака и вариантах генетического тестирования и лечения, конечной целью которого является минимизация заболеваемости и смертности, связанных с раком. Оно является не только психообразовательным, но и психотерапевтическим подходом, который затрагивает когнитивные, аффективные и поведенческие аспекты генетической информации. Данный вид консультирования помогает осознанному выбору в принятии решения об угрозе здоровью и содействует эффективной адаптации к состоянию риска, совладания с ним. Осознанный выбор определяется как выбор, основанный на достаточных знаниях и соответствующий отношению к решению. Для обеспечения информированного выбора клиента генетическое консультирование направлено на то, чтобы клиенты имели достаточное представление о риске, оценивали риск в контексте своих личных ценностей и принимали решение в соответствии со своими убеждениями. Совместное обсуждение, используемое для достижения осознанного выбора в рамках терапевтического альянса между консультантом и клиентом способствует осознанному выбору в принятии решения об угрозе здоровью. Совершившие осознанный выбор женщины с меньшей вероятностью пожалуют о своем решении пройти генетическое тестирование (Sinayev A, Peters E, 2015).

Для части женщин решение о генетическом тестировании является само собой разумеющимся. Они стремятся понять свое состояние, совладать с ним заранее получив предвосхищающие рекомендации по адаптации к состоянию риска болезни. Понимая, что речь идет о неизменяемом пока факторе риска заболеть раком они стремятся адаптироваться настолько успешно, насколько это возможно с учетом обстоятельств их состояния предболезни. При этом состояние риска может восприниматься ими как вызов, мотивирующий их к применению множества поведенческих и когнитивных стратегий, с помощью которых они пытаются активно управлять требованиями стрессовой ситуации и возникающими эмоциональными и физиологическими реакциями. Их активная позиция по решению проблемы направлена на взаимодействие с внешним миром полагаясь при этом на поиск ресурсов среды и использование внутренних ресурсов. Они пытаются увидеть свою проблему в ином освещении, более позитивно, ищут и получают эмоциональную

поддержку от других, предпринимают возможные для них действия по решению проблемы.

В тоже время часть женщин с семейным риском наследственного рака обращаются к пассивным стратегиям совладания с состоянием риска, читая, что они не могут изменить его. Они говорят, что это не реально, винят себя в произошедшем, отказываются от попыток активного совладания, предпочитая выплескивать чувства, жаловаться на неудачную жизнь, избегать социального общения, злоупотреблять психоактивными веществами (Erby, LH, 2008).

Сталкиваясь с повышенным риском развития рака груди в течение всей жизни и угрозой множественных первичных раков, женщины, несущие мутацию BRCA1 / BRCA2 могут рассмотреть возможность профилактической операции по удалению непораженных тканей молочной железы и увеличить количество скринингов на рак (вторичная профилактика). Однако почти половина из них не привержены рекомендациям врачей по регулярному скринингу. Профилактическое удаление груди (профилактическая мастэктомия) доказало свою эффективность в профилактике рака груди соответственно (Finch et al., 2006;).

В такой ситуации генетическое тестирование и консультирование по вопросам наследственного риска развития рака груди становятся все более распространёнными в медицине. Эти инновационные технологии могут стать важным инструментом динамичного управления семейным риском развития рака и участие клинического психолога в составе междисциплинарной команды в этом процессе повышает эффективность профилактики, диагностики и лечения.

Выводы. 1. Около 5% раковых заболеваний возникает из-за наследственного синдрома предрасположенности к раку. Наследственные мутации в генах BRCA1,2 связаны с пожизненным риском развития рака молочной железы до 85 %.

2. Воспринимаемый риск смертельной болезни является ключевым мотиватором поведения в отношении здоровья. Возникающая угроза для жизни женщин подверженных риску рака груди их меняет их мысли, эмоции, активизирует возможные способы совладания с ней и вынуждает адаптироваться к ней в том числе используя возможности генетического тестирования и генетического консультирования при проведении которых психологические факторы играют первостепенную роль.

НАРКОЛОГИЯ

КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ

Арзуманов Ю.Л., Березина И.Ю., Игумнов С.А., Михайлов А.Ю., Аркус М.Л., Лобачева А.С., Горецкая Т.А., Козлов К.С.

ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.П.Сербского" Минздрава России

Москва

CLINICAL AND NEUROPHYSIOLOGICAL STUDY OF THE MECHANISMS OF THE EMERGENCE AND DEVELOPMENT OF DEPENDENCE ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Arzumanov Y.L., Berezina I.Yu., Igumnov S.A., Mikhailov A.Yu., Arkus M.L., Lobacheva A.S., Goretskaya T.A., Kozlov K.S.

Проведена оценка степени нарушений функциональной активности головного мозга с детекцией пароксизмальных колебаний и локализацией их эквивалентных дипольных источников (по данным программы BrainLoc 6.0) с возможной попыткой создания нового персонализированного подхода к определению группы риска для развития пароксизмальных состояний.

Материал и методы. Обследовано 55 пациентов (43 мужчины, 12 женщин), средний возраст – $41,06 \pm 9,84$, находившихся на стационарном лечении клиники ННЦН-филиал ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ с диагнозами: F10.2, F10.212, F10.3, F11.212, F11.3, F15.3, F19.3.

Запись ЭЭГ проводили на электроэнцефалографе «Нейрон-Спектр-5» фирмы ООО «Нейрософт» (г. Иваново, Россия). ЭЭГ регистрировали от 19 активных электродов, расположенных на скальпе в соответствии с Международной схемой расположения электродов «10-20%». Референтные электроды (A1, A2) крепились на мочке уха с каждой стороны. Дополнительно был установлен канал пульсограммы (для возможного выявления электрокардиографической наводки). Проводился частотно-спектральный анализ с использованием метода быстрого преобразования Фурье. Для локализации эквивалентных дипольных источников (ЭДИ) патологической активности использовали программу BrainLoc 6.0 (Россия), проводился анализ ЭДИ с коэффициентом дипольности 95% и выше. Оценивали степень выраженности нарушений электрической активности головного мозга, наличие локальных изменений, межполушарной асимметрии и пароксизмальной (эпилептиформной) активности. ЭЭГ регистрировали на 5-7 сутки от момента поступления в стационар. Процедуры исследования одобрены Этическим комитетом при ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ (выписка из протокола №38/3 от 07 июня 2022 г.). Исследование проводится в соответствии с протоколом GCP и нормативных требований в целях соблюдения прав и обеспечения безопасности и благополучия участников исследования, которые находятся под защитой этических принципов, сформулированных в Хельсинской Декларации.

Результаты и обсуждение. На основании проведённого анализа изменений ЭЭГ выделены 3 группы:

1 группа (12 человек) – показатели ЭЭГ в пределах вариативной физиологической нормы - значимой межполушарной асимметрии и чётких локальных изменений не отмечено. Пароксизмальной (эпилептиформной) активности, как в фоновой ЭЭГ, так и при проведении пробы с ритмической фотостимуляцией, а также гипервентиляционной пробы (на момент исследования) не зарегистрировано.

2 группа (20 человек) – лёгкие изменения электрической активности головного мозга диффузного характера, проявляющиеся в некотором сокращении индекса и мощности альфа-ритма, преобладании индекса и мощности колебаний бета-частотного диапазона диффузного характера. В трёх наблюдениях регистрировалась непостоянная межполушарная асимметрия альфа-ритма, со снижением его амплитуды в левом полушарии. В 11 наблюдениях регистрировались единичные билатеральные вспышки колебаний альфа-частотного диапазона генерализованного характера с локализацией их ЭДИ (по данным программы BrainLoc 6.0) на уровне диэнцефальных образований (преимущественно таламо-параталамической области). В шести наблюдениях регистрировались билатеральные вспышки колебаний тета-частотного диапазона, преобладающие в передних отведениях с локализацией их ЭДИ (по данным программы BrainLoc 6.0) на уровне диэнцефальных образований (преимущественно таламуса с двух сторон). В четырех наблюдениях регистрировались билатеральные вспышки колебаний бета-частотного диапазона, доминирующие в передних отведениях с локализацией их ЭДИ (по данным программы BrainLoc 6.0) на уровне диэнцефальных образований, базальных ядер с двух сторон.

3 группа (23 человека) – умеренные изменения электрической активности головного мозга диффузного характера, представленные следующими вариантами изменений на ЭЭГ:

1 вариант (10 человек) – сокращение индекса (до 15-20% от всего времени записи) и мощности альфа-ритма, вплоть до его отсутствия, с доминированием колебаний бета-частотного диапазона (амплитудой более 20 мкВ), как диффузного характера, так и в виде билатеральных вспышек колебаний бета-частотного диапазона как генерализованного характера, так и регистрируемых по передним отведениям с локализацией их ЭДИ (по данным программы BrainLoc 6.0) на уровне диэнцефальных образований (преимущественно таламуса с двух сторон), на уровне базальных ядер с двух сторон. В 1 наблюдении регистрировалась пароксизмальная (эпилептиформная) активность, представленная колебаниями по типу феномена «острая волна» генерализованного характера с локализацией их ЭДИ (по данным программы BrainLoc 6.0) на уровне диэнцефальных образований (преимущественно таламуса с двух сторон);

2 вариант (13 человек) – регистрировались билатеральные вспышки и разряды колебаний альфа-, тета-частотных диапазонов как генерализованного характера, так и преобладающих по амплитуде в передних отведениях с локализацией их ЭДИ (по данным программы BrainLoc 6.0) на уровне диэнцефальных образований с двух сторон. В 8 наблюдениях регистрировалась пароксизмальная (эпилептиформная) активность, представленная колебаниями по типу феномена «острая волна», а также разрядами колебаний альфа-, тета-частотных диапазонов (острой формы), как генерализованного характера с локализацией их ЭДИ (по данным программы BrainLoc 6.0) на уровне диэнцефальных образований (преимущественно таламуса с двух сторон), так и регистрируемая по лобно-височным отведениям (по амплитуде $s > d$) с локализацией их ЭДИ (по данным программы BrainLoc 6.0) в медио-базальных отделах височной доли слева

Выводы: 1. В большинстве (78%) случаев у пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ отмечаются нарушения электрической активности головного мозга диффузного характера с признаками функциональной заинтересованности образований диэнцефального уровня.

2. В 14% случаев у пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ регистрируется пароксизмальная (эпилептиформная) активность, эквивалентные дипольные источники которой локализуются на уровне диэнцефальных

образований (таламо-параталамической области), а также в медиобазальных отделах височной доли слева. Данная активность отражает перестройку процессов функционирования базовых нейрофизиологических механизмов с тенденцией к повышению преобладания активности подкорковых синхронизирующих регуляторов, способствующих возможности развития судорожных эпизодов, что необходимо учитывать для коррекции тактики лечения.

3. Выявление пароксизмальной (эпилептиформной) активности в ЭЭГ пациентов с зависимостью от психоактивных веществ позволит врачам-клиницистам своевременно проводить соответствующие медико-реабилитационные мероприятия и позволит дать дополнительную информацию для разработки программ медицинской реабилитации больных с синдромом зависимости от ПАВ с учетом их нейрофизиологического профиля.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСЛЕДОВАНИЯ СТВОЛОВОГО АКУСТИЧЕСКОГО ВЫЗВАННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

**Арзуманов Ю.Л., Березина И.Ю., Игумнов С.А., Михайлов А.Ю., Аркус М.Л.,
Лобачева А.С., Шуплякова А.В., Козлов К.С.**

ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.П. Сербского" Минздрава России
Москва

THE RESULTS OF THE INVESTIGATION OF THE STEM ACOUSTIC EVOKED POTENTIAL IN PERSONS WITH PSYCHOACTIVE SUBSTANCE DEPENDENCE SYNDROME

*Arzumanov Yu.L., Berezina I.Yu., Igumnov S.A., Mikhailov A.Yu., Arkus M.L.,
Lobacheva A.S., Shuplyakova A.V., Kozlov K.S.*

Цель исследования – оценка функциональное состояние стволовых образований понто-мезенцефального уровня у пациентов с зависимостью от ПАВ.

Материал и методы исследования: Обследованы 34 пациента (26 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 25 до 57 лет (средний возраст – 39,42±9,98), проходивших лечение в клинике Национального научного центра наркологии (филиал НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского) с установленными диагнозами, согласно МКБ-10: F10.2, F10.212, F10.3, F19.3. Большинство пациентов (24 человека) было с диагнозом F10.3 «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Абстинентное состояние». Период от начала систематического злоупотребления алкоголем составил от 5 до 25 лет. Исследование САВП проводили на 5-7 сутки. Регистрацию САВП проводили на аппарате «Нейрон-Спектр 5» фирмы «Нейрософт» (г. Иваново, Россия) по стандартной методике: хлорсеребряные чашечковые электроды крепились на поверхность черепа с помощью электродной контактной высокопроводящей адгезивной пасты «Унипаста» фирмы «Гельтек» (Москва, Россия) по следующей схеме: активный электрод (+) крепился в область вертекса (Cz), референтный электрод (-) – на область сосцевидных отростков: левый M1, правый M2; заземляющий электрод – в области средней линии лба в его нижней части (Fpz). Межэлектродное сопротивление не превышало 2 кОм. Для записи САВП использовали головные телефоны ТДН 39/49 10 Ом. Афферентный стимул в виде звукового щелчка интенсивностью 100 дБ подавался моноаурально с частотой 10 Гц последовательно в левое, а затем в правое ухо. Усреднялась серия из 2000 ответов. При стимуляции каждого уха проводилось, как минимум, две серии усреднений.

Полоса пропускания частот усилителя – 100-2000 Гц. Анализировали общую конфигурацию ответа (сохранность всех компонентов), временные параметры ответа: пиковые латентности (ПЛ) I, III, V компонентов и межпиковые интервалы (МПИ) I-III, III-V, I-V, амплитуду ответа. Достоверными изменениями считали увеличение указанных параметров на величину, превышающую соответствующие нормативные показатели более чем на 2,0 σ , что соответствовало уровню достоверности $p < 0,05$.

Нормативные параметры были получены при обследовании 20 здоровых испытуемых (12 мужчин, 8 женщин) (контрольная группа), средний возраст – $32,4 \pm 7,46$, сопоставимых по возрасту и полу, не имеющих в анамнезе психических и неврологических расстройств, не страдающих алкогольной зависимостью.

Критерии исключения: из числа обследованных были исключены лица с наличием в анамнезе отитов, тугоухости, принимающих ототоксические препараты, а также активно предъявляющие жалобы на снижение слуха, отказ от участия в исследовании.

Была проведена статистическая обработка полученных данных с использованием пакета Statistica 11.0 for Windows. Оценивали параметры (средние, стандартные отклонения) распределений величин пиковых латентностей и межпиковых интервалов САВП. Различия средних оценивали по t-критерию Стьюдента, значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования: При анализе САВП в группе здоровых испытуемых (контрольная группа) конфигурация ответа была сохранена, отмечалось отчетливое выделение всех компонентов (с I по V) ответа с сохранением нормативных показателей ПЛ, МПИ и амплитуды ответа.

При анализе показателей САВП у пациентов с зависимостью от ПАВ можно выделить три группы: I группа (3 человека) – конфигурация САВП была сохранена. Показатели ПЛ и МПИ САВП укладывались в вариативный разброс нормативных данных (подобная картина наблюдалась у пациентов с длительностью употребления алкоголя менее 5 лет), показатели амплитуды ответов отличались большой вариабельностью.

II группа (28 человек) – отмечалось удлинение МПИ I-III при относительной сохранности показателей ПЛ основных компонентов САВП; амплитуда ответов при этом была очень вариабельной.

III группа (3 человека) - отмечалось удлинение ПЛ III, V компонентов, МПИ I-III, I-V, а также резкое снижение амплитуды III/I, V/I.

Проведенное исследование показало, что у пациентов с зависимостью о ПАВ в 91% случаев отмечают нарушения показателей САВП. При этом в большинстве случаев (82%) отмечалось увеличение МПИ I-III при относительной сохранности показателей ПЛ I, III, V компонентов при звуковой стимуляции с обеих сторон. Увеличение МПИ I-III, отражающее время периферического проведения, в большинстве наблюдений не сочеталось с достоверным увеличением времени центрального проведения. Увеличение МПИ I-III у пациентов с зависимостью от ПАВ, вероятнее всего, связано с ухудшением проводниковой способности слухового нерва (вероятно вследствие демиелинизации), нежели с функциональным состоянием изолированного участка каудального отдела моста. При этом только в 9% случаев у пациентов с зависимостью от ПАВ отмечалось достоверное увеличение показателей ПЛ V компонента, а также МПИ I-III, I-V. По современным представлениям генератором I компонента является слуховой нерв, а III компонента – верхние оливы. Таким образом, время прохождения сигнала от начала ответа до III колебания позволяет оценить проведение сигнала по слуховому нерву и нижней трети Варолиева моста. Увеличение времени МПИ I-III, сочетающееся также с

увеличением времени центрального проведения, может отражать нарушение функционального состояния значительной части активирующей системы на уровне моста и понто-мезэнцефального соединения. Согласно современным представлениям V компонент представляет собой отражение активности нейронов нижних бугров четверохолмия при прохождении сигнала по слуховому пути. Поэтому изменение параметров этого компонента или увеличение времени прохождения сигнала от уровня верхних олив (III компонент) до нижних бугров четверохолмия (V компонент), вероятно, отражает нарушение функционального состояния участка мозга на уровне верхней трети моста мозга - нижние бугры четверохолмия. Подобные изменения, вероятнее всего, связаны с хроническим токсическим действием ПАВ на функциональное состояние стволовых образований головного мозга.

Выводы: 1. У пациентов с зависимостью от ПАВ в 91% случаев были выявлены нарушения показателей САВП.

2. В 82% случаев у пациентов с зависимостью от ПАВ отмечались нарушения МПИ I-III, что вероятно объясняется ухудшением проводниковой способности слухового нерва (вероятно, вследствие демиелинизации), нежели функциональным состоянием изолированного участка каудального отдела моста.

3. В 9% случаев у пациентов с зависимостью от ПАВ по данным САВП выявлялись нарушения функционального состояния значительной части активирующей системы на уровне моста и понто-мезэнцефального соединения, что вероятно обусловлено хроническим действием ПАВ на функциональное состояние стволовых образований головного мозга.

4. САВП целесообразно включать в обследование пациентов с зависимостью от ПАВ для выявления возможных нарушений проведения звукового сигнала по слуховым путям ствола головного мозга, как на периферическом, так и на понто-мезэнцефальном уровне с целью корректировки проводимой медикаментозной терапии.

Клинико-нейрофизиологическое исследование продолжается с целью оценки взаимосвязи функционального состояния головного мозга и когнитивных нарушений у пациентов с зависимостью от ПАВ, с последующей разработкой нового персонализированного подхода к диагностике и терапии данных нарушений.

ПРИМЕНЕНИЕ «КРАТКОЙ БАТАРЕИ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ» (BAC-A) У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Березина А.А., Климанова С.Г., Гвоздецкий А.Н., Трусова А.В.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева» Минздрава России
СПбГУ

Санкт-Петербург

*USE OF THE BRIEF ASSESSMENT OF COGNITION IN AFFECTIVE DISORDERS SCALE
(BAC-A) IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE*

Berezina, A.A., Klimanova, S.G., Gvozdetsky, A.N., Trusova, A.V.

По данным исследований от 30 до 80% людей с зависимостью от алкоголя имеют когнитивные нарушения, что негативно сказывается как на их приверженности лечению, так и на ежедневном функционировании (Maharajan et al., 2022), а также определяет возможности психологической и фармакологической помощи. Среди факторов, определяющих наличие и степень когнитивных нарушений, в данной группе выделяют длительность и особенности течения заболевания, социально-

демографические характеристики (пол, возраст, уровень образования), длительность трезвости. Например, мета-анализ Crowe, Cammisuli, Stranks (2020) показал, что в зависимости от длительности трезвости различается специфика когнитивных нарушений, что может определять оптимальные стратегии помощи пациентам. Согласно этому исследованию, длительность трезвости до 1 месяца характеризуется нарушениями исполнительных функций (рабочей памяти, скорости психических процессов, планирования и принятия решений, вербальной беглости) и вербальной памяти, при этом авторами акцентируется именно наличие дефицита, связанного с функционированием лобных отделов. Длительность трезвости от 1 до 12 месяцев характеризуется нарушениями научения и памяти на зрительно-пространственную, вербальную информацию, скорости психических процессов, торможения ответа, вербальной беглости, принятия решений и интеллекта. Для длительности трезвости более 1 года характерны нарушения вербального научения, зрительной и вербальной памяти. Таким образом, нарушения когнитивного функционирования при зависимости от алкоголя характерны не только для периода активного употребления, но и для периода ремиссии. Авторы указывают на недостаток внимания со стороны специалистов к проблеме когнитивных нарушений у лиц с алкогольной зависимостью и на необходимость использования стандартизированных методов оценки для повышения качества получаемых данных (Liu et al., 2020, Maharajan et al., 2022). Несмотря на широкую распространённость исследований когнитивного функционирования русскоязычных лиц с алкогольной зависимостью, лишь немногие из них опираются на стандартизированные методы оценки, вследствие малой распространённости и доступности последних (Ветрова и колл., 2021). Особый интерес при этом представляет изучение когнитивного функционирования на ранних этапах трезвости в силу: 1) существующих противоречий в данных, так некоторые авторы указывают на комплексный характер нарушений, в то время как другие предполагают нарушение исключительно исполнительных функций (Maharajan et al., 2022); 2) практической необходимости скрининга когнитивных нарушений на ранних этапах с целью адаптации используемых стратегий фармакологической и психологической помощи. Также следует отметить малое количество исследований когнитивного функционирования, использующих стандартизированные методы оценки, у лиц с зависимостью от алкоголя, проживающих в Российской Федерации. Одной из причин этого выступает малое количество адаптированных русскоязычных батарей оценки когнитивного функционирования. Среди имеющихся вариантов краткая шкала оценки когнитивного функционирования при аффективных расстройствах (the Brief Assessment of Cognition in Affective disorders Scale, BAC-A (Keefe et al., 2014), адаптированная М.Г. Янушко и коллегами (2015) выступает перспективной с точки зрения оценки когнитивных нарушений на ранних этапах трезвости, так как включает в себя как оценку исполнительных функций, так и оценку вербальной памяти и скорости психических процессов. Цель исследования - изучение особенностей когнитивного функционирования у лиц с зависимостью от алкоголя на раннем этапе трезвости в сравнении с нормальной популяцией с использованием шкалы BAC-A.

Выборка исследования. Экспериментальная группа - 111 человек с диагнозом зависимость от алкоголя (F10.30), проходящих стационарное лечение в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (21,9 % женщины), средний возраст - 41,7(8,26)M(σ)). Контрольная группа - 27 человек, не имеющих диагноза зависимость от алкоголя (59,1% женщины), средний возраст - 35,3(8,17)).

Основные методы исследования: интервью, направленное на выявление клинических и социально-демографических характеристик, шкала ВАС-А. Статистическая обработка - критерий U-Манна-Уитни.

Результаты исследования. Были получены значимые различия между группами по всем субтестам на уровне значимости $p < 0,05$, кроме субтестов «вербальное научение» ($p = 0,142$), «повторение цифр» ($p = 0,173$), «аффективная интерференция» / непосредственное воспроизведение нейтральных слов ($p = 0,830$), отсроченное воспроизведение нейтральных слов ($p = 0,086$). По остальным субтестам показатели в группе лиц с зависимостью от алкоголя были значимо ниже, чем в группе контроля: субтест «Башня Лондона» медианы составили 32,0[19,9; 43,7] и 52,1[46,5; 62,0] ($p < 0,001$), субтест «вербальная беглость» медианы составили 47,5[40,4; 53,6] и 57,3[52,5; 63,9] ($p < 0,001$), субтест «фишки» медианы составили 34,2[26,6; 43,9] и 60,0[53,3; 66,6] ($p < 0,001$), субтест «шифровка» медианы составили 36,8[27,0; 44,0] и 48,5[43,4; 57,9] ($p < 0,001$), субтест «аффективная интерференция» сумма нейтральных медианы составили 43,0[33,3; 51,2] и 48,8[44,8; 56,5] ($p = 0,010$), сумма эмоциональных медианы составили 40,5[33,3; 49,5] и 46,6[43,3; 56,8] ($p = 0,005$), непосредственное воспроизведение эмоциональных слов медианы составили 30,3[24,8; 38,5] и 53,8[44,0; 58,9] ($p < 0,001$), отсроченное воспроизведение эмоциональных слов медианы составили 26,8[13,4; 39,4] и 39,0[26,8; 47,2] ($p = 0,014$), по субтесту «подавление эмоций» цветные нейтральные слова медианы составили 30,5[23,5; 37,9] и 53,9[39,7; 66,5] ($p < 0,001$), цветные эмоциональные слова медианы составили 32,6[22,9; 30,2] и 49,5[38,6; 56,4] ($p < 0,001$), чтение слов медианы составили 38,7[28,8; 47,6] и 45,4 [40,8; 55,7] ($p = 0,003$), название цветов медианы составили 30,0[22,5; 42,7] и 54,5[45,1; 63,7] ($p < 0,001$).

Обсуждение. В группе лиц с зависимостью от алкоголя в сравнении с контрольной группой были обнаружены нарушения функций планирования и прогнозирования собственных действий, вербальной беглости / гибкого переключения между задачами, функции торможения ответа, скорости психических процессов, при этом не было получено значимых различий показателей оперативной и вербальной памяти, что соответствует данным мета-анализа Maharjan и коллег (2022) и частично противоречит данным о нарушении когнитивного контроля при алкогольной зависимости (Wilcox et al., 2015). Таким образом, можно предположить сходный характер нарушений когнитивных функций в русскоязычной популяции лиц с зависимостью от алкоголя, а также адекватность использования шкалы ВАС-А для оценки когнитивного функционирования у лиц с зависимостью от алкоголя. Основным ограничением исследования выступает малая численность контрольной группы.

ПРИМЕНЕНИЕ СТВОЛОВОГО АКУСТИЧЕСКОГО ВЫЗВАННОГО ПОТЕНЦИАЛА В ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Березина И.Ю., Михайлов А.Ю., Горецкая Т.А., Арзуманов Ю.Л.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Научно-исследовательский институт наркологии

Москва

THE USE OF BRAINSTEM ACOUSTIC EVOKED POTENTIAL IN THE EXAMINATION OF PATIENTS WITH ALCOHOL ABUSE.

Berezina I.Yu., Mikhailov A.Yu., Goretskaya T.A., Arzumanov Yu.L.

Известно, что среди структур, особенно чувствительных к токсическому действию этанола, является центральная нервная система, и в первую очередь отмечается нарушение функциональной активности головного мозга. Длительное употребление алкоголя может приводить к нарушению не только коры головного мозга, но также и подкорковых (стволовых) образований. На сегодняшний день наиболее стабильным и устойчивым к метаболическим и токсическим влияниям, а также действию этанола является стволовой акустический вызванный потенциал (САВП), позволяющий оценить функциональное состояние стволовых образований понто-мезенцефального уровня. Поскольку работ, посвященных исследованию САВП у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, немногочисленны, при этом в большинстве исследований отмечается увеличение пиковых латентностей (ПИ) основных компонентов ответа целесообразно оценить функциональное состояние стволовых образований понто-мезенцефального уровня у пациентов с алкогольной зависимостью.

Материал и методы исследования: Обследовано 62 пациента (51 мужчина и 11 женщин) в возрасте от 23 до 56 лет (средний возраст – $41,08 \pm 9,46$), находившихся на стационарном лечении клиники ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава с установленными диагнозами, согласно МКБ-10: F10.2 «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости»; F10.3 «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Абстинентное состояние». Период от начала систематического злоупотребления алкоголем составил от 5 до 26 лет. Исследование САВП проводили, начиная с 7-х суток, после купирования острого абстинентного синдрома. Регистрацию САВП проводили на аппарате «Нейрон-Спектр 5» фирмы «Нейрософт» (г. Иваново, Россия) по стандартной методике: хлорсеребряные чашечковые электроды крепились на поверхность черепа с помощью электродной контактной высокопроводящей адгезивной пасты «Унипаста» фирмы «Гельтек» (Москва, Россия) по следующей схеме: активный электрод (+) крепился в область вертекса (Cz), референтный электрод (-) – на область сосцевидных отростков: левый M1, правый M2; заземляющий электрод – в области средней линии лба в его нижней части (Fpz). Межэлектродное сопротивление не превышало 2 кОм. Для записи САВП использовали головные телефоны TDH 39/49 10 Ом. Афферентный стимул в виде звукового щелчка интенсивностью 100 дБ подавался моноаурально с частотой 10 Гц последовательно в левое, а затем в правое ухо. Усреднялась серия из 2000 ответов. При стимуляции каждого уха проводилось, как минимум, две серии усреднений. Полоса пропускания частот усилителя – 100-2000 Гц. Анализировали общую конфигурацию ответа (сохранность всех компонентов), временные параметры ответа: пиковые латентности (ПЛ) I, III, V компонентов и межпиковые интервалы (МПИ) I-III, III-V, I-V, амплитуду ответа. Достоверными изменениями считали увеличение указанных параметров на величину, превышающую соответствующие

нормативные показатели более чем на $2,0 \sigma$, что соответствовало уровню достоверности $p < 0,05$. Была проведена статистическая обработка полученных данных с использованием пакета Statistica 11.0 for Windows. Оценивали параметры (средние, стандартные отклонения) распределений величин пиковых латентностей и межпиковых интервалов САВП. Различия средних оценивали по t-критерию Стьюдента, значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Нормативные параметры были получены при обследовании 20 здоровых испытуемых (контрольная группа), средний возраст – $32,4 \pm 7,46$, сопоставимых по возрасту и полу, не имеющих в анамнезе психических и неврологических расстройств, не страдающих алкогольной зависимостью.

Полученные результаты: по результатам САВП было показано, что только в 13% случаев у пациентов с алкогольной зависимостью показатели ПЛ и МПИ САВП укладывались в нормативные данные (подобная картина наблюдалась у пациентов с длительностью употребления алкоголя менее 7 лет). При этом в 87% случаев выявлены нарушения показателей САВП: в 70% случаев отмечались нарушения МПИ I-III при относительной сохранности показателей ПЛ I, III, V компонентов, что, скорее всего, объясняется ухудшением проводниковой способности слухового нерва (вследствие демиелинизации), а не функциональным состоянием изолированного участка каудального отдела моста. Подобные изменения были выявлены у пациентов, длительность употребления алкоголя которых превышала 7 лет. В 18% случаев у пациентов с алкогольной зависимостью, по данным САВП, отмечалось достоверное увеличение показателей ПЛ V компонента, а также МПИ I-III, I-V (подобная картина наблюдалась у пациентов с длительностью употребления алкоголя более 20 лет).

По современным представлениям генератором I компонента является слуховой нерв, а III компонента – верхние оливы. Таким образом, время прохождения сигнала от начала ответа до III колебания позволяет оценить проведение сигнала по слуховому нерву и нижней трети Варолиева моста. Увеличение времени МПИ I-III, сочетающееся также с увеличением времени центрального проведения, может отражать нарушение функционального состояния значительной части активирующей системы на уровне моста и понто-мезэнцефального соединения. Согласно современным представлениям V компонент представляет собой отражение активности нейронов нижних бугров четверохолмия при прохождении сигнала по слуховому пути. Поэтому изменение параметров этого компонента или увеличение времени прохождения сигнала от уровня верхних олив (III компонент) до нижних бугров четверохолмия (V компонент), вероятно отражает нарушение функционального состояния участка мозга на уровне верхней трети моста мозга - нижние бугры четверохолмия. Было показано, что нарушение проведения звукового сигнала по слуховым путям ствола головного мозга находится в прямой зависимости от таких факторов, как прогрессивность и длительность злоупотребления алкоголем. Наибольшая выраженность этого нарушения наблюдалась у больных, длительность заболевания которых превышала 7 лет.

Кроме того, можно полагать, что в ряде случаев у пациентов с алкогольной зависимостью могут выявляться нарушения функционального состояния значительной части активирующей системы на уровне моста и понто-мезэнцефального соединения, что, предположительно, обусловлено хроническим действием этанола на функциональное состояние стволовых образований головного мозга. Подобные изменения, как правило, встречались у пациентов с длительностью алкоголизации более 20 лет ($p < 0,05$).

Таким образом, САВП целесообразно использовать при обследовании пациентов с алкогольной зависимостью для выявления возможных нарушений проведения

звукового сигнала по слуховым путям ствола головного мозга как на периферическом, так и на понто-мезенцефальном уровне с целью корректировки проводимой медикаментозной терапии.

**ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАРЕНИКЛИНА И ЦИТИЗИНА ДЛЯ
СНИЖЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ТАБАКА У ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННЫХ КУРИЛЬЩИКОВ ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ**

**Блохина Е.А., Ярославцева Т.С., Ветрова М.В.,
Васильева Ж.В., Крупицкий Е.М.**

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России
Санкт-Петербург

*THE EFFECTIVENESS OF VARENICLINE AND CYTIZINE FOR REDUCING ALCOHOL
CONSUMPTION AND TOBACCO USE IN HIV-INFECTED SMOKERS WITH RISKY
DRINKING*

Blokhina E., Yaroslavtseva T., Vetrova M., Vasilieva J., Krupitsky E.M.

Злоупотребление алкоголем и курение сигарет широко распространено в России и в мире и связано с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и смертности. В основе патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с алкогольной зависимостью лежит процесс воспаления, который особенно быстро развивается при сопутствующей ВИЧ-инфекции и курении. Коморбидность алкогольной зависимости, никотиновой зависимости и ВИЧ-инфекции повышает риск развития летального исхода. Для лечения табачной зависимости широко применяются парциальные агонисты никотиновых рецепторов, в частности варениклин и цитизин. В нескольких клинических исследованиях было показано, что варениклин эффективен не только в отношении курения, но и позволяет снизить количество употребляемого алкоголя, сократить количество дней тяжелого пьянства, а также уменьшить влечение к употреблению алкоголя. В доклинических исследованиях было продемонстрировано, что введение цитизина также приводит к сокращению количества употребляемого алкоголя у крыс. Целью исследования была сравнительная оценка эффективности парциальных никотиновых агонистов варениклина и цитизина в отношении употребления алкоголя, табака у курильщиков с алкогольной зависимостью и ВИЧ.

В двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование было включено 400 курильщиков с синдромом зависимости от алкоголя и ВИЧ. Пациенты были рандомизированы в 4 исследуемые группы для получения фармакотерапии: 1) варениклин + плацебо никотин-заместительная терапия (НЗТ); 2) плацебо варениклин + НЗТ; 3) цитизин + плацебо НЗТ; 4) плацебо цитизин + НЗТ. НЗТ была выбрана в качестве контроля как средство, не оказывающее прямого влияния на употребление алкоголя. Продолжительность фармакотерапии составила 12 недель в группах варениклина и 25 дней в группах цитизина. Межгрупповые сравнения были проведены между группами 1 и 2; 3 и 4; и 1 и 3. В качестве основного показателя эффективности терапии было выбрано количество дней тяжелого пьянства (для мужчин ≥ 5 стандартных порций алкоголя; для женщин ≥ 4 стандартных порции алкоголя в день) за последние 30 дней через 3 месяца лечения. Вторичные показатели включали воздержание от употребления алкоголя (подтвержденное биохимическим методом, уровень фосфатидилэтанола < 8 нг/мл) через 3 месяца лечения и воздержание от курения (подтвержденное биохимическим методом, уровень СО < 10 ppm) через 6 месяцев лечения. Статистический анализ был проведен по принципу intention-to-treat.

Среди пациентов, включенных в исследование, 66% составляли мужчины, средний возраст участников был 39 лет, количество выкуриваемых сигарет в день в среднем 21 [SD=13], и имели в среднем 9.3 [SD=5.8] дней тяжелого пьянства за последние 30 дней. Через 3 месяца после начала лечения употребление алкоголя существенно снизилось во всех группах не зависимо от рандомизации. Так, количество дней тяжелого пьянства за последние 30 дней в группе 1 составило 1.9 [SD=3.6]; в группе 2 - 2.0 [4.2]; в группе 3 - 1.4 [3.3]; в группе 4 - 2.3 [5.3]; результаты межгруппового сравнения по количеству дней тяжелого пьянства: 1 vs 2 коэффициент заболеваемости (IRR) 0.91; 95%CI 0.51-1.65, p=0.76; 3 vs 4 IRR 0.68; 95%CI (0.37-1.23), p=0.60; 1 vs 3 IRR 1.12 (0.62, 2.03) p=0.76. Через 6 месяцев исследования от курения воздерживались 14% участников в группе 1; 16% в группе 2; 21% в группе 3 и 20% в группе 4, статистически значимых различий между группами не обнаружено. Было показано, что среди пациентов бросивших курить, количество дней тяжелого пьянства было меньше, также эти участники в большем проценте воздерживались от алкоголя (по сравнению с курильщиками): через 3 месяца - 0.6 (1.4), 37% vs. 2.3 (4.6), 18%; через 6 месяцев - 1.0 (3.5), 58% vs. 1.7 (3.8), 30%; через 12 месяцев наблюдения - 0.9 (2.7), 53% vs. 2.6 (6.0), 35%.

ВЫВОДЫ: У пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и ВИЧ при применении парциальных никотиновых агонистов и никотин-заместительной терапии наблюдалось снижение употребления алкоголя и сокращение курения в течение 12 месяцев исследования, однако разницы между эффективностью варениклина, цитизина и НЗТ не обнаружено. Следует отметить, что среди пациентов бросивших курить (по сравнению с курильщиками), процент воздержания от употребления алкоголя был существенно выше.

ОТНОШЕНИЕ К КУРЕНИЮ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ И ИХ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Богданов С.И.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский
университет Минздрава России

Екатеринбург

ATTITUDE TOWARDS SMOKING OF FUTURE DOCTORS AND THEIR POTENTIAL PATIENTS

Bogdanov S.I.

Цель исследования: определить особенности отношения к курению у будущих врачей и их потенциальных пациентов.

Материал и методы. Работа включала две группы исследования.

В первую группу вошло 360 студентов медицинского университета (82,8 % – женщины, 17,2 % – мужчины), средний возраст – 20,7±0,08 лет, представляющие все факультеты вуза. Инструментом исследования -опросник, состоявший из трех вопросных блоков: 1- вопросы, касающихся социально-демографических характеристик студентов; 2 - вопросы определению курительного статуса; 3-й включал вопросы и утверждения об информированности студентов о вреде курения, об отношении студентов к курящим, об отношении к курению, проясняющие позицию будущего врача в отношении курения медицинских работников. Анкета была размещена в студенческих социальных сетях на платформе Google Forms. Исследование носило анонимный характер. Во вторую группу вошли 100 человек (52,0 % женщин и 48,0 % мужчин) в возрасте 18 лет и старше, не обучавшиеся в медицинском вузе и не имеющие отношение к медицинским профессиям. Инструмент исследования – анкета, включающая 3 вопроса по социально-

демографическому статусу и 5 вопросов об отношении к курящим врачам. Методика опроса: анонимный, через размещение анкеты на платформе Google Forms. Обработка полученных данных проводилась в пакете прикладных статистических программ SPSS Statistics Base 17.0. Методы статистического анализа: для абсолютных значений рассчитывалось среднее значение и ошибка среднего; для номинальных значений определялась частота (доля) встречаемости исследуемого признака в процентах. В рамках апостериорного анализа (post hoc) для расчета статистической значимости различий нескольких относительных показателей (частот, долей) применялся критерий согласия χ^2 (хи-квадрат) Пирсона для произвольных таблиц. Результаты и их обсуждение. На момент исследования курило и использовало электронные средства доставки никотина (ЭСДН) 42,2 % студентов. Никогда не курило и не использовало ЭСДН 20,3%. При систематическом курении в большей степени использовались ЭСДН (электронные сигареты 38,9%, вейп – 38,0%). Традиционные сигареты курили 29,6% студентов. Наиболее распространенным способом при эпизодическом курении является кальян (от 37 до 42%). Наибольший удельный вес курящих студентов обнаружен в группе с успеваемостью 3,5 балла и ниже (83,3%). Наименьшее значение показателя выявлено в группах с хорошей и отличной успеваемостью (30,8-31, %) ($p < 0,001$). Высокий уровень курения обнаружен у студентов, имеющих постоянную и периодическую работу (47,5-50,5%), в то время как у не работающих студентов доля курящих составила 35,8% ($p < 0,05$). Как курящие, так и некурящие студенты продемонстрировали высокий уровень знаний о вреде курения (85% определили никотин как наркотик, 68 % согласились, что курение это вид наркомании, 99% считает, что имеются отрицательные последствия от курения, 97,5% - знают о вреде ЭСДН). При этом 40,8% (59,2% курящих и 27,4% некурящих) заявили о наличии положительных сторон курения. Утверждение «Нет ничего плохого в том, что человек курит» поддержал каждый третий студент (53,3% курящих и 18,3% некурящих) ($p < 0,001$). Без критики («нейтрально») к факту курения относится 65,9 % некурящих студентов, только 15,9% из них к курению относится отрицательно. 88,% студентов (96,7% курящие, 82,5% - некурящие) считают, что курение – личное дело каждого. Обращает на себя внимание, что не согласны с ним только 14,9 % некурящих студентов. Считают, что студент-медик/врач курить не может 22,8% (5,9% курящие 35,1% некурящие) студентов. При этом 53,4% некурящих студентов с этим утверждение не согласны. С утверждением «Профессия врача и курение - нонсенс» положительный ответ получен от 29,4 % студентов (12,5% % курящие, 41,8% - некурящие) ($p < 0,001$), не согласны с ним 54,3 % некурящих студентов. Утверждение «Считаете ли Вы, что курящий врач – это человек, зависимый от наркотика (никотина)?» поддержало 66,7% студентов (58,6% курящие, 72,6% - некурящие) ($p < 0,05$). При этом каждый четвертый студент (26,4%) категорически не согласен с такой постановкой вопроса. В группе потенциальных пациентов не курило 66 %, 29 % курили, 5% - бросало курить. На вопрос «Совместима ли профессия врача и курение» только 38% ответили отрицательно, 43% считали, что это личное дело каждого, а 19% считали, что совместима. При этом каждый третий респондент (31%) прислушается к совету бросить курить от курящего врача (69% не прислушаются). Только каждый пятый потенциальный пациент (19,4%) заявил, что знание факта курения врача повлияло бы на восприятие выписываемого лечения. Выявлено дифференцированное отношение потенциальных пациентов к полу курящего врача – доверие к курящему врачу-мужчине больше. Лица младше 30 лет с большей толерантностью относятся к курящим врачам, чем старшее поколение ($p < 0,01$). Старшее поколение в меньшей степени прислушивается к рекомендациям от курящих врачей ($p < 0,01$).

По данным ВЦИОМ в 2022 г. в России курило 33% населения (47% мужчин и 21% женщин) [ВЦИОМ, 2023]. По данным нашего исследования курило и использовало электронные средства доставки никотина (ЭСДН) 42,2% студентов (54,8% - мужчины, 39,6% - женщины). Следовательно, уровень курения в УГМУ превышает таковой в Российской Федерации на 9 %, а среди мужчин и женщин на 8% и 19% соответственно. Исследование среди студентов, проведенное в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова показало, что курило 18,0% студентов [Прохоров Н.И. и соавт., 2019], следовательно, уровень курения в УГМУ выше на 24,2%. Таким образом, уровень курения среди студентов УГМУ превышает как среднероссийские показатели, так и показатели других медицинских вузов страны. Для будущих врачей совершенно неочевидным является наличие некурящего статуса у врача. Более того более половины некурящих студентов категорически не согласны с утверждением, что «Студент-медик/врач курить не может». В тоже время, по данным исследования, проведенного в Сеченовском университете, почти все респонденты согласились с тем, что врачи и студенты-медики не должны курить, т. к. обязаны являться образцом для подражания и нести личную ответственность за позитивное решение проблемы курения в обществе, а также принимать активное участие в повышении осведомленности о рисках для здоровья среди населения.

Выводы. Выявлен высокий уровень распространения курения и использования ЭСДН среди будущих врачей (42,2%). Для систематического курения используются преимущественно ЭСДН. Традиционное курение сигарет выявлено только у каждого третьего студента. Высокий уровень знаний студентов о вреде курения и использовании ЭСДН носит формальный характер и не согласуется с отрицательным отношением студентов к курению и курящим людям. У студентов медицинского вуза выявлен низкий уровень ассоциирования профессии врача с некурящим статусом. Мнение потенциальных пациентов по отношению к курению врачей неоднозначное. Молодежь до 30 лет более толерантно относится к курящим врачам. Старшее поколение в большей степени отказывается прислушиваться к рекомендациям курящих врачей, что влияет на комплаентность пациентов этой возрастной группы. В целом исследование выявило довольно низкий уровень социального заказа общества на некурящих врачей.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ И ФАКТОРЫ ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

Богданов С.И., Базылев В.С., Никитина М.С.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский
университет Минздрава России
Екатеринбург

THE SPREAD OF DRUG USE AMONG STUDENTS AND ITS DETERMINANTS

Bogdanov S.I., Bazylev V.S., Nikitina M.S.

Цель исследования – изучение распространения употребления наркотических веществ в студенческой среде и определение факторов, способствующих приобщению к наркотикам.

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось с помощью опросника, созданного на основе «Анкеты Европейского проекта исследования по алкоголю и наркотикам ESPAD». Данный инструмент рекомендован национальным научным центром наркологии Минздрава России. Опросник содержал 38 вопросов, из них 20 вопросов для всех респондентов и 18 вопросов для студентов, имеющих опыт употребления наркотиков. Методика опроса: анонимный, через размещение анкеты на платформе Google Forms.

Обработка полученных данных проводилась в пакете прикладных статистических программ SPSS Statistics Base 17.0. Методы статистического анализа: для абсолютных значений рассчитывалось среднее значение и ошибка среднего; для номинальных значений определялась частота (доля) встречаемости исследуемого признака в процентах. В рамках апостериорного анализа (post hoc) для расчета статистической значимости различий нескольких относительных показателей (частот, долей) применялся критерий согласия χ^2 (хи-квадрат) Пирсона для произвольных таблиц. Результаты исследования и их обсуждение.

В исследовании приняло участие 147 студентов в возрасте от 17 до 26 лет. Средний возраст респондентов составил: $20,7 \pm 0,16$ лет (min – 17 лет, max – 26 лет).

Из числа опрошенных респондентов, употребляли наркотические средства не менее одного раза в жизни 19 студентов из 147 (12,9%). Средний возраст студентов с опытом употребления наркотиков составил – $21,58 \pm 0,47$ лет (min= 18, max= 26).

Средний возраст начала употребления наркотических веществ составил $18,16 \pm 0,6$ лет (min= 13, max= 23), из них 31,6% попробовали наркотическое вещество в возрасте до 18 лет. Количество респондентов, употреблявших марихуану составило 94,7%, 36,9% – ЛСД, 36,9% – МДМА, 10,5% – кокаин, 10,5% – мефедрон, 10,5% – амфетамин, 5,3% – героин, 5,3% – курительные смеси. Все респонденты отрицали выполнение какой-либо работы, оплатой за которую было бы наркотическое вещество.

Нами были сформированы две группы респондентов по отношению к опыту употребления наркотических средств. В первую группу вошли респонденты никогда не пробовавшие наркотические вещества 128 (87,1%), из них - 18% мужчины и 82% женщины. По способу получения дохода: 17,2% зарабатывают самостоятельно, 82,8% получают деньги от родителей. По наличию вредных привычек: 10,9% употребляют алкоголь не реже чем 1 раз в неделю, 89,1% употребляют алкоголь реже. 23,4% имеют опыт курения, 76,6% не имеют такого опыта. По успеваемости: 98,4% оценивают свою успеваемость на хорошо и отлично, 1,6% на удовлетворительно.

Во вторую группу вошли респонденты, имевшие опыт употребления наркотических веществ 19 (12,9%). Распределение по полу составило: 52,6% мужчины и 47,4% женщины. По способу получения дохода: 36,8% зарабатывают самостоятельно, 63,2% получают деньги от родителей. По наличию вредных привычек: 36,8% употребляют алкоголь чаще чем 1 раз в неделю, 63,2% употребляют алкоголь реже. 57,9% имеют опыт курения, 42,1% не имеют такого опыта. По успеваемости: 78,9% оценивают свою успеваемость на оценку хорошо и отлично, 21,1% на удовлетворительно.

При сравнении гендерных различий в отношении опыта употребления наркотических веществ выявлено, что из всех опрошенных мужчин 30,3% пробовали наркотик и 69,7% никогда не употребляли. Среди опрошенных женщин только 7,9% имеют опыт употребления наркотических веществ. Мужчины более склонны к употреблению наркотических веществ ($\chi^2=11,418$ при $p=0,01$).

В группе респондентов, не имеющих опыта употребления наркотических веществ, только 17,2% зарабатывают самостоятельно, и 82,8% получают денежные средства от родителей, в то время как в группе, имевших опыт употребления наркотиков, 36,8% имеют самостоятельный доход, и только 63,2% получают деньги от родителей. Достоверно удалось установить, что студенты, зарабатывающие своим трудом, более склонны к употреблению наркотических веществ, чем студенты, получающие деньги от родителей ($\chi^2=4,036$ при $p=0,05$).

При анализе опроса об употреблении алкоголя и опыте курения у респондентов, употребляющих наркотики, обнаружена взаимосвязь между опытом употребления наркотических веществ и наличием вредных привычек.

Распределение среди студентов, употребляющих наркотические вещества, показало, что больше половины из данной группы студентов курят или имели опыт курения 57,9% (n=11). Обращает на себя внимание, что процент курящих среди не употребляющих наркотические вещества почти в 2 раза меньше, чем у употребляющих и составляет 23,4% ($\chi^2=9,76$ при $p=0.01$).

Из опрошенных студентов, употребляющих наркотические вещества 36.8% (n=7) злоупотребляют алкогольными напитками. Среди не употребляющих наркотические вещества лишь 10,9% злоупотребляют алкоголем ($\chi^2=9.066$ при $p=0.01$).

Анализ структуры успеваемости студентов показывает наличие взаимосвязи между опытом употребления наркотических веществ и снижением успеваемости.

Успеваемость студентов, употребляющих наркотические вещества хуже, чем у студентов, не употребляющих. Можно заметить, что лишь 78,9% студентов, оценивают свою успеваемость на хорошую оценку, в то время как среди не употребляющих 98,4% учатся на оценку хорошо и отлично ($\chi^2=16,05$ при $p=0,01$).

Выводы

1. Распространенность наркотических веществ в студенческой среде составила 12,9%. При этом более половины студентов (52,7%) учатся на младших курсах, а средний возраст начала употребления наркотиков составил $18,16 \pm 0,6$ лет. Наиболее распространенным наркотическим веществом является марихуана - 94,7% респондентов этой группы хотя бы 1 раз пробовали данный вид наркотика.

2. По результатам исследования мужчины более подвержены риску употребления наркотических веществ, чем лица женского пола.

3. Наличие вредных привычек увеличивает вероятность употребления наркотических веществ среди молодежи. Слабость воли и отсутствие потребности в соблюдении здорового образа жизни - одни из причин для выбора легких путей получения положительных эмоций.

4. Большинство студентов (89,5%) предпочитают употреблять наркотические вещества в компании друзей, а не в одиночку, что связано с желанием влиться в компанию, потребность быть «своим» в группе сверстников, подражание, стремление казаться взрослым, любопытство приводят к проблемам с наркоманией среди молодежи.

5. Самостоятельный заработок является фактором риска для употребления наркотических средств, так как неконтролируемый родителями доход представляет большие возможности для приобретения наркотиков. С другой стороны, работа является причиной дополнительных стрессовых ситуаций помимо учебы. Использование наркотиков оправдывается желанием справиться с повышенной усталостью и ответственностью.

6. Пробы наркотиком среди студентов ассоциированы с низким уровнем вовлеченности в учебный процесс - успеваемость у студентов с опытом употребления наркотических веществ достоверно ниже в сравнении с лицами, интактными к наркотикам.

КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Богданов С.И., Пунина Д.С., Сысуева Д.Д., Лысов О.С., Ершова В.А.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский
университет Минздрава России

Екатеринбург

COGNITIVE FUNCTIONS IN SMOKING AND NON-SMOKING MEDICAL STUDENTS

Bogdanov S.I., Punina D.S., Sysueva D.D., Lysov O.S., Ershova V.A.

Цель исследования - изучить состояние когнитивных функций у курящих и некурящих студентов медицинского вуза.

Материал и методы. Проводилось описательное кросс-секционное исследование. Выборка включала 100 студентов 5 курса лечебно-профилактического факультета УГМУ. В основную группу вошли 38 человек со стажем курения сигарет и электронных средств доставки никотина 1 год и более. В контрольную группу вошли 62 некурящих студента. В качестве инструментов исследования были выбраны: тест прогрессивных матриц Равена, оценивающий уровень развития интеллекта; краткий ориентировочный тест (КОТ) Э.Ф.Вандерлика (модификация В.Н. Бузиной), оценивающий уровень общих умственных способностей; методика «Узнавания фигур» по А.Н. Бернштейну, оценивающая уровень объема кратковременной образной памяти; тест Мюнстерберга, оценивающий уровень избирательности внимания; расчет среднего балла зачётной книжки с разделением балла на диапазоны 3,0-3,5; 3,6-4,0; 4,1-4,5; 4,6-5,0. Обработку и статистический анализ данных проводили с использованием языка R. Обработку и статистический анализ данных проводили с использованием языка R (версия 4.2.2) и пакетов «dplyr», «DescTools». Оценка различий между двумя независимыми выборками проводили с помощью критерия Манна-Уитни и Вилкоксона. Анализ групповых отличий проводили с использованием критерия Хи-квадрат Пирсона с поправкой Йетса, при размере отдельных групп меньше пяти обследуемых использовали точный тест Фишера. Корреляцию между двумя количественными признаками определяли с использованием коэффициента корреляции Пирсона. Критическим уровнем статистической значимости установлено значение $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Всего в исследовании приняли участие 100 студентов 5 курса лечебно-профилактического факультета УГМУ. 38% ($n=38$) исследуемых составили студенты, курящие сигареты и электронные средства доставки никотина в течение 1 года и более, 62% ($n=62$) - некурящие. Среди курящих студентов 7,5% имеют стаж курения 1 год, 15% - 2 года, 17,5% - 3 года, 12,5% - 4 года, 47,5% - 5 лет и более. По половой структуре 48% респондентов составили женщины, среди которых курят 37,5% ($n=18$) и 52% - мужчины, среди которых курят 38,5% ($n=20$). По возрастной структуре исследование прошли 15% респондентов в возрасте 21 года, 64% - 22 лет, 21% - 23 лет. По результатам теста Равена низкий уровень интеллекта и уровень интеллекта ниже среднего не имел ни один участник исследования. Среди курящих студентов 27,5% ($n=11$) имели средний уровень интеллекта, 47,5% ($n=18$) - интеллект выше среднего, 25% ($n=9$) - высокий уровень интеллекта. Среди некурящих студентов 10% ($n=6$) имели средний уровень интеллекта, 45% ($n=28$) - интеллект выше среднего, 45% ($n=28$) - высокий уровень интеллекта. Уровень интеллекта у некурящих значимо отличается от уровня интеллекта у курящих ($p = 0,03095$).

Статистически значимой корреляции между стажем курения и уровнем интеллекта не выявлено ($p > 0,05$).

По результатам краткого ориентировочного теста уровень общих умственных способностей низкий и ниже среднего не встречался ни у одного студента. Среди курящих средний уровень общих умственных способностей имели 7,5% (n=3) респондентов, выше среднего - 30% (n=11), 62,5% (n=24) имели высокий уровень общих умственных способностей. Среди некурящих студентов средний уровень общих умственных способностей не встречался, 5% (n=3) имели уровень общих умственных способностей выше среднего, а 95% (n=59) высокий уровень. Количество баллов в тесте КОТ статистически значимо больше у некурящих, по сравнению с курящими ($p = 0,00001$).

Значимой корреляции между количеством баллов в тесте КОТ и стажем курения не выявлено ($p > 0,05$).

По результатам теста Бернштейна низкий и очень низкий уровень объема кратковременной образной памяти не имел ни один студент. Среди курящих средний уровень имели 10% (n=4), высокий - 55% (n=21), очень высокий - 35% (n=13). Среди некурящих 1,6% (n=1) имели средний уровень объема кратковременной образной памяти, 46,6% (n=29) - высокий, 51,6% (n=32) - очень высокий. Уровень кратковременной образной памяти у некурящих статистически значимо не отличается от уровня курящих ($p = 0,05931$). По результатам теста Мюнстерберга у 2,5% (n=1) курящих студентов выявлен низкий уровень избирательности внимания, средний уровень не встречался, 52,5% (n=20) имели уровень избирательности внимания выше среднего, 45% - высокий уровень. Среди некурящих низкий уровень избирательности внимания не имел ни один студент, средний уровень - 5% (n=2), уровень выше среднего - 38,3% (n=24), высокий уровень - 56,7% (n=36). Уровень избирательности внимания у некурящих статистически значимо не отличается от уровня курящих ($p = 0,1503$). Значимой корреляции между результатами в тесте Бернштейна и тесте Мюнстерберга и стажем курения нет ($p > 0,05$). При анализе влияния курения на успеваемость было обнаружено, что среди некурящих ни один студент не имел средний балл 3,0-3,5 (n=0); 8,3% (n=5) имели балл 3,6-4,0; 53,3% (n=33) - балл 4,1-4,5; 38,3% (n=24) - балл 4,6-5,0. Среди курящих студентов 5% (n=2) имели средний балл 3,0-3,5; 22,5% (n=9) балл 3,6-4,0; 37,5% (n=14) балл 4,1-4,5; 35% (n=13) 4,6-5,0. Уровень успеваемости курящих студентов статистически значимо ниже, чем некурящих ($p = 0,04693$). Значимой корреляции между средним баллом и стажем курения нет ($p > 0,05$). Кобзев Е.А. в своей работе [Кобзев Е.А., 2015] выявил, что у некурящих юношей и девушек уровень общих умственных способностей, уровень развития интеллекта и успеваемость выше, чем у курящих, что совпадает с результатами данного исследования. При этом, в статье указано, что объем оперативной зрительной памяти и уровень внимания также значительно выше у некурящих. В нашем исследовании статистически значимого отличия по данным показателям не выявлено. Sanderson E. с соавторами [Sanderson E. с соавт., 2019] также выявили отрицательную связь между уровнем образования, общими когнитивными способностями и текущим курением. Nadar M.S. [Nadar M.S., 2021] утверждает, что показатели избирательного внимания, кратковременной и долговременной памяти значительно выше у некурящих, а начало регулярного курения в более раннем возрасте коррелирует с более низкими нейропсихологическими показателями данных когнитивных функций. Считается, что причиной когнитивных нарушений у курильщиков является снижение объема серого вещества в большинстве областей мозга, особенно в медиальной префронтальной коре. Сниженный объем серого вещества в средней затылочной извилине и поясной извилине коры головного мозга коррелируют со стажем курения [Vňuková M.И. соавт., 2017].

Выводы.

1. Более низкий уровень интеллекта и общих умственных способностей можно рассматривать как фактор риска начала курения сигарет и электронных средств доставки никотина.
2. Статистически значимого влияния курения на уровень кратковременной образной памяти и избирательности внимания не выявлено.
3. Некурящие студенты имеют более высокую успеваемость в учебе по сравнению с курящими.

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРА NO-СИНТАЗЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И ТРЕВОЖНОСТИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРЕНАТАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ КОФЕИНА

Богданова Н.Г., Судаков С.К., Башкатова В.Г.

ФГБНУ НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАН
Москва

THE EFFECT OF NO-SYNTASE INHIBITOR ON PAIN SENSITIVITY AND ANXIETY AFTER PROLONGED PRENATAL ADMINISTRATION OF CAFFEINE

Bogdanova N. G., Sudakov S. K., Bashkatova V. G.

Большое количество исследований, посвященных изучению механизмов действия психостимулирующих веществ, оставляют малоизученными аспекты их физиологических и нейрохимических эффектов. В ряде исследований последних десятилетий обнаружено, что нейрональный мессенджер оксид азота (NO) играет важнейшую роль в физиологических механизмах психомоторных стимуляторов. При этом участие NO в механизмах эффектов кофеина остается неясным, а имеющиеся данные в значительной степени противоречивы.

Целью работы явилось исследование влияния ингибитора NO-синтазы на показатели болевой чувствительности и тревожности крыс при длительном пренатальном введении кофеина.

Эксперименты проводились на крысах-самцах линии Вистар возрастом 35-45 дней. До родов беременные самки крыс содержались в индивидуальных клетках при постоянной температуре и влажности со свободным доступом к стандартному комбинированному корму. Эксперименты проводились в соответствии с требованиями приказа № 267 МЗ РФ (19.06.2003 г.), а также в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных» (Учреждение Российской Академии медицинских наук НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАМН, протокол № 1 от 03.09.2005 г.).

Для проведения экспериментов крыс разделяли на 4 группы. В контрольную группу входили крысы, полученные от самок, употреблявших на протяжении всего срока беременности стандартную бутилированную питьевую воду. В 1-ю экспериментальную группу вошли крысы, рожденные от самок, получавших в течение всего срока беременности водный раствор кофеина (1 г/л) в качестве единственного источника жидкости. Во 2-ю экспериментальную группу вошли крысы, рожденные от самок, получавших в течение всего срока беременности только питьевую воду, которым вводили неселективный ингибитор NO-синтазы N-нитро-L-аргинин (L-NNA) в дозе 50 мг/кг за 30 мин до тестирования. В 3-ю экспериментальную группу вошли крысы, рожденные от самок, получавших в течение всего срока беременности только раствор кофеина (1 г /л), которым вводили L-NNA в дозе 50 мг/кг за 30 мин до тестирования. Уровень тревожности крыс оценивали в течение 5 минут по длительности их нахождения на открытых лучах приподнятого крестообразного лабиринта (ПКЛ). Тест ПКЛ проводили на

самцах всех исследуемых групп на 36-й постнатальный день. Для определения болевой чувствительности крыс использовали аппарат «горячая пластина» (TSE, Германия). Крыс помещали на разогретую до 56 градусов металлическую поверхность и регистрировали латентный период (ЛП) первого облизывания задней лапы. Исследование болевой чувствительности проводили спустя неделю после тестирования тревожности крыс в тесте ПКЛ (43-й постнатальный день).

При проведении теста "горячая пластина" было обнаружено, что показатель болевой чувствительности был достоверно увеличен у крыс, подвергнутых пренатальному воздействию кофеина. Обнаружено, что при введении ингибитора NO-синтазы L-NNA отмечалось значительное увеличение ЛП облизывания лап у крыс, получавших пренатально как кофеин, так и воду, при этом наиболее выраженное увеличение ЛП наблюдалось в группе крыс, получавших пренатально кофеин. Таким образом, ингибирование синтеза NO вызывало изменение болевой чувствительности у крыс в виде гипалгезии.

При исследовании уровня тревожности в тесте ПКЛ не отмечалось достоверных различий между группами крыс, пренатально получавших воду или кофеин. Ингибитор NO-синтазы L-NNA вызывал достоверное увеличение времени нахождения на открытых рукавах ПКЛ крыс, получавших пренатально воду. Подобные результаты наблюдались и при введении L-NNA в группе крыс, рожденных от матерей, получавших в период беременности кофеин.

В результате проведенных экспериментов установлено, что кофеин, вводимый пренатально, вызывает анальгетический эффект, но не влияет на уровень тревожности крыс в возрасте 35-45 дней. Предварительное введение ингибитора NO-синтазы L-NNA приводит к снижению болевой чувствительности и уменьшению уровня тревожности у крыс, получавших пренатально как кофеин, так и воду. Полученные данные позволяют рассматривать нитроергическую систему мозга как важное звено в нейрхимических механизмах постнатального онтогенеза крыс в условиях длительного пренатального введения психостимулятора кофеина.

РОЛЬ КЛИНИЧЕСКИХ И ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВЫХ ХАРАКТЕРИСТИК НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНО- РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ

Бузик О.Ж., Кордубан В.В., Агибалова Т.В.

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента
здравоохранения города Москвы»

Москва

*ROLE OF CLINICAL AND VALUE-SEMANTIC CHARACTERISTICS OF NARCOLOGICAL
PATIENTS IN THE CHOICE OF TREATMENT AND REHABILITATION PROGRAMS*

Buzik O.J., Korduban V.V., Agibalova T.V

Введение. Термин «магическое мышление», как клинический феномен, определяют как «убеждение, согласно которому посредством символических физических или умственных действий можно оказывать значительное или решающее влияние на подлинные причины происходящего в действительности» (Байрамова Э.Э. и Ениколопов С.Н., 2016). Магическое мышление часто связано с психическим расстройством, и в связи с этим в психиатрии введено в классификацию DSM-IV под кодом V62.89 «Религиозные и духовные проблемы». Ввиду важности такого параметра мировоззрения, как магическое мышление, его оценке и динамике в процессе лечебно-реабилитационных мероприятий наркологических больных посвящено данное исследование.

Материалы и методы. Настоящее исследование проводилось на базе клинического филиала (наркологического диспансера) № 8 ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ». Группа пациентов формировалась из лиц, направленных на курс амбулаторной реабилитации в отделение медицинской реабилитации диспансера. Контрольная группа здоровых добровольцев набиралась из числа лиц, обращающихся за получением справок (прошедших медицинское освидетельствование) для разрешения на ношение оружия, вождение автотранспорта, выполнение профессиональных обязанностей и т.п.

Общая численность обследованных наркологических пациентов составила 667 человек, а общая численность обследованных здоровых лиц – 91 человек. В последующем из группы пациентов было исключено 210 человек, а из группы здоровых лиц – 4 человека. В итоге в исследование вошло 544 человека. Из них 457 человек с установленным диагнозом синдрома зависимости от психоактивных веществ и 87 здоровых лиц. Среди группы пациентов 239 было с синдромом зависимости от алкоголя, средней стадии (F 10.2) и 218 пациентов с синдромом зависимости от наркотических средств, средней стадии (F 11.2; F 12.2; F 15.2; F 19.2). Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» от 26 ноября 2018 года, протокол № 5.

Магическое мышление оценивалось с помощью Magic Ideation Scale (MIS) – шкала уровня магического мышления (Eckblad M., Chapman L.J., 1983). Согласно авторам шкалы, под магическим мышлением подразумевается вера в причинно-следственные связи, которые в обычном понимании непоследовательны и нелогичны. Шкала основана на описании магического мышления Meehl P.E. как симптома шизотипии (предрасположенности к шизофрении). Учитывая, что магическое мышление входит в структуру религиозного мышления, данная шкала была использована для оценки уровня магического мышления наркологических пациентов и здоровых лиц. Был выполнен анализ уровня магического мышления с помощью теста MIS у части пациентов с синдромом зависимости от ПАВ и у части группы абстинентов.

С целью изучения ценностно-смысловых характеристик обследуемых лиц были использованы структурированное интервью и оригинальный тест Докинза Р. на определение степени религиозной веры.

Результаты. При сравнении уровня магического мышления, согласно тесту MIS, в зависимости от диагноза не удалось установить статистически значимых различий ($p = 0,105$) (используемый метод: критерий Краскела–Уоллиса). Однако, несмотря на полученные статистически значимые данные о различии обследуемых лиц по отношению к вере в сверхъестественное и науку, согласно расширенному тесту Докинза Р., при использовании теста MIS не удалось получить существенных различий между группами, лишь некоторое статистически незначимое уменьшение уровня магического мышления в группе абстинентов. Возможно, такой результат связан с недостаточно большим количеством абстинентов, прошедших исследование этим тестом. Был выполнен анализ количества пройденных лечебно-реабилитационных программ пациентами в зависимости от степени их магического мышления. В результате сопоставления количества реабилитаций в зависимости от степени магического мышления были установлены статистически значимые различия ($p = 0,003$). Оказалось, что пациенты с более высоким уровнем магического мышления чаще проходили реабилитационные программы. Данный факт может быть связан с большим соответствием предлагаемых в РФ программ реабилитации их мировоззрению. Люди с низким уровнем магического мышления (то есть с научным мировоззрением) не посещают или реже посещают предлагаемые программы реабилитации. Далее был выполнен анализ программ реабилитации в

зависимости от степени магического мышления пациентов. Исходя из полученных данных при оценке программ реабилитации в зависимости от степени магического мышления, были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона).

Низкая степень магического мышления была среди пациентов научно-мировоззренческой программы «Инсайт», более высокая степень характерна для пациентов программы «Первый шаг», основанной на методологии 12-шаговых программ, и самая высокая степень магического мышления свойственна пациентам конфессиональной программы «Катехизис».

Следующим был выполнен анализ магического мышления в зависимости от программ реабилитации. При оценке магического мышления в зависимости от программ реабилитации были выявлены существенные различия ($p < 0,001$) (используемый метод: критерий Краскела – Уоллиса).

Как и ожидалось, самый высокий уровень магического мышления выявлен у пациентов конфессиональной программы «Катехизис», а самый низкий – у пациентов научно-мировоззренческой программы «Инсайт». У пациентов программы «Первый шаг» и не выбравших никакую программу уровень магического мышления показал промежуточные значения между двумя крайними позициями.

Также был проведен анализ связи мировоззрения со степенью магического мышления. Исходя из полученных данных при сопоставлении мировоззрения в зависимости и степени магического мышления, была выявлена статистически значимая связь ($p < 0,001$). Низкая степень магического мышления в большей степени свойственна пациентам с научным мировоззрением, а высокая – пациентам с религиозным мировоззрением.

Далее был проведен анализ взаимозависимости мировоззрения и программы реабилитации. Исходя из полученных данных при анализе мировоззрения в зависимости от программы, были установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$). Анализ: научно-мировоззренческую программу «Инсайт» проходили пациенты: 81 % – с обыденным мировоззрением, 17 % – с научным и 2 % – с религиозным мировоззрением. Программу «Первый шаг» проходили пациенты: 91,2 % – с обыденным мировоззрением, 5,3 % – с религиозным мировоззрением и 3,5 % – с научным мировоззрением. Программу «Катехизис» проходили пациенты на 39,3 % – с религиозным мировоззрением и 60,7 % – с обыденным мировоззрением. В программе «Катехизис» пациентов с научным мировоззрением не было совсем.

Полученные данные показывают предпочтение пациентами программ реабилитации, близких их ценностно-смысловым характеристикам.

Выводы. В процессе реабилитации у лиц с наркологическими расстройствами, склонных к религиозному мировоззрению, повышение уровня магического мышления, а у лиц, склонных к научному мировоззрению, его понижение приводят к увеличению количества годовых ремиссий. Приверженность пациентов к программам реабилитации возрастает при совпадении их ценностно-смысловых характеристик с теми же характеристиками программ, а эффективность программ реабилитации увеличивается при систематизации мировоззрения пациентов вокруг близкой им трезвеннической парадигмы.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, У ПАЦИЕНТОВ, УПОТРЕБЛЯВШИХ СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАТИНОНЫ

Винникова М.А., Северцев В.В.

Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ»
ФГБУ «Научно-практический токсикологический центр» ФМБА России
Москва

*RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF PSYCHOTIC DISORDERS IN PATIENTS
USING SYNTHETIC CATHINONES*

Vinnikova M.A., Severtsev V.V.

Цель исследования: Изучить факторы, влиявшие на частоту развития психотических расстройств, у пациентов, употреблявших синтетические катиноны.

Материалы и методы: В исследование было включено 176 пациентов, из них 114 (64,8%) были мужчинами, а 62 (35,2%) – женщинами. Возраст по медиане составил 27 лет (22–32 (Q1–Q3)). Пациенты были разделены на основную и контрольную группу в зависимости от наличия психоза. Основная группа (Psy) включала 98 человек, контрольная (Control) – 78 человек. В основной группе 90 (91,8%) человек поступили с диагнозом «F15.0 острая интоксикация стимуляторами» и 8 (8,2%) с «F15.5 психотическое расстройство, связанное с употреблением стимуляторов». В контрольной группе 58 (74,4%) человек поступили с диагнозом «T40.9 Острое отравление другими психодислептиками», 20 (25,6%) человек поступили с диагнозом «F15.2 Синдром зависимости от стимуляторов». С помощью клинико-психопатологического, параметрического и статистического методов были изучены предикторы и факторы риска развития психотических расстройств, связанных с употреблением СКат. Химико-токсикологический анализ производился путем газовой хромато-масс-спектрометрии (ГХ-МС). Мерой определенности, указывающей на ту часть дисперсии, которая может быть объяснена с помощью логистической регрессии, служил коэффициент R^2 Найджелкерка. Для оценки диагностической значимости количественных признаков при прогнозировании определенного исхода, применялся метод анализа ROC-кривых.

Результаты: В качестве предполагаемых факторов риска были выделены 29 показателей, которые включали следующие категории: наследственность (отягощенность по психиатрической и наркологической патологии), развитие в детском возрасте (патология беременности и родов, а так же ранние признаки психических расстройств), данные о пубертатном периоде, клинико-динамические характеристики наркологического заболевания, психический статус. Анализ данных проходил в два этапа. На первом этапе каждый показатель оценивался как отдельная переменная. Социально-демографические показатели и особенности наркологического заболевания не продемонстрировали значимого влияния. В частности, наследственность по психическим заболеваниям была отягощена у 20,4% пациентов в основной группе, против 20,5% в контрольной группе ($p=0,986$), а семейная отягощенность суицидами, как косвенная характеристика наличия тяжелых психических расстройств в семье, так же была практически равной в основной (7,1%) и контрольной группах (10,3%). Статистически достоверные различия в группах продемонстрировали четыре показателя: 1) пациенты в основной группе были старше ($Me=30$ (22 – 33)), чем в контрольной ($Me=25$ (21 – 30)) ($p=0,002$); 2) пациенты, употреблявшие СКат более 21 дня подряд, в 75,8% ($n=25$) сталкивались с развитием психоза, а употреблявшие менее 7 дней в 54,6% ($n=65$) случаев ($p=0,006$); 3) пациенты, употреблявшие альфа-

пирролидинопентиофенон (альфа-пвп), сталкивались с психозом в 63,7% (n=58), употреблявшие смеси, содержавшие альфа-пвп в 63% (n=17), а употреблявшие мефедрон в 30,8% (n=12) (p=0,005); 4) прохождение курса реабилитации в анамнезе снижало частоту развития психозов: в основной группе проходили реабилитацию 8,2% (n=8), в контрольной группе 22,2% (n=16) пациентов проходили реабилитацию, (p=0,009). На втором этапе статистического анализа проводилась оценка совокупного влияния факторов риска на развитие психоза. Была разработана прогностическая модель с помощью метода бинарной логистической регрессии, в уравнение были включены 29 показателей. Большинство из них не демонстрировали статистически значимого влияния на вероятность возникновения психоза. В итоговую модель были включены лишь 6 из них: возраст, пол, опыт прохождения реабилитации, количество дней употребления Скат, наличие патологии беременности у матери, психический инфантилизм, страх темноты в детстве. Женский пол увеличивал вероятность наступления психоза в 3,590 раза (p=0,003); при увеличении возраста на 1 год шансы возникновения психоза увеличивались в 1,160 раза (p<0,001); при увеличении количества дней употребления шанс возникновения психоза увеличивался в 1,050 раза (p=0,029); шансы развития психоза увеличивались при наличии психического инфантилизма в 9,678 раза (p=0,013); страх темноты в детском возрасте увеличивал шансы наступления психоза в 2,114 раза (p=0,046). Прохождение реабилитации в анамнезе снижало шансы развития психоза в 3,630 раза (p=0,036); патология беременности (гестозы, коготечения, невынашивание или перенашивание) снижала шансы развития психоза в 4,152 раза (p=0,015). На риск развития психоза оказывало влияние именно сочетание этих факторов.

Выводы: Были выявлены факторы риска развития психозов вследствие употребления Скат: возраст, длительность ежедневного употребления, вид употребляемого Скат, отсутствие опыта прохождения реабилитации. Установлено, что повышает шансы развития психоза сочетание следующих факторов: женский пол, возраст, длительность ежедневного употребления, наличие признаков психического инфантилизма, страх темноты в детстве. Снижает риск наступления психоза сочетание следующих факторов: опыт прохождения реабилитации и патология беременности матери. Полученные результаты представляют клинический и научный интерес, так как психозы, связанные со Скат, являются малоизученной сферой. Так же, важно отметить, что эти результаты требуют дальнейшей проверки на больших выборках.

**ВЫЯВЛЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И СВЯЗАННЫХ С НЕЙ
НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ
РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ МОНОГОРОДА:
РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
Вышинский К.В., Бобочкова Е.А., Фадеева Е.В.**

Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
ГБУЗ НО "Павловская ЦРБ"
ФГБОУ ВО МГППУ
Москва

*DETECTION OF TOBACCO DEPENDENCE AND RELATED NEGATIVE HEALTH
CONSEQUENCES DURING PRELIMINARY AND PERIODIC MEDICAL CHECK-UPS OF
SINGLE-INDUSTRY TOWN INDUSTRIAL ENTERPRISES' WORKERS: PILOT STUDY
RESULTS*

Vyshinskiy K.V., Bobochkova E.A., Fadeeva E.V.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), курение табачной продукции является одной из серьезных угроз для здоровья населения (WHO Report on the global tobacco epidemic; 2021). От причин, связанных с курением, ежегодно умирает более 8 млн. человек, из которых более 1,2 млн. - от последствий вторичного табачного дыма (Global Burden of Disease; 2019). Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (2005), руководство ВОЗ по борьбе с неинфекционными заболеваниями (2017), клинические рекомендации и другие основополагающие документы по данному вопросу подчеркивают ведущую роль специалистов системы здравоохранения для оказания помощи желающим отказаться или сократить потребление никотина, а также высокую эффективность метода скрининга и мотивационного консультирования для достижения указанной цели.

Цель и задачи. Целью пилотного исследования было определение оптимального набора методик и инструментов при проведении скрининга и мотивационного консультирования по профилактике никотиновой зависимости среди работников промышленных предприятий моногорода. Задачей исследования являлось проведение скрининга табачной зависимости, выявление симптомов бронхолегочных заболеваний, потенциально связанных с потреблением никотиносодержащей продукции, проведение дополнительных процедур обследования (спирометрии, пульсоксиметрии), использование полученной информации для проведения мотивационного консультирования, а также оценка возможности внедрения предлагаемой методологии в работу врача психиатра-нарколога при проведении обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников промышленных предприятий с целью снижения или прекращения потребления никотиносодержащей продукции.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 40 работников промышленного предприятия (34 мужчины и 6 женщин), не имевших ранее установленного диагноза психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением табака. Возраст обследованных составил от 23 до 62 лет (M=38,2, SD=11,7). Скрининговые и профилактические мероприятия в рамках исследования проводились на промышленных предприятиях одного из моногородов Нижегородской области в июле-августе 2022 года в соответствии с Приказом Минздрава России от 28.01.2021 №29н.

Методология исследования включала: 1) сбор базовых социо-демографических данных; 2) сбор анамнестических данных о времени и обстоятельствах первого употребления никотина, причинах начала курения, продолжительности курения; 3) проведение теста Фагерстрёма для оценки тяжести никотиновой зависимости; 4) проведение исследования неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (спирометрии) с помощью аппарата СПЦ-01; 5) оценку насыщения гемоглобина капиллярной крови кислородом – SpO₂ (пульсооксиметрия); 6) целенаправленный сбор жалоб на одышку, кашель и отделение мокроты; 7) сбор анамнестических данных и выкопировка информации о ранее выявленных хронических заболеваниях. Профилактическая часть включала проведение мотивационного консультирования, направленного на изменение поведения, связанного с потреблением никотина.

Результаты. Возраст первой пробы табачных изделий у обследованных работников варьировался от 5 до 25 лет (M=13,7, SD=4,2), возраст начала регулярного курения – от 10 до 28 лет (M=17,0, SD=4,0), а средняя продолжительность ежедневного курения – от 1 до 45 лет (M=20,8, SD=11,0). У мужчин средний возраст первой пробы составил 13,7 лет (SD=4,5), возраст начала регулярного курения – 16,9 лет (SD=3,9), средняя продолжительность ежедневного курения – 21 год (SD=11,8). У женщин средний возраст первой пробы составил 13,8 лет (SD=2,3), возраст начала регулярного курения – 17,6 лет (SD=4,7), средняя продолжительность ежедневного курения – 19,3 лет (SD=2,9). Негативную физиологическую реакцию при первой пробе отмечали 60% обследованных, несмотря на это они в дальнейшем перешли к регулярному курению; комфортные ощущения отмечал один мужчина (2,5%); остальные 37,5% обследованных характеризовали ощущения при первой пробе табака нейтрально: «дым, как дым», «почувствовала себя взрослой». Чаще всего (77,5%) первая проба никотина происходила в компании сверстников – «предложили друзья», 12,5% сами захотели начать курить; 7,5% закурили по предложению родственников; 2,5% не могли вспомнить обстоятельств первой пробы. Тест Фагерстрёма выявил наличие крайне слабую зависимость у 5% работников, слабую – у 27,5%, средней силы – у 22,5%, сильную – у 37,5% и очень сильную зависимость у 7,5%.

В ходе проведения спирометрии определялось значение индекса Тиффно, рассчитываемое как частное от деления объема форсированного выдоха за первую секунду на форсированную жизненную емкость легких, который в норме составляет 75-85%. Нормативные значения индекса Тиффно наблюдались у 57,5% участников исследования, умеренное снижение (55-75%) – у 35%, значительное снижение (35-55%) – у 5%, резко выраженное снижение (ниже 35%) – у 2,5% обследованных работников. При этом измерение SpO₂ показало, что у всех без исключения обследованных сатурация капиллярной крови находилась в диапазоне нормативных значений (96-99%).

Наличие жалоб на длительную одышку после спокойной ходьбы, кашель и одышку после умеренных физических нагрузок, ночной кашель, кашель утром с отделением мокроты, кашель после курения, чувство «нехватки воздуха» отмечалось у 65% обследованных, из них диагноз хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) ранее уже был установлен у 15%. Таким образом, у 50% участников исследования алгоритм ранней диагностики позволял определить подозрение на ХОБЛ.

У большинства участников исследования (77,5%) имелся неудачный опыт отказа от курения, как самостоятельного, так и с медицинской помощью, 22,5% ранее не пробовали бросать курить. Среди 15% лиц с ранее установленным диагнозом ХОБЛ 10% безуспешно пробовали самостоятельно бросить курить и через непродолжительное время возобновляли потребление никотина, а один участник

(2,5%) смог с медицинской помощью отказаться от курения на год, но потом также возобновил потребление.

Для оценки готовности участников исследования к изменению поведения, связанного с потреблением никотиносодержащей продукции, был проведен скрининг для оценки уровня мотивации к отказу от потребления табака. У 85% обследованных было выявлено отсутствие мотивации, у 12,5% - слабая мотивация, у 2,5% - сильная. По окончании предварительного или периодического медицинского осмотра и дополнительных диагностических обследований всем обследованным работникам было предложено пройти мотивационное консультирование с целью изменения поведения, связанного с курением. Согласились пройти мотивационное консультирование только 7,5% участников исследования.

Выводы. Предлагаемый набор методик и инструментов позволяет оперативно проводить скрининг и осуществлять мотивационное консультирование в отношении сокращения или прекращения курения при проведении предварительных и периодических медицинских осмотров работников промышленных предприятий. Наличие у 12,5% обследованных ранее установленного диагноза ХОБЛ и определенное еще у 50% обследованных подозрение на ХОБЛ по результатам скрининга и спирометрии свидетельствует о высокой распространенности состояния, способного существенно ухудшить качество жизни и привести к инвалидизации. При этом сильная и очень сильная зависимость от никотина отмечалась у 45% обследованных работников, а безуспешные попытки бросить курить – у 78%. Тем не менее, у 85% участников исследования отмечалось отсутствие мотивации к изменению своего поведения, связанного с курением, а пройти мотивационное консультирование согласились только 7,5%, что указывает на необходимость совершенствования медицинско-просветительской и разъяснительной работы среди работников промышленных предприятий моногорода о табачной зависимости и связанных с ней последствиях для здоровья.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ МЕХАНИЗМОВ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ С КЛИНИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Галкин С.А.

НИИ психического здоровья. ФГБНУ Томский НИМЦ
Томск

*THE RELATIONSHIP OF VIOLATIONS OF COGNITIVE DECISION-MAKING
MECHANISMS WITH CLINICAL FEATURES OF THE COURSE OF ALCOHOL USE
DISORDERS*

Galkin S.A.

Актуальность. Нарушения принятия решений представляют собой одну из основных черт зависимостей, способствуя их развитию, опосредуя неблагоприятные последствия дефицита исполнительных функций в результате употребления психоактивных веществ, а также влияя на приверженность лечению и рецидивы (Бохан Н.А. и др., 2021; Вторушина Ю.С., 2022). Употребление психоактивных веществ, в том числе и алкоголя, – это выбор с незамедлительными положительными результатами, но долгосрочными негативными последствиями. Таким образом, употребление алкоголя перед лицом негативных последствий предполагает дисфункцию когнитивных механизмов, лежащих в основе принятия решений. Есть данные о том, что нарушения принятия решений не только

стимулируют злоупотребление алкоголем, но и приводят к проблемам в мышлении: пациенты с алкогольной зависимостью тратят меньше времени на подготовку ответов и поверхностно анализируют исходные условия задачи (Пешковская А.Г. и др., 2018; Фролова Ю.Г., 2018). Таким образом, одним из важнейших критериев наличия у индивида уязвимости к алкоголизму является неспособность успешно принимать решения в условиях нехватки информации. Особенно сильно это качество проявляется, когда возникает необходимость сделать выбор между небольшим по размеру немедленным выигрышем и более значительной, но отсроченной наградой. Также закономерным является вопрос о характере связи между клинико-динамическими параметрами больных алкогольной зависимостью и принятием решений.

Цель исследования. Определение характера связи между паттерном употребления алкоголя и нарушениями когнитивного процесса принятия решений у больных алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. Экспериментальная группа включала в себя 60 испытуемых (43 мужчин и 17 женщин) с алкогольной зависимостью в возрасте 20-60 лет, проходивших стационарное лечение в НИИ психического здоровья г. Томска и имеющих стаж зависимости 1-12 лет (средний показатель 6 лет). В контрольную группу вошли 40 психически здоровых лиц (25 мужчин и 15 женщин). Экспериментальная и контрольная группы были сопоставимы по социо-демографическим характеристикам ($p > 0,05$). Средний возраст испытуемых составил 46,27 лет. Когнитивное обследование пациентов проводилось на 2-4 день поступления в стационар, после детоксикации.

Все участники выполняли задания по следующим методикам: задача Go/Nogo, тест Воздушный шар, Кембриджская игровая задача и игровая задача Айова.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы R версия 4.2.2. Использовались непараметрический критерий Манна-Уитни, коэффициент корреляции Спирмена и метод линейной регрессии.

Результаты и обсуждение. Статистически значимых связей между возрастом, полом испытуемых, их уровнем образования и особенностями принятия решений нам обнаружить не удалось. В целом пациенты с алкогольной зависимостью демонстрировали более низкое качество выполнения по всем предъявленным методикам по сравнению с контролем, в частности: в задаче Go/Nogo пациенты совершали большее количество ошибок ($p = 0,002$), что указывало на дефицит ингибиторного (тормозного) контроля; по данным Кембриджской игровой задачи у пациентов обнаружены более низкие значения качества принятия решений ($p = 0,002$), более высокие значения принятия риска ($p = 0,015$), а также им требовалось больше времени на принятие решений ($p = 0,012$) по сравнению со здоровыми лицами; в тесте Воздушный шар у пациентов выявлена более высокая склонность к риску в поведении ($p = 0,011$), что также подтверждалось данными игровой задачи.

Далее была проанализирована связь результатов выполнения когнитивных тестов с клиническими показателями больных алкогольной зависимостью. Корреляционный анализ показателей в когнитивных тестах и клинических данных показал, что частота употребления алкоголя прямо коррелирует с количеством ошибок в задаче Go/Nogo ($r_s = 0,364$; $p = 0,021$), а количество потребляемого алкоголя (дринк) прямо коррелирует с количеством ошибок в задаче Go/Nogo ($r_s = 0,444$; $p = 0,004$), временем принятия решений ($r_s = 0,315$; $p = 0,047$), принятием риска ($r_s = 0,325$; $p = 0,041$) и обратно связано с качеством принятия решений ($r_s = -0,478$; $p = 0,001$) в Кембриджской игровой задаче. Также обнаружено, что возраст начала систематического злоупотребления алкоголем прямо коррелирует с качеством

принятия решений в Кембриджской игровой задаче ($r_s=0,407$; $p=0,048$) - т.е. чем раньше пациент начинал злоупотреблять алкоголем, тем ниже у него качество принятия решений.

Полученные результаты наглядно показывают, что при алкогольной зависимости снижается способность принимать решения, связанные с вознаграждением, на основе логики и рассуждений, а также исполнительного функционирования. Выявленные различия позволяют говорить о дефиците ингибиторного контроля, нарушении логики поведения, склонности к более рискованным действиям и снижении скорости принятия решений при алкогольной зависимости. Степень тяжести данных нарушений, как было показано в исследовании, определяется частотой и количеством употребления алкоголя, а также возрастом начала систематического злоупотребления алкоголем.

Заключение. Таким образом, к значимым факторам, влияющим на принятие решений у больных алкогольной зависимостью можно отнести количество потребляемого алкоголя, частота алкоголизации, а также стаж алкоголизации. Интересным является тот факт, что эти нарушения наблюдаются даже у молодых пациентов (в возрасте 20-30 лет). Однако неспособность к регуляции поведения и вызванное ею низкое качество выполнения когнитивных задач в условиях риска характерно и для больных с незначительным стажем зависимости (1-2 года). Полученные данные свидетельствуют о необходимости ориентироваться в работе с больными алкоголизмом не только на развитие у них способности отказываться от употребления спиртного, но и на повышение общих навыков самоконтроля.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 22-75-00023, <https://rscf.ru/project/22-75-00023/>

РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ, КЛИНИЧЕСКИХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК В МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ ПОЛИСУБСТАНТНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

**Громько Д.И., Нечаева А.И., Ерофеева Н.А.,
Алексеева Ю.В., Киселев А.С., Илюк Р.Д.**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
Санкт-Петербург

THE ROLE OF SOCIODEMOGRAPHIC, CLINICAL AND EMOTIONAL CHARACTERISTICS IN MOTIVATION FOR TREATMENT IN PATIENTS WITH POLYSUBSTANCE DEPENDENCE

Gromyko D.I., Nechaeva A.I., Erofeeva N.A., Alexeeva Y.V., Kiselev A.S., Ilyuk R.D.

Введение. Уровень мотивации к лечению определяется совокупностью факторов, влияющих на обращение наркозависимых за медицинской помощью. Исследование различных показателей, обуславливающих потребность в лечении способствует разработке программ, направленных на повышение обращения больных с полисубстантной зависимостью за наркологической помощью.

Цель работы: оценить социально-демографические, клинические и психоэмоциональные показатели наркозависимых с сочетанным потреблением наркотиков и других психоактивных веществ, имеющих различную мотивацию к лечению, а также определить предикторы готовности к лечению.

Дизайн и объект исследования. В кросс-секционное исследование были включены 127 пациентов с полисубстантной зависимостью.

Критерии включения: наличие зависимости от сочетанного потребления наркотиков и других психоактивных веществ (F19.20; F19.21), возраст от 18 до 60 лет, срок воздержания от наркотика и других психоактивных веществ перед исследованием от 7 до 21 суток.

Критерии невключения: зависимость от других ПАВ, кроме никотина и кофеина; психотические состояния, личностные расстройства, эндогенные депрессии, наличие клинически значимых депрессивных проявлений, биполярные расстройства, попытки суицида или суицидальные намерения в анамнезе, выраженное интеллектуально-мнестическое снижение, тяжелые ЧМТ, судорожные припадки, опухоли, инфекционные поражения ЦНС, соматическая и неврологическая патология в фазе декомпенсации. Не включались пациенты, которые принимали психотропные средства и получали психотерапевтическую помощь.

Методы исследования. Для обследования использовались: клиническая карта, содержащая социально-демографические, психопатологические характеристики и наркологические показатели; шкала «Готовность к изменению и стремление к лечению» (SOCRATES); шкала дифференциальных эмоций К.Э. Изарда (DES); личностная тревога шкала Спилбергера (STAI); опросник выраженности гнева Спилбергера (STAXI); Торонтовская алекситимическая шкала (ТАС 26); шкала депрессии Гамильтона (HDRS); тест антиципационной состоятельности В.Д. Менделевича (ТАСПК); тест смысло-жизненных ориентаций СЖО (PIL).

Методы статистической обработки. Статистическая обработка исходной информации проводилась с использованием пакета SPSS v. 21. Количественные показатели проверены на соответствие распределения нормальному закону при помощи теста Колмогорова-Смирнова. Так как распределение всех показателей не соответствовало нормальному закону, все количественные и категориальные показатели анализировались при помощи непараметрических критериев Краскала-Уоллиса и Манна-Уитни, критерия хи-квадрат. Для попарных сравнений была введена поправка Бонферрони. В качестве описательной статистики количественных показателей представлены медианы [мин; макс]. Для выявления предикторов мотивации к лечению была построена модель множественной регрессии. При анализе результатов использовался уровень значимости $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Нами обследовано 88 (69,3%) мужчины и 39 (30,7%) женщин с полисубстантной зависимостью, медианный возраст составил 26,0 года [18,0; 37,0] (med [min; max]). У обследованных высшее образование имели 11 человека (8,7%), неоконченное высшее – 23 (18,1%), среднее – 93 (73,2%). Квалифицированная работа отмечалась у 28 пациента (22,0%), малоквалифицированный труд – у 28 (22,0%), случайный заработок – у 16 (12,6%), без работы – 26 (20,5%), учащиеся – 29 (22,8%). Материальное положение было хорошим у 32 (25,2%) пациентов, удовлетворительное – 25 (19,7%), плохое – 70 (55,1%). На момент обследования женаты или замужем были 33 человек (26,0%), в гражданском браке – 21 (16,5%), в разводе – 9 (7,1%), вдовцы – 1 (0,8%), холост (не замужем) – 63 (49,6%). Медианный возраст начала наркотизации составил 20,5 лет [15,0; 30,0], длительность заболевания – 48,0 мес. [12,0; 144,0], синдром отмены сформирован в 20,0 лет [15,0; 33,0], длительность синдрома отмены – 7,0 дней [3,0; 11,0]. Количество случаев лечения зависимости составляло 1,0 [0,0; 10,0], длительность терапевтических ремиссий – 2,0 мес. [0,0; 45,0]. Коэффициент отношения длительности ремиссий к длительности заболевания соответствовал 0,11 [0,00; 0,57]. Зависимые с низкой мотивацией к лечению (НМЛ) были моложе (22,5 [20,0; 24,0]), чем пациенты со средней мотивацией (СМЛ) и больные с высокой мотивацией (ВМЛ) (28,0 [24,0; 33,0] и 27,0 [24,0; 31,0]), ($p \leq 0,05$). Хорошее отношение

больного к родным чаще отмечалось в ВМЛ 10 (21,7%), чем в НМЛ и СМЛ (2 (5,4%) и 3 (6,8%)), а ссоры из-за потребления ПАВ в семье постоянно больше возникали в ВМЛ 27 (64,3%), чем в НМЛ 12 (32,4%) ($p \leq 0,05$). Длительность заболевания в группе НМЛ (36,0 [24,0; 48,0]) короче по сравнению с СМЛ и ВМЛ (68,0 [48,0; 91,0] и 67,0 [36,0; 87,0]) и длительность синдрома отмены у них (5,0 [5,0; 6,0]) меньше, чем в этих группах (7,0 [7,0; 9,0] и 8,0 [7,0; 10,0]) ($p \leq 0,05$). Пациенты с ВМЛ чаще лечились (2,0 [1,0; 3,0]) по сравнению с НМЛ и СМЛ (1,0 [0,0; 1,0] и 1,0 [0,0; 3,0]); в ВМЛ (7,0 [4,0; 16,0]) терапевтические ремиссии больше, чем НМЛ и СМЛ (1,0 [0,0; 3,0] и 2,0 [0,0; 6,0]), и коэффициент отношения длительности ремиссий к длительности заболевания у них (0,3 [0,25; 0,40]) выше по сравнению с другими группами (0,1 [0,00; 0,10] и 0,1 [0,00; 0,15]), ($p \leq 0,05$). В группе НМЛ были выше показатели эмоции «гнев» (DES) (11,5 [8,0; 13,0] vs. 7,0 [5,0; 9,0]), «алекситимия» (ТАС 26) (81,0 [68,0; 84,0] vs. 64,0 [57,0; 77,0]), «депрессия» (HDRS) (9,0 [6,0; 12,0] vs. 5,0 [2,0; 7,0]), чем у ВМЛ ($p \leq 0,05$). Пациенты с ВМЛ по сравнению с НМЛ имели большие значения «гнев-контроль» (STAXI) (20,0 [17,0; 27,0] vs. 16,0 [15,0; 18,0]), ($p \leq 0,05$). У больных с ВМЛ был выше показатель «интерес» (DES) (12,0 [10,0; 12,0]), чем в НМЛ и СМЛ (9,0 [8,0; 11,0] и 9,0 [8,0; 12,0]); в ВМЛ больше показатель «личностно-ситуационная антиципационная состоятельность» (ТАСПК) (166,0 [160,0; 174,0]), чем в НМЛ и СМЛ (153,0 [151,0; 156,0] и 152,0 [148,0; 168,0]); и у них же (32,0 [24,0; 35,0]) выше значение «цели в жизни» (PIL) по сравнению с другими группами (24,0 [22,0; 30,0] & 24,0 [21,0; 29,0]) ($p \leq 0,05$); а «склонность к гневу» (STAXI) в ВМЛ (17,0 [14,0; 24,0]) ниже, чем в НМЛ и СМЛ (24,0 [23,0; 25,0] & 20,5 [18,0; 26,0]), ($p \leq 0,05$). «Личностная тревожность» (STAI) больше в группе НМЛ (49,0 [43,0; 51,0]), чем в СМЛ и ВМЛ (40,5 [29,0; 49,0] и 41,0 [30,0; 49,0]), ($p \leq 0,05$). По данным регрессионного анализа предикторами «Готовности к изменению и стремления к лечению» (SOCRATES) у больных с полисубстантной зависимостью являются: коэффициент отношения длительности ремиссий к длительности заболевания ($B_1 = 78,13$), «личностно-ситуационная антиципационная состоятельность» (ТАСПК) ($B_2 = 0,45$), возраст ($B_3 = 0,69$), «личностная тревога» (STAI) ($B_4 = -0,53$), ссоры в семье из-за потребления ПАВ ($B_5 = 4,42$), «гнев» (DES) ($B_6 = -5,29$), «алекситимия» (ТАС 26) ($B_7 = -2,01$) «интерес» (DES) ($B_8 = 1,25$) (B_1, B_2, \dots, B_n – номера и коэффициенты предикторов; константа уравнения множественной регрессии $B_0 = 52,20$; скорректированный $R^2 = 0,84$).

Заключение. У пациентов с полисубстантной зависимостью более высокая мотивация к лечению отмечается при наличии хорошего отношения больного к родным, нетерпимости родных к наркотизации, частого обращения на лечение и продолжительных терапевтических ремиссий, способности проявлять эмоцию интереса, контролировать гнев и прогнозировать развитие жизненных ситуаций, определять цели в жизни. Низкая готовность к лечению наблюдается у наркозависимых молодого возраста, с короткой длительностью заболевания и синдрома отмены, более выраженными эмоциями гнева, депрессии и тревоги, проблемами идентификации чувств, которые препятствуют формированию мотивации к лечению. Предикторами мотивации к лечению являются благоприятное течение наркомании, умение прогнозирования развития жизненных ситуаций и зрелый возраст, нетерпимость родных к наркотизации, низкие значения гнева и тревоги, способность к осознанию своих чувств и проявлению эмоции интереса.

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ И ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ЭЛЕКТРОННЫХ ИГР У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Добряков И.В., Фесенко Ю.А.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России;

ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»,

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет

Санкт-Петербург

*INTERNET AND ELECTRONIC GAME ADDICTION IN CHILDREN AND
ADOLESCENTS*

Dobraykov I.V., Fesenko Iu.A.

Игровая компьютерная зависимость в настоящее время часто встречается, чему способствует взросление в условиях информационно-коммуникационной революции. В связи с этим процессе подготовки 11 варианта Международной классификации болезней было решено в качестве специальной рубрики включить в перечень болезней «игровое расстройство», определяемое как зависимое поведение при игре в цифровые и/или видеоигры (МКБ-11, 2021). Это расстройство имеет все признаки, характерные для описанных ранее форм зависимости от азартных игр, но имеет и отличия. Погружение в виртуальный мир представляется безопасным, увлекательным с другой, предоставляет необыкновенную свободу. Он дает возможность получения ярких впечатлений от поступков, которые в реальной жизни невозможны. Врагов можно убивать, можно при этом ощущать себя сильным, ловким, а также имеющим в запасе несколько жизней, на случай, если тебя убьют. Можно путешествовать по разным странам, включая волшебные, инопланетные, создавать миры, перемещаться во времени и т.п. Режим сетевой игры позволяет участвовать в ней нескольким игрокам, соревноваться. При этом зависимость развивается еще быстрее. Этому способствует предусмотренная разработчиками игр система вознаграждений (внутреннего подкрепления – reward system) и наказаний, позволяющая влиять на поведение игроков, побуждающая их продолжать играть.

Зависимость от компьютерных игр может возникать на фоне общей компьютерной зависимости, выражающейся в постоянном желании быть в сети, узнавать новости, просматривать «мемы», общаться, может быть ее результатом, а часто может сочетается с ней. При этом стираются грани между реальностью и виртуальным миром, утрачиваются другие интересы, контроль над временем, проведенном в Интернете. Попытки окружающих оторвать зависимого от компьютера, вернуть его в реальный мир, вызывают у него бурный протест.

А.М. Лановая и Е.В. Фадеева отмечают, что именно молодая часть населения наиболее подвержена риску возникновения интернет-зависимости. Ссылаясь на результаты международного мониторинга «Health Behaviour in School-aged Children», они отмечают, что показатель предпочтения коммуникации онлайн «живому» общению у подростков и молодежи России по сравнению с другими участниками международного исследования один из самых высоких (Лановая А.М., Фадеева Е.В., 2021). Нельзя не согласиться с их отрицательной оценкой того, что ни интернет-зависимость, ни зависимость от социальных сетей не включены в DSM-5 и в МКБ-11, с тем, что это «создает дополнительные трудности для профилактики, дифференциальной диагностики и лечения данных расстройств».

Профессор С.В. Савельев в своем докладе «Мозг виртуального потребителя» определил задачу Интернета, как стремление государств, крупных коммерческих компаний уменьшить «энергетический запас» мозга современных людей, для которых в основной своей массе (около 90% населения стран, где «миром правит глобальная сеть») важны чисто биологические приоритеты: еда, размножение и

доминирование («лимбическое, или гормональное поведение», приводящее к «биологическому успеху»), на которые головной мозг тратит всего 10% своей энергии. Если же работать творчески, совершать научные открытия, читать книги (художественную литературу, научные статьи, исторические очерки и т.п.), т.е. выходя с «лимбического» уровня на «неокортикальный» (кора головного мозга), то мозг увеличивает свои энергетические траты до 20-25%, что ведет к задействованию миллиардов нейронов, имеющих в его распоряжении, увеличивая количество связей в корковых и подкорковых структурах, связей внутри- и межполушарных, давая, таким образом, человечеству надежду на развитие, новые открытия на благо людей. Заправилы Интернета стремятся основную массу потребителей их продукта приучить к малому, к биологическому, приравнивая человека к животному, для которого главное – быть сытым, иметь потомство, быть вожаком стаи, племени, клана, пусть и не больших. И не дать людям себя «человеком разумным»: пусть они думают, как все, причем теми категориями, которые навязываются Интернетом (касты, подкасты, блоги и пр.)

Именно это несет наибольшую опасность детям и подросткам, имеющими наибольшие ресурсы для развития неокортекса, формирования связей головного мозга, особенно в возрасте 7-9 лет, когда основные ритмы мозга «созревают» до степени «взрослости», и это возраст начальной школы, времени закладки основ умения научиться, быть дисциплинированным, познав «надо» и «нельзя». В эти годы ребенок получает в личное владение свой первый ай-фон (увы, современные «лимбические» родители дарят эту бомбу замедленного действия трех-пятилетним чадам!), полностью погружаясь в «волшебный мир», в котором думать не нужно, и растрачивают лишь небольшой объем энергии своего головного мозга. А коль путь получения «интересной» информации столь легок, то он и привлекателен, а потому и очень быстро приводит к формированию зависимости.

Но самое разрушительное воздействие Интернета, по нашему мнению, заключается в «оболванивании» детей посредством тех потоков лжи, которыми всемирная паутина буквально наводнена, лжи, с помощью которой искажается история, современные события (использование «двойных» и даже уже «тройных стандартов»), лжи для очернения неугодных и неудобных народов и рас, государств, религий и оправдания нацизма, колониальных влияний, влияния межконтинентальных финансовых структур («золотой миллиард»), продажных правительств, не считающихся с мнением миллионов и миллиардов обычных людей. Детям внушается, что нет ничего зазорного во вранье, что лгать даже полезно и выгодно. Напомним, что «Диавол» (от церковнославянского діаволь, древнегреческого δίαβολος – «клеветник») – один из отпавших от Бога ангелов, еще до создания Богом видимого мира, т.е. это прообраз лжи, по сути – сатанинского явления, заполонившей сегодня мир, и, конечно же, Интернет. И в этой борьбе светлого богоугодного (правдолюбие, сочувствие, сердечность) и темного дьявольского (ложь, ненависть, жестокость) влияние Интернета, как это не печально, все более усиливает темную клеветническую (демоническую) сторону бытия, особенно в эпоху мировых кризисов (экономических, пандемических, политических). А ведь изначально Интернет был призван нести просвещение, способствовать развитию науки, облегчать добрую, честную, партнерскую, взаимовыгодную коммуникацию между представителями разных стран и континентов. Но, к сожалению, сегодня все больше и увереннее происходит «фейковое» влияние на сознание людей и, конечно же, на неокрепшее, только формирующееся сознание молодого поколения, предлагая им взамен получение удовлетворения своих влечений (прежде всего – влечения к получению

впечатлений) без умственного напряжения: готовыми рецептами, советами блогеров, игрушками, с помощью которых так легко добиться виртуальных побед. Именно поэтому сегодня различные государственные учреждения, являющиеся подведомственными структурами Комитета по социальной политике, Комитета по здравоохранению и других, на постоянной основе проводят профилактические мероприятия, направленные на профилактику интернет-зависимости и зависимости от электронных игр, а также индивидуальную профилактическую работу с несовершеннолетними, с предоставлением информации об организациях, оказывающих услуги по лечению и коррекции зависимости от компьютерных игр.

ОПРОСНИК «ОПИОИДНАЯ АНОЗОГНОЗИЯ» - НОВЫЙ ТЕСТОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОЦЕНКИ АНОЗОГНОЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

**Илюк Р.Д., Грановская Е.А., Бочаров В.В., Громыко Д.И.,
Пушина В.В., Вукс А.Я., Крупицкий Е.М.**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
ФГАОУ ВО Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет Н.И. Лобачевской
Санкт-Петербург

THE OPIOID ANOSOGNOSIA QUESTIONNAIRE – A NEW TEST TOOL FOR ASSESSING ANOSOGNOSIA IN PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE
IlyukR.D., GranovskayaE.A., BocharovV.V., GromykoD.I., PushinaV.V., VuksA.J., KrupitskyE.M

Введение. Проблема анозогнозии у пациентов, страдающих зависимостью от опиоидов (ОЗ), продолжает привлекать внимание исследователей, так как ее преодоление является важным компонентом повышения эффективности результатов терапии. Несмотря на многочисленные исследования, опиоидная анозогнозия (ОА) как многокомпонентное явление до сих пор остается недостаточно изученной. Одной из причин, которая затрудняют исследование ОА, является отсутствие общепринятых надежных и валидизированных инструментов для ее оценки.

Цель работы: конструирование, валидизация и стандартизация опросника.

Работа проведена в Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева в 2013–2023 годах. Исследование одобрено независимым этическим комитетом при Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева от «18» апреля 2013 года (выписка протокола №4).

Критерии включения: наличие синдрома зависимости от опиоидов (F11.20; F11.21) возраст 18-60 лет; полученное информированное согласие на участие в исследовании; срок воздержания перед исследованием от употребления наркотиков 7-21 день.

Критерии невключения: сочетание зависимости от опиоидов с шизофренией, маниакально-депрессивным психозом, эпилепсией, с зависимостями от других ПАВ (исключая зависимость от кофеина и никотина); отказавшиеся от участия в исследовании; с выраженными когнитивными нарушениями; находящиеся в психотическом состоянии или острой фазе синдрома отмены опиоидов.

Методы исследования.

В работе применялись: опросник оценки ОА (ОООА) клиническая карта, где фиксировались клиничко-психологические и социо-демографические

характеристики; Визуальная аналоговая шкала атрибуции наркомании (ВАШа); Опросник готовности к изменению и стремлению к лечению (SOCRATES), включающий в себя шкалы - осознание (Ос), амбивалентность (Аб), действие (Д). Исследовались психометрические свойства ООА: для оценки содержательной валидности каждое утверждение опросника подвергался анализу с целью соотнесения его с клинико-теоретическим пониманием ОА. Выбор утверждений и распределение их по шкалам производилось пятью квалифицированными врачами - наркологами, выступающих в качестве экспертов. Внешнекритериальная валидность определялась путем независимой экспертной оценки уровня ОА, которую проводил два врача-нарколога, у каждого испытуемого по всем субшкалам в континууме от 1 до 3 баллов (невыраженная, умеренная, выраженная). При исследовании перекрестной валидности оценивались взаимосвязи между значениями субшкал опросника ОА и показателями ВАШа, а также опросника SOCRATES. Для изучения ретестовой надежности опросника проводилось повторное тестирование с интервалом 2-7 дней. Внутренняя согласованность отдельных шкал теста была исследована с помощью средней межпунктовой корреляции (модель α Кронбаха).

Методы статистической обработки. Обработка исходной информации осуществлялась посредством программ "SPSS" и "Excel". Для описания популяции использовались методы дескриптивного анализа. Проверка нормальности распределения проводилась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Корреляционный анализ с использованием рангового коэффициента-Спирмена применялся для оценки дифференцирующей силы утверждений, внешнекритериальной и перекрестной валидности, тест-ретест надежности опросника и для изучения связи между значениями субшкал ООА и психологическими характеристиками больных. Проверка согласованности утверждений опросника между собой внутри каждой субшкалы проводилась с применением коэффициента α Кронбаха. Для определения нормальности распределения частот утверждений по каждой из субшкал проводилась процедура принудительной нормализации с использованием Q-приведения.

Результаты исследования. При изучении психометрических характеристик инструмента обследовано 92 пациента с ОЗ (средний возраст $39,95 \pm 4,7$ года, диапазон 24-46; средний стаж зависимости $14,0 \pm 6,0$ года, диапазон 2-30 лет), находящихся на стационарном лечении. Среди испытуемых было 4 женщины (4,3%) и 88 мужчин (95,7%). Содержательная валидность: произведен отбор 34 утверждения для семи субшкал: №1 "Неинформированность" (НИ), №2 "Непризнание симптомов заболевания" (НС), №3 "Непризнание заболевания" (НЗ), №4 "Непризнание последствий заболевания" (НПЗ), №5 "Эмоциональное неприятие заболевания" (ЭНЗ), №6 "Несогласие с лечением" (НЛ), №7 "Неприятие трезвости" (НТ). С учетом смыслового содержания субшкал, были выделены: когнитивные - НИ, НС, НЗ, НПЗ; эмоциональная - ЭНЗ; мотивационные - НЛ и НТ. Структура опросника была определена пятью квалифицированными наркологами и двумя клиническими психологами. Внешнекритериальная валидность субшкал составила: НИ = 0,60; НС = 0,31; НЗ = 0,63; НПЗ = 0,59; ЭНЗ = 0,53; НЛ = 0,87; НТ = 0,60 ($p < 0,001$). Более низкое значение по шкале НС вероятно связано с воздействием различных факторов (индивидуальный опыт специалиста и др.), однако оно остается статистически значимым. При оценке перекрестной валидности были выявлены статистически значимые корреляционные связи между ВАШа и субшкалами ООА: НИ (-0,72; $p < 0,001$), НПЗ (-0,41; $p < 0,005$) и НЛ (0,43; $p < 0,005$). Чем менее у пациента развито понимание об ОЗ как о заболевании (НИ) и чем ограниченнее его способность анализировать связанные с ним проблемы (НПЗ), тем

более выражено значение, отражающее принадлежность обследуемого к категории «Наркозависимый». Также, чем выше уровень признания пациентом своего аддиктивного статуса, тем негативнее его отношение к лечению (НЛ), что может быть обусловлено отрицательным опытом лечения, наличием стигматизации и т.д. Все субшкалы ООА, кроме НЗ, отрицательно коррелируют со шкалами SOCRATES: НИ с Ос (- 0,34) и Д (- 0,27); НС с Аб (- 0,29); НПЗ с Ос (- 0,30) и Аб (- 0,25); ЭНЗ с Ос (- 0,28) и Аб (- 0,35); НЛ с Ос (- 0,32) и Аб (- 0,32); НТ с Ос (- 0,36) и Аб (- 0,28), $p < 0,001$. НЗ это единственный показатель, который положительно коррелирует со шкалой Ос (0,32; $p < 0,001$). Повышение уровня анозогнозии взаимосвязано со снижением готовности к изменению и стремления к лечению. Вместе с тем, по мере осознания проблем, связанных с употреблением опиоидов и необходимости прекращения наркотизации, включая обращение за специализированной медицинской помощи (Ос), увеличивается показатель отрицания наркологического заболевания, так как признание себя "наркобольным" ассоциируется с опасениями получения официального наркологического диагноза", постановкой на "наркологический учет" и дальнейшим понижением своих гражданских прав.

Внутренняя согласованность (α Кронбаха) составила: НИ = 0,81; НС = 0,82; НЗ = 0,85; НПЗ = 0,77; ЭНЗ = 0,75; НЛ = 0,83; НТ = 0,77 ($p < 0,001$). Полученный результат подтверждает достаточную степень однородности состава заданий с точки зрения измеряемого психологического свойства.

Для субшкал опросника ОА были определены средние эмпирические значения сырых баллов: НИ: $4,18 \pm 1,3$ ($SD=0,14$); НС: $3,85 \pm 1,7$ ($SD=0,18$); НЗ: $8,23 \pm 1,9$ ($SD=0,20$); НПЗ: $10,48 \pm 3,1$ ($SD=0,33$); ЭНЗ: $14,36 \pm 4,2$ ($SD=0,44$); НЛ: $9,84 \pm 1,8$ ($SD=0,19$); НТ: $19,15 \pm 3,8$ ($SD=0,40$). В связи с тем, что распределение не носило нормального характера, применялась процедура принудительной нормализации с использованием Q-приведения (для перевода сырых баллов в шкальные).

Заключение: Разработана новая клиничко-диагностическая методика для квантифицированной оценки ОА. Изучены психометрические характеристики инструмента (содержательная, внешнекритериальная и перекрестная валидность, тест-ретест надежность, внутренняя согласованность), проведена стандартизация опросника, а также определены средние эмпирические значения семи субшкал. Опросник оценки анозогнозии при ОЗ представляет собой новый валидизированный и стандартизированный клиничко-психологический диагностический тестовый инструмент, который позволяет получать комплексную оценку уровня ОА по отдельным ее компонентам и представить профиль анозогнозии, что дает возможность более глубоко понять феноменологию ОА, а также дифференцировано подходить к лечению и реабилитации зависимых от опиоидов.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ НЕХИМИЧЕСКИХ ФОРМ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У УЧАЩИХСЯ ВУЗОВ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Карпухин И.Б., Мюллер А.С., Энгель Е.А.

ФГБОУ ВО «Приволжский Исследовательский Медицинский Университет» МЗ РФ
Нижний Новгород

*PREVALENCE OF NON-CHEMICAL FORMS OF ADDICTIVE BEHAVIOR AMONG
UNIVERSITY STUDENTS IN NIZHNY NOVGOROD OBLAST*

Karpukhin I.B., Muller A.S., Engel E.A.

Цель исследования. Оценка распространённости и уровня нехимических форм зависимости (интернет-зависимость, зависимость от компьютерных игр) у

учащихся ВУЗов Нижнего Новгорода для дальнейшей профилактической и коррекционной работы.

Материал и методы. В ходе работы было опрошено 13 502 учащихся из 11 ВУЗов Нижегородской области, с первого по последний курс обучения. Значительных расхождений по возрастному и гендерному признаку в исследуемых группах не выявлено. При попарном сравнении с помощью критерия Манна-Уитни $p > 0,05$, что говорит об однородности данных выборок и отсутствии значимых различий.

Для оценки уровня интернет-аддикции был использован тест Чена (CIAS), который наиболее близок к диагностическим компонентам, универсальным для всех вариантов аддикций (изменения настроения, рост толерантности, симптомы отмены, конфликт с окружающими, рецидив) (R. Brown, 1993; M. Griffiths, 1996). Для оценки уровня данной аддикции была адаптирована анкета Викторианского опросника, который был предназначен для выявления зависимости от азартных игр и показал ретестовую надежность и высокий коэффициент корреляции с другими инструментами измерения игровой зависимости и проблем.

Результаты и обсуждение. По результатам анализа уровня зависимость от сети Интернет поведения было выявлено, что выраженную и устойчивую интернет-аддикцию, по результатам самотестирования, имеют 11,65% студентов (867 человек), склонность к возникновению интернет-зависимого поведения – 45,79% (3408 человек), а минимальный риск или отсутствие признаков зависимости – 42,56% (3167 человек). Средний показатель уровня интернет зависимость поведения у учащихся ВУЗов находился в диапазоне, характерном для склонности к возникновению интернет-зависимого поведения и составил 50,74 балла.

При оценке гендерных различий установлено, что у 16% девушек не было признаков зависимости ($t=1,69$, $p=0,9$), у 23% - минимальный риск развития интернет зависимость поведения ($t=5,2$, $p=0,998$), 48% - имели склонность к возникновению аддикции ($t=3,5$, $p=0,998$), у 13% – выраженный и устойчивый паттерн Интернет зависимость поведения ($t=3,96$, $p=0,998$)

Среди опрошенных юношей, 18% - без признаков зависимости ($t=1,69$, $p=0,9$), у 32% - минимальный риск развития интернет зависимость поведения ($t=5,2$, $p=0,998$), 41% - имели склонность к возникновению аддикции ($t=3,5$, $p=0,998$), у 9% – выраженный и устойчивый паттерн Интернет зависимость поведения ($t=3,96$, $p=0,998$).

Опрос студентов ВУЗов на наличие и уровень зависимости от компьютерных игр показал, что распространённость данной поведенческой аддикции невелик. Установлено, что по результатам самотестирования из 6 060 опрошенных студентов высокий риск развития имели 4,4%, пограничное положение, так называемую группу риска составили – 18,9% опрошенных, у остальных респондентов зависимость от компьютерных игр выявлена не была (50,1%) либо риск её развития оказался минимален (26,5%).

В ходе анализа полученных данных, установлено, что у 58,5% девушек признаки зависимости от компьютерных игр отсутствовали, у 25% - низкий риск развития данной аддикции, 14% - группа риска по развитию игровой компьютерной зависимости, у 2,5% - сформированная зависимость.

При анализе ответов юношей установлено, что у 25% признаков зависимости не наблюдалось, у 30,8% - низкий риск формирования зависимости от компьютерных игр, в группе риска оказались 34%, сформированная зависимость – у 10,2%

При оценке гендерного распределения результатов самотестирования студентов на Интернет и игровую компьютерную зависимости, являющихся одними из самых распространённых поведенческих аддикций, было выявлены определённые различия. В большей степени зависимость от сетей Интернет свойственна

девушкам, в то время как у юношей наблюдалось преобладание игровой компьютерной зависимости.

Выводы. Исходя из полученных данных настоящего исследования и данных мировых источников, можно говорить о том, что проблема поведенческих аддикций, таких как зависимость от Интернета или компьютерных игр, особенно остра в молодёжной среде. Выявленные гендерные различия требуют более детальной оценки и последующего изучения. Требуется осуществление коррекционных и профилактических мероприятий с студентами из групп риска и имеющих зависимость. Работа по изучению поведенческих форм зависимости и их распространённости среди обучающихся в ВУЗах будет продолжена.

О ФАКТОРАХ, ПОДДЕРЖИВАЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЛКОГОЛЯ, ПРИ ПЕРЕНЕСЕННОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ДЕТСКОМ ОПЫТЕ.

Катан Е.А., Карпец В.В.

ФБГОУ ВО ОрГМУ ГАУЗ ООКНД

Оренбург

ABOUT THE FACTORS THAT SUPPORT ALCOHOL DEPENDENCE DURING AN UNFAVORABLE CHILDHOOD EXPERIENCE.

Katan E.A. Karpets V.V.

Исследования, посвященные изучению влияния неблагоприятного детского опыта на психическое и соматическое здоровье доказывают взаимосвязь ранних травмирующих переживаний с повышением частоты зависимости от психоактивных веществ взрослых (Anda R.F., Felitti V.J., 1998, 2001, 2012; Chapman D.R., Dube S.R., 2007, 2015, Horowitz A.A., Widom C.S., 2001, 2017). Однако, существует когорта пациентов, зависимых от ПАВ, но не имеющих неблагоприятного детского опыта. С одной стороны, это подтверждает сложную мультифакторную этиологию зависимостей, а с другой – лимитирует значимость влияния НДО на риски возникновения пристрастия к ПАВ. Психические расстройства, в том числе зависимости, являются последовательно коморбидными, рецидивирующими/хроническими и существуют в континууме (Caspi A, Houts P.M., 2015, Менделевич В.Д., 2018, 2020, Сиволап Ю.П. 2019, 2022). Цель исследования: сравнение структуры коморбидной психопатологической составляющей алкогольной зависимости у пациентов с благополучным детством и перенесших неблагоприятный детский опыт.

Материалы и методы. В кроссекционное исследование включено 339 человек с алкогольной зависимостью. Применены: международный опросник неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ), опросник SCL-90-R, Торонтская шкала алекситимии TAS-20, шкала оценки влияния травматического события (Impact of event Scale – IES-R), шкала диссоциации DES (Dissociative Experience Scale), шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory BDI), (тест СМИЛ). Статистическая обработка проведена с помощью программы SPSS - 17. Проведен факторный анализ методом главных компонент с вращением варикмакс. Оценка качества полученных моделей произведена с помощью критерия адекватности выборки Кайзера-Мейера-Олкина ($\geq 0,9 \leq 0,5$) (КМО), критерия сферичности Бартлетта ($\leq 0,05$).

Результаты. При анализе результатов самоопросников НДО (ACE-IQ, ВОЗ, 2009) было установлено, что всего лишь 14,7% (n=56), из них женщин 8 человек (14,2%), наблюдаемых не указывали в анкетах фактов детских психических травм. Средний возраст пациентов в этой группе составлял 46,7±4,8 года. Сочетано употребляли опиаты 0%, каннабис 10,5%, иные запрещенные вещества 19,5%, табак 83,9%. Наследственность отягощена у 56,2%.

1 фактор НДО указывали 35,3 % (n=116) респондентов, женщин 39 человека (33,7%), который преимущественно был связан с факторами группы опыта общественного насилия (r=0,665), буллингом (r=0,902). Также опрошенные предоставили сведения (r=0,763) о проживании в неполных семьях, разводе родителей, утрате родителя до 18 лет. Средний возраст данных пациентов составил 43,9±4,8 года. Сочетано употребляли опиаты 5%, каннабис 17,5%, иные запрещенные вещества 6,6%, табак 75,4%. Наследственность отягощена у 43,8%.

До 4 факторов НДО отмечали 31,8% (n=105) респондентов, женщин 53 человека (50,5%). К ним относились следующие группы: «Взаимоотношения с родителями/опекунами»: эмоциональное пренебрежение (r=0,661), пренебрежение потребностями (r=0,597); хронические психические заболевания, депрессии, суициды родителей/опекунов; утрата родителя в возрасте до 18 лет или их развод (r=0,795), внутрисемейное партнерское насилие (r=0,791), факторы общественного насилия. Отмечен фактор эмоционального насилия (r=0,792). Средний возраст в группе составлял 37,4±3,5 года. Сочетано употребляли опиаты 9%, каннабис 15,2%, иные запрещенные вещества 8%, табак 62%. Наследственность отягощена у 64,4%.

Более чем о 4 факторах НДО дали сведения 18,7% (n=62) пациентов женщин, 43 человек (69,3%). К вышеперечисленным факторам присоединились физическое насилие (r=0,713) и сексуальное насилие (r=0,799). Средний возраст пациентов в группе составил 34,6±3,4 года. Сочетано употребляли опиаты 14%, каннабис 22,3%, иные запрещенные вещества 16,5%, табак 72,8%. Наследственность отягощена у 79,2%.

Для процедуры факторного анализа данные респондентов были разделены на 2 группы: с отсутствующим и умеренным НДО – модель 1; с тяжелым и крайне тяжелым НДО – модель 2.

Для модели 1 выявлено следующее распределение 4 компонентов совокупной дисперсии, объясняющей более 50 % факторной нагрузки с собственным значением ≥ 1 , определяющих психопатологическую коморбидность зависимости от алкоголя: аффективно-когнитивная регуляция (шкалы TAS-20, IES-R, DES, BDI) (18,2%), ситуативная реактивность (шкалы SCL-90-R) (16,2%), черты характера (шкалы СМЛ) (14,6%), микросоциальное окружение (шкалы ACE-IQ) (8,4%). Выгрузилась следующая структура латентных переменных: «аффективно-когнитивная регуляция» - аффективно-когнитивный компонент депрессии, трудности описания чувств (0,739), экстернальное мышление (0,936, трудности идентификации чувств (0,691), соматизированный компонент депрессии (0,684); «ситуативная реактивность» - «D» дисфория, недостаток мотивации, потеря жизненной энергии; «INT- чувство неполноценности, дискомфорт в межличностном общении, «SOM»-соматические жалобы; «черты характера» - «Ns» - астено-невротический тип; «Nu» - демонстративно – поверхностный тип, «Pt» тревожно-мнительный тип (пониженная стрессоустойчивость, непредсказуемость поведения, склонность к декомпенсирующему поведению) «Ma» - гипертимный тип (гиперактивность, непоследовательность, переоценка возможностей), «D» эмоционально-лабильный тип (нерешительность, застенчивость, аутоагрессивность); «микросоциальное окружение» - буллинг, конфликты с органами правопорядка, развод, разлука с родителями. Компонентами совокупной дисперсии для модели 2 явились: аффективно – когнитивная регуляция (31,5%), микросоциальное окружение (29,7%), черты характера (24,7%), ситуативная реактивность (8,3%). Структура признаков латентных переменных для 2 группы: «аффективно-когнитивная регуляция»- избегание, соматизированный компонент депрессии, экстернальное мышление, вегетативное возбуждение, вторжение, когнитивно-аффективная сфера депрессии, трудности описания чувств, трудности идентификации чувств;

«микросоциальное окружение» - перенесенное жестокое обращение, пренебрежение, факторы семейной дисфункции; «черты характера» - «Pa» - подозрительный тип (ригидность, систематизация накопленных обид, фрустрация, ведущая к поведению, удовлетворяющее блокированный потребности, «Ma» - беззастенчивость, эмоциональная незрелость, ревность, «Pd»- склонность к асоциальным поступкам, отсутствие конформизма и самоконтроля, непризнание авторитетов, трудности в семейных отношениях, враждебное отношение к родителям, «Sc» - отчужденный тип - повышенная чувствительность с эмоциональной холодностью и отчуждением в межличностных отношениях; «ситуативная реактивность» - «ANX» - тревожность, ощущение насилия, чувство опасности, опасения, «PAR» - проективное мышление, враждебность, страх потери независимости, «INT» чувство неполноценности, РНОВ – стойкий страх на определенных людей, избегающее поведение. Проверка первой модели по критерию Кайзера-Мейера-Олкина – 0,512 (низкая адекватность), критерию сферичности Бартлетта - 0,913, второй модели – критерий Кайзера-Мейера-Олкина 0,813 – приемлемая адекватность, критерий сферичности Бартлетта 0,876.

Заключение. Представленные модели демонстрируют различия психопатологической коморбидной составляющей зависимости от алкоголя у пациентов с разной интенсивностью НДО. При соответствующей валидации данные модели могут являться прогностическими, а предикторы зависимости от алкоголя являться целями реконструктивной психологической коррекции.

О ФАКТОРАХ, ПОДДЕРЖИВАЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЛКОГОЛЯ, ПРИ ПЕРЕНЕСЕННОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ДЕТСКОМ ОПЫТЕ.

Катан Е.А., Карпец В.В.

ФБГОУ ВО ОрГМУ

Оренбург г

ABOUT THE FACTORS THAT SUPPORT ALCOHOL DEPENDENCE DURING AN ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCE.

Katan E.A., Karpets V.V.

Многочисленные исследования, посвященные изучению влияния неблагоприятного детского опыта на психическое и соматическое здоровье доказывают взаимосвязь ранних травмирующих переживаний с повышением частоты зависимости от психоактивных веществ жертв. Однако, существует когорта пациентов, зависимых от ПАВ, но не имеющих неблагоприятного детского опыта. С одной стороны, это подтверждает сложную мультифакторную этиологию зависимостей, а с другой – лимитирует значимость влияния НДО на риски возникновения пристрастия к ПАВ. Достоверность поперечных результатов исследований ограничивает субъективность данных самоопросников о событиях происходивших 10 и более лет назад, а также потенциальное влияние психотравмирующих событий взрослого периода жизни, возникающих в том числе как последствие употребления психоактивных веществ. Цель исследования: сравнение структуры коморбидной психопатологической составляющей алкогольной зависимости у пациентов с благополучным детством и перенесших неблагоприятный детский опыт.

Материалы и методы. В кроссекционное исследование включено 339 человек с алкогольной зависимостью. Применен международный опросник неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ), использованы опросник SCL-90-R Торонтская шкала алекситимии TAS-20, шкала оценки влияния травматического события (Impact of event Scale – IES-R), шкала диссоциации DES (Dissociative Experience Scale), шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory BDI), (тест СМИЛ). Статистическая

обработка проведена с помощью программы SPSS - 17. Используются методы описательной статистики для дискретных и непрерывных данных. Проведен факторный анализ методом главных компонент с вращением варикмакс. Оценка качества полученных моделей произведена с помощью критерия адекватности выборки Кайзера-Мейера-Олкина ($\geq 0,9 \leq 0,5$) (КМО), критерия сферичности Бартлетта ($\leq 0,05$).

Результаты. При анализе результатов самоопросников НДО (ACE-IQ, ВОЗ, 2009) было установлено, что всего лишь 14,7% ($n=56$) наблюдаемых не указывали в анкетах фактов детских психических травм. Средний возраст пациентов в этой группе составлял $46,7 \pm 4,8$ года. Сочетано употребляли опиаты 0%, каннабис 10,5%, иные запрещенные вещества 19,5%, табак 83,9%. Наследственность отягощена 56,2%, женщин 8 человек (14,2%). 1 фактор НДО указывали 35,3 % ($n=116$) респондентов, который преимущественно был связан с факторами группы опыта общественного насилия ($r=0,665$), буллингом ($r=0,902$), издевательствами. Помимо того, опрошенные предоставили сведения ($r=0,763$) о проживании в неполных семьях, разводе родителей, утрате родителя до 18 лет, относящиеся к группе «Проблемы семейного окружения». Средний возраст данных пациентов составил $43,9 \pm 4,8$ года. Сочетано употребляли опиаты 5%, каннабис 17,5%, иные запрещенные вещества 6,6%, табак 75,4%. Наследственность отягощена 43,8%, женщин 39 человека (33,7%). До 4 факторов НДО отмечали 31,8% ($n=105$) респондентов. К ним относились следующие группы: «Взаимоотношения с родителями/опекунами», а именно эмоциональное пренебрежение ($r=0,661$), пренебрежение потребностями ($r=0,597$); «Проблемы семейного окружения», включая хронические психические заболевания, депрессии, суициды родителей/опекунов; утрата родителя в возрасте до 18 лет или их развод ($r=0,795$), домашнее насилие ($r=0,791$), указанные выше факторы общественного насилия. Отмечены эмоциональное насилие ($r=0,792$). Средний возраст в группе составлял $37,4 \pm 3,5$ года. Сочетано употребляли опиаты 9%, каннабис 15,2%, иные запрещенные вещества 8%, табак 62%. Наследственность отягощена 64,4%, женщин 53 человека (50,5%). Более чем о 4 факторах НДО дали сведения 18,7% ($n=62$) пациентов. К вышеперечисленным факторам присоединились физическое насилие ($r=0,713$) и сексуальное насилие ($r=0,799$). Средний возраст пациентов в группе составил $34,6 \pm 3,4$ года. Сочетано употребляли опиаты 14%, каннабис 22,3%, иные запрещенные вещества 16,5%, табак 72,8%. Наследственность отягощена 79,2%, женщин 43 человек (69,3%). В связи с типом, определяющимся как условия повседневной жизни, детских переживаний пациентов группы НДО1 (умеренный) и невозможностью исключить возникновение подобных переживаний у пациентов, отрицающих НДО (одиночество, разводы, конфликты с полицейскими, утрата близких) для процедуры факторного анализа данные респондентов были разделены на 2 группы: с отсутствующим и умеренным НДО – модель 1; с тяжелым и крайне тяжелым НДО – модель 2. Для модели 1 выявлено следующее распределение 4 компонентов совокупной дисперсии, объясняющей более 50 % факторной нагрузки с собственным значением ≥ 1 , определяющих психопатологическую коморбидность зависимости от алкоголя: аффективно-когнитивная регуляция (шкалы TAS-20, IES-R, DES, BDI) (18,2%), ситуативная реактивность (шкалы SCL-90-R) (16,2%), черты характера (шкалы СМЛ) (14,6%), микросоциальное окружение (шкалы ACE-IQ) (8,4%). Аналогичное распределение для модели 2: аффективно – когнитивная регуляция (31,5%), микросоциальное окружение (29,7%), черты характера (24,7%), ситуативная реактивность (8,3%). Для группы 1 выгрузилась следующая структура признаков латентных переменных: «аффективно-когнитивная регуляция» - аффективно-когнитивный компонент депрессии, трудности описания чувств (0,739),

экстернальное мышление (0,936, трудности идентификации чувств (0,691), соматизированный компонент депрессии (0,684); «ситуативная реактивность» - «D» дисфория, недостаток мотивации, потеря жизненной энергии; «INT- чувство неполноценности, дискомфорт в межличностном общении, «SOM»-соматические жалобы; «черты характера» - «Hs» - астено-невротический тип; «Hu» - демонстративно – поверхностный тип, «Pt» тревожно-мнительный тип (пониженная стрессоустойчивость, непредсказуемость поведения, склонность к декомпенсирующему поведению) «Ma» - гипертимный тип (гиперактивность, непоследовательность, переоценка возможностей), «D» эмоционально-лабильный тип (нерешительность, застенчивость, аутоагрессивность); «микросоциальное окружение» - буллинг, конфликты с органами правопорядка, развод, разлука с родителями. Структура признаков латентных переменных для 2 группы: «аффективно-когнитивная регуляция» - избегание, соматизированный компонент депрессии, экстернальное мышление, вегетативное возбуждение, вторжение, когнитивно-аффективная сфера депрессии, трудности описания чувств, трудности идентификации чувств; «микросоциальное окружение» - перенесенное жестокое обращение, пренебрежение, факторы семейной дисфункции; «черты характера» - «Pa» - подозрительный тип (ригидность, систематизация накопленный обид, фрустрация, ведущая к поведению, удовлетворяющее блокированный потребности, «Ma» - беззастенчивость, эмоциональная незрелость, ревность, «Pd»- склонность к асоциальным поступкам, отсутствие конформизма и самоконтроля, непризнание авторитетов, трудности в семейных отношениях, враждебное отношение к родителям, «Sc»- отчужденный тип – повышенная чувствительность с эмоциональной холодностью и отчуждением в межличностном отношениях; «ситуативная реактивность» - «ANX» - тревожность, ощущение насилия, чувство опасности, опасения, «PAR» - проективное мышление, враждебность, страх потери независимости, «INT» чувство неполноценности, РНОВ – стойкий страх на определенных людей, избегающее поведение. Проверка первой модели по критерию Кайзера-Мейера-Олкина – 0,512 (низкая адекватность), критерию сферичности Бартлетта - 0,913, второй модели – критерий Кайзера-Мейера-Олкина 0,813 – приемлемая адекватность, критерий сферичности Бартлетта 0,876.

Заключение. Представленные модели демонстрируют различия психопатологической коморбидной составляющей зависимости от алкоголя у пациентов с разной интенсивностью НДО. При соответствующей валидации данные модели могут являться прогностическими, а предикторы зависимости от алкоголя являться целями реконструктивной психологической коррекции.

ВОЕННАЯ ТРАВМА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПСИХИАТРА-НАРКОЛОГА

Клешня В.Г., Кучерявая В.И., Кононенко И.Н., Цыба И.В.

Республиканский наркологический центр

Донецк

MILITARY TRAUMA IN THE PRACTICE OF A PSYCHIATRIST-NARCOLOGIST

Kleshnya V.G., Kucheryavaya V.I., Kononenko I.N., Tsyba I.V.

Жители Донецкой народной Республики восемь лет проживают в зоне проведения военных действий. Все население Республики вынужденно является участником военных действий – опосредованным либо непосредственным. За столь длительный период не осталось сторонних наблюдателей, независимо от возраста, социального статуса и других социальных критериев. Многие люди уехали, спасая себя и своих близких; еще больше людей осталось, продолжая защищать свою землю, работать и жить на своей земле. Изменился характер людей, чувство тревоги

является постоянным симптомом. Произошла переоценка жизненных ценностей, люди научились радоваться малому и ценить каждый прожитый день. Несмотря на присущий дончанам оптимизм и самоиронию, ежедневные обстрелы не проходят бесследно, даже если они не нанесли физического увечья. Одним из сопутствующих диагнозов у наших пациентов, на сегодняшний день, является военная травма.

Мы рассматриваем военную травму в двух аспектах: - органическая травма – последствия боевых травм мозга, ранений, связанных с непосредственным повреждением тканей мозга (пулевые, осколочные и т.д.) и закрытые ЧМТ – ушибы, тяжкие сотрясения мозга, а также последствия контузий, полученных во время боевых действий, обстрелов. Главной проблемой в лечении органической травмы является изменение клинической картины и утяжеление клиники аддиктивной патологией. Опасность для окружающих, включая медперсонал, представляет учащение органических дисфорий, утяжеляющих течение патологического процесса, затрудняющих коррекцию этой группы пациентов. Врач должен обращать внимание на наличие боевых органических поражений ЦНС путем изучения медицинской документации, анализа ЭЭГ, сбора анамнестических сведений, свидетельствующих о наличии эпилептиформных припадков, возникающих вне интоксикации алкоголем либо другими ПАВ и состояния отмены, наличия органических аффективных расстройств.

Клиническая картина психической военной травмы разворачивается постепенно и мультисимптомно и включает в себя следующие фазы: - острую стрессовую реакцию (невроз военного времени) - F43.0 по МКБ 10-го пересмотра. Она наблюдается как у участников боевых действий, так и у гражданских лиц и проявляется, чаще всего, следующей симптоматикой: уходом от взаимодействия с окружающими; сужением объема внимания; дезориентировкой во времени и пространстве; агрессией, гневом, чаще всего, без определенного объекта (на войну, жизнь и т.д.); - чувство отчаяния (это «конец света», жизнь окончена, незачем жить и т.д.); - зачастую имеет место неадекватная гипертимия и гиперактивность («все будет хорошо», ничего непоправимого не случилось, «нас голыми руками не возьмешь» и т.д.). На более поздних этапах может быть характерно чрезмерное переживание горя. Острая психическая военная травма, не разрешившись, сменяется расстройствами адаптации, выражающимися депрессивным настроением, нарушением планирования действий, что, по нашим наблюдениям, является наиболее опасными симптомами; чрезмерным «оптимизмом», носящим амбивалентный характер: с одной стороны - «все будет хорошо», с другой - «ничего не поможет». Эти состояния нарушают адаптацию, человек игнорирует предупреждение об опасности и необходимость соблюдения правил поведения и личной безопасности. Тягостное, зачастую невыносимое, ощущение неспособности оставаться в сложившейся ситуации, может сопровождаться паникой и неконструктивной гиперактивностью.

Под влиянием продолжающегося военного стресса, формируются посттравматическое стрессовое расстройство, которому наиболее подвержены пациенты из группы непосредственных участников боевых действий и гражданских лиц, попавших в катастрофические опасные для жизни ситуации (обстрелы, гибель близких, потеря имущества). Клиническая картина данных расстройств укладывается в классические критерии ПТСР (F43.1) и характеризуется следующими клиническими симптомами: повторным переживанием ситуации, следствием которой явилась травма; реминисценциями, кошмарными сновидениями, эмоциональной притупленностью, отсутствием реакции на семейные проблемы и отношения с близкими, чувством безрадостности, бессонницей, тревогой, депрессивными расстройствами, выраженными дисфункциями вегетативной

нервной системы (симпатикотонией). Нередко в клинической картине депрессий имеют место суицидальные мысли.

Вышеописанные клинические феномены в практике врача психиатра-нарколога, значительно утяжеляются употреблением алкоголя с целью самолечения, нивелирования, облегчения симптоматики. Также мы наблюдаем утяжеление клинической картины у лиц, страдающих синдромом зависимости от алкоголя, что связано с личностной хрупкостью данной группы пациентов. Зачастую алкоголь бывает недостаточно для самотерапии и данная группа пациентов потенцирует действия алкоголя другими ПАВ, преимущественно, каннабиноидами, седативными и снотворными. По нашим наблюдениям в группе пациентов – участников боевых действий, практически в 100% случаев, органическая боевая травма коморбидна с психической боевой травмой.

По нашему мнению, лечение таких пациентов требует применения модифицированных, комплексных психотерапевтических подходов и лекарственных схем и данная тема требует дальнейших научно-практических разработок.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДОМИНИРУЮЩЕЙ МОТИВАЦИИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Климанова С.Г., Березина А.А., Трусова А.В., Рыбакова К.В., Крупицкий Е.М.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
СПбГУ

Санкт-Петербург

*THE RELATIONSHIP BETWEEN PREDOMINANT DRINKING MOTIVES AND
PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS WITH ALCOHOL USE
DISORDER*

Klimanova SG., Berezina AA., Trusova AV, Rybakova KV, Krupitsky EM

Введение. Алкогольная зависимость — это хроническое рецидивирующее заболевание, основными симптомами которого являются выраженное влечение к употреблению и трудности контроля приема алкоголя наряду с повышенной толерантностью и развитием синдрома отмены, что приводит к превалированию аддиктивного поведения и дезадаптации в различных областях психосоциального функционирования. При этом нарушение мотивационной сферы является одним из центральных клинических характеристик аддиктивных расстройств. В рамках развивающихся в настоящее время нейробиологических моделей зависимости, было предложено рассматривать доминирующую мотивацию употребления алкоголя как основу для оценки фенотипа пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и определения мишеней интервенции. Однако, последующие исследования взаимосвязи доминирующей мотивации употребления и клинических проявлений зависимости были ограничены, т.к. проводились на неклинических выборках, имели противоречивые результаты, и не учитывали связь мотивации к употреблению с механизмами саморегуляции.

Целью данного исследования является изучение взаимосвязи клинико-психологических характеристик и доминирующей мотивации употребления у пациентов с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 76 пациентов (50 мужчин (65.79%), средний возраст 42.25 ± 9.36 лет ($M \pm SD$), средняя продолжительность заболевания $8.00 [4.00; 14.00]$ лет ($Med [Q1; Q3]$) с синдромом зависимости от

алкоголя (F10.2 согласно классификации МКБ-10). Набор участников исследования проводился на базе отделения терапии стационарных больных с аддиктивными расстройствами в ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

В исследовании были использованы следующие методики: Клиническое интервью, разработанное участниками исследования, Шкала употребления алкоголя как вознаграждения, облегчения состояния и привычки (UCLA RRHDS), Пенсильванская шкала влечения к алкоголю, Шкала обсессивно-компульсивного употребления алкоголя, Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Шкала ангедонии Снайта-Гамильтона, Опросник Карвера-Уайта, и Опросник когнитивно-эмоциональной регуляции.

Для анализа взаимосвязи между показателями мотивации и клинико-психологическими характеристиками использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Для сравнения групп – дисперсионный анализ, тест Крускалла-Уоллиса, или Хи-квадрат в зависимости от типа данных. Для попарного сравнения использовался тест Манн-Уитни.

Результаты.

Испытуемые были разделены на три группы в зависимости от выбранной ими доминирующей мотивации употребления. Участники Группы 1 обозначили в качестве основной мотивации употребления алкоголя «Вознаграждение» (алкоголь употребляется для получения или усиления приятных ощущений (n=12, 11 (91.67%) мужчин, средний возраст 43.73 ± 7.90 (M \pm SD) лет, средняя продолжительность заболевания 10.00 ± 6.09 лет). Для участников Группы 2 основной мотивацией являлось «Облегчение состояния» (снижение негативных переживаний) (n=28, 16 (60.96%) мужчин, средний возраст 39.61 ± 8.13 лет, средняя продолжительность заболевания 8.18 ± 6.18 лет). Участники Группы 3 «Привычка» отметили, что алкоголь употребляется без каких-либо ожиданий, как привычка (n=8, 6 (85.71%) мужчин, средний возраст 50.71 ± 12.31 лет, средняя продолжительность заболевания 11.71 ± 5.74 лет). По сравнению с Группой 3, участники Группы 2 были значимо моложе (p=0.012).

Также были межгрупповые различия были выявлены по показателям когнитивно-эмоциональной и поведенческой регуляции. Участники Группы 3 значимо реже сообщали об использовании стратегий «Перефокусировка на планировании» и «Позитивная переоценка» по сравнению с участниками Группы 1 (p=0.007 и p=0.008, соответственно) и Группы 2 (p=0.005 и p=0.001, соответственно). Участники Группы 1 отметили более высокую чувствительность к награде (по шкале Карвера-Уайта) по сравнению с объединенной выборкой участников Групп 2 и 3 (p=0.034). Уровень мотивации употребления алкоголя как привычки был значимо взаимосвязан с выраженностью симптомов депрессии (r=0.265, p=0.036), тревоги (r=0.313, p=0.014) и с силой торможения поведения (r=-0.389, p=0.002). Уровень мотивации употребления алкоголя как облегчения состояния значимо позитивно коррелировал с выраженностью симптомов депрессии (r=0.335, p=0.007). Также значимая взаимосвязь была выявлена между возрастом участников и уровнем мотивации употребления алкоголя как вознаграждения (r=0.254, p=0.042) и как привычки (r=0.265, r=0.035). 29 участников (37.6% всей выборки) затруднились выбрать превалирующую мотивацию. Было отмечено, что участники с «неопределенной мотивацией» имели более высокий уровень тревоги по сравнению с Группой 1 (p=0.006), более высокий уровень депрессии по сравнению с Группой 1 (p=0.005) и Группой 2 (p=0.026), и более низкий уровень оценки состояния собственного здоровья по сравнению с Группой 1 (p=0.003). Участники данной группы также отметили, что значимо реже используют стратегию «Позитивная переоценка» по сравнению с Группой 1 (p=0.008) и Группой 2 (p<0.001), но чаще используют

стратегию «Перефокусировка на планировании» по сравнению с Группой 3 ($p=0.046$). Обсуждение и выводы.

Результаты данного исследования показали, что доминирующая мотивация употребления алкоголя значимо была взаимосвязана с эмоциональным состоянием участников, а также с характеристиками когнитивно-эмоциональной регуляции и поведенческой системы активации-торможения. Однако, в отличие от предыдущих исследований, взаимосвязь с клиническими характеристиками синдрома зависимости (например, уровень влечения к алкоголю или средняя толерантность на момент исследования) установлена не была. Можно предположить, что это противоречивость полученных результатов объясняется более выраженной формой злоупотребления алкоголем и прогрессированием алкогольной зависимости у участников данного исследования. При этом, данные исследования подтвердили отмеченную в других работах взаимосвязь между показателями эмоционального функционирования и системы активации-торможения с преобладающей мотивацией употребления алкоголя. Участники с мотивацией употребления алкоголя как привычки имели более высокие показатели эмоциональной дезадаптации, реже прибегали к использованию некоторых адаптивных стратегий эмоциональной регуляции, а также имели сниженные показатели торможения поведения. Полученные результаты требуют дальнейшего изучения, но можно предположить, что группа с доминирующей мотивацией Привычки имеет более выраженные показатели эмоциональной дезадаптации, а также дефицитарность исполнительных функций, возможно, в силу возраста или прогрессирования заболевания, что препятствует развитию и использованию более эффективных стратегий саморегуляции. Участники с преобладающей мотивацией употребления алкоголя как вознаграждения отметили более высокую чувствительность к награде в системе активации поведения. Таким образом, было для данной группы употребление алкоголя может быть связано не только с ожиданием повышения настроения, повышением самооценки и т.д., но и с их большей чувствительностью к награде, что вероятно, обусловлено нейрофизиологически. Данное исследование имеет ряд ограничений, прежде всего небольшой размер выборки. Дальнейшие направления изучения мотивации употребления алкоголя могут включать разработку, а также адаптацию и валидизацию на русскоязычной выборке дифференцированных методов оценки мотивации употребления, а также более детальное изучение взаимосвязи употребления алкоголя и механизмов эмоциональной регуляции на психологическом и нейрофизиологическом уровнях.

ИЗУЧЕНИЕ АНТИАДДИКТИВНЫХ И АНАЛЬГЕТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ МИМЕТИКОВ BDNF НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ МОДЕЛЯХ СИНДРОМА ОТМЕНЫ ОПИАТОВ И БОЛИ.

Константинопольский М.А., Чернякова И.В., Колик Л.Г.

ФГБНУ "НИИ фармакологии имени В.В.Закусова"

Москва

*AN EXPERIMENTAL STUDY OF ADDICTIVE AND ANALGESIC PROPERTIES OF LOW-
MOLECULAR BDNF MIMETICS ON OPIATES WITHDRAWAL AND PAIN MODELS*

Konstantinopolsky M.A., Chernyakova I.V., Kolik L.G.

Нейротрофический фактор мозга, BDNF, относится к семейству нейротрофинов, которые обеспечивают выживаемость и функционирование периферических и центральных нейронов, их синаптическую пластичность и внутриклеточные сигнальные процессы (Costa R.O. и соавт., 2021). Нарушение нейрохимической

активности BDNF в ЦНС является существенным фактором патогенеза нейродегенеративных и психических нарушений (Lima Giacobbo B., и соавт. 2019) в том числе, депрессии (Li W., и соавт., 2022) ряда неврологических заболеваний, частности, болезни Альцгеймера (Wang Z. H. И соавт.,2019) и формирования состояния зависимости от таких наркотических агентов, как психостимуляторы или опиаты (Kaуа-Акуүзлү D., и соавт., 2022). Важным аспектом действия BDNF в ЦНС является реализация механизмов боли разной модальности, в частности, периферической нейропатической боли, хронических болевых синдромов, развитие состояний гипералгезии и/или аллодинии (Khan N, Smith MT, 2015, López-Pérez A.E., и соавт., 2018). Короткие пептиды, миметики BDNF, могут представлять значительный интерес в аспекте разработки новых соединений, обладающих основными позитивными свойствами BDNF, но лишенных его негативных эффектов (Гудашева Т.А., Тарасюк А.В., и соавт., 2012; Тарасюк А.В., Гудашева Т.А. и соавт., 2014). Цель исследования. Настоящее исследование было посвящено изучению группы структурных миметиков нейротрофинов, разработанных на основе дипептидов, представлявших собой короткие фрагменты отдельных участков молекулы BDNF. Изучали следующие дипептиды: ГСБ-106, фрагмент 4-й петли BDNF; ГТС-201, фрагмент 2-й пели BDNF; ГСБ-214, фрагмент 1-й петли BDNF. Все дипептиды были разработаны и получены для изучения в отделе медицинской химии ФГБНУ «НИИ Фармакологии имени В.В. Закусова» (рук. отдела, д.б.н., член-корр. РАН, Гудашева Т.А.). Планировалось их применение для устранения или снижения выраженности показателей физической зависимости от опиатов, включая изучение их активность в отношении поведения животных, направленного на поиск наркотика в тесте «предпочтения места» (аналог «craving behaviour»), а также изучение анальгетической активности данных соединений. В доступной литературе отсутствуют данные о применении в клинической практике средства, созданные на основе нейротрофинов, для купирования или профилактики состояния зависимости от опиатов.

Методы исследования. Эксперименты были проведены на 120 беспородных белых крысах-самцах массой 240-260 г, полученных из Центрального питомника лабораторных животных «Столбовая» Московской области. Исследования на животных были одобрены Биоэтической Комиссией ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова». В течение 3-4 дней, предшествующих эксперименту, проводили процедуру «хендлинга». Крыс помещали в экспериментальную комнату с естественной сменой освещенности за 1 сутки до начала эксперимента, температура воздуха в помещении поддерживалась в пределах $23 \pm 1,0^{\circ}\text{C}$. В каждой экспериментальной группе было 8-10 особей. Для регистрации порогов болевой реакции использовали тест «отдергивания хвоста» («tail flick») при термическом воздействии инфракрасного излучателя мощностью 36 усл.ед. и стандартный тест «горячей пластины» («hot plate», $54,0 \pm 0,1^{\circ}\text{C}$). Регистрировали латентный период (в секундах) переносимости животными теплового ноцицептивного воздействия, используя анальгезиметры «Ugo Basile», Италия. Тактильную плантарную чувствительность животных оценивали в тесте «von Frey test», используя стандартный набор филаментов «Ugo Basile», тактильные пороги выражали в граммах/ед поверхности. Аддиктивный потенциал исследуемых веществ оценивали с помощью процедуры оценки «условнорефлекторного предпочтения места» (CPP-тест, San-Diego Instr.USA) при хроническом, в течение 6 дней, или однократном введении веществ – морфина гидрохлорида и дипептидов, используя для этого камеру с 3-мя отсеками, помещение животных в определенный отсек камеры «подкреплялось» введением изучаемого вещества. Для оценки влияния исследуемых пептидов на выраженность проявлений физической зависимости от

морфина, его вводили животным в/бр., в соответствии с стандартной схемой в течение 5 дней, в возрастающих дозах, синдром отмены (СО) морфина оценивали в тесте «открытое поле» (open field test) после провокации реакций отмены посредством введения антагониста опиатов налоксона (1 мг/кг); поведенческие признаки отмены регистрировали через 15 мин после введения налоксона. Суммарный индекс СО морфина для каждой группы крыс рассчитывали на основании регистрации 16-18 поведенческих показателей и усреднения полученных данных для каждой группы животных (Константинопольский М.А., Чернякова И.В., 2011). В тестах оценки болевой чувствительности у крыс оценивали взаимодействие исследуемых пептидов с антагонистом опиатных рецепторов, налтрексоном (0,1 и 1,0 мг/кг) и морфином, вводимым системно в анальгетической дозе 2,0 мг/кг. Для статистического анализа результатов использовали тесты ANOVA, descriptive statistics и Mann-Whitney-U-test., результаты считались значимыми при значениях $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Заметные изменения болевых порогов в сравнении с контрольной группой регистрировали уже через 30 мин после введения миметика BDNF пептида ГСБ-106: повышение болевых порогов на 39,7% ($P < 0.05$) при введении пептида в дозе 0,1 мг/кг в тесте «tail flick» и на 35,2% ($P < 0.001$) в тесте «hot plate» при дозе пептида 1,0 мг/кг (рис.1.). Через 60 мин в тесте «tail flick» болевые пороги были повышены значительно, на 48,1% (0,1 мг/кг, $P < 0.001$), и соответственно, на 44,9% (1,0 мг/кг, $P < 0.001$) в тесте «hot plate». ГСБ-106 обладал наиболее выраженным анальгетическим действием через 24 часа после введения при оценке эффекта в тесте «tail flick» - исследуемый пептид в дозе 0,1 мг/кг повышал болевые пороги на 50,3 % ($p < 0,001$) в сравнении с контрольной группой и на 59,4% ($p < 0,001$) относительно исходного уровня порогов в группе; однако, в тесте «hot plate» подъем порогов составил лишь 23,6 % (1.0 мг/кг, $p < 0,01$) относительно значений в контрольной группе (рис.1). Важно отметить, что налтресон 0,1 мг/кг практически полностью блокировал эффект пептида ГСБ-106 в тестах «tail flick» и «hot plate» через 24 часа после введения пептида, соответствующие показатели, показывающие снижение порогов, отмечены как 141,8 и 104,7% в тесте «tail flick», а также 127,9 и 90,4% в тесте «hot plate», $P < 0,01$. В тесте «tail flick» ГСБ-106, в дозах 0.1-1.0 мг/кг, через 30 мин после введения, снижал величину анальгезии, вызванной морфином, с уровня 188,4 %, относительно исходных значений, до 108 %, и 126,6%, в дозах 0.1 и 1.0 мг/кг соответственно, или на 79,7 и 61,8%. Через 1 ч после введения пептида были получены сходные результаты: уровень анальгезии, вызванной морфином, составил 183,6%; на фоне предварительного введения ГСБ-106 (0,1 мг/кг) болевые пороги снизились до уровня 90,1%. Эффект отмечали только в тесте «tail flick». Пептид ГСБ-106 существенно снижал выраженность СО морфина при 1-кратном или хроническом введении, соответственно, на 45,6 и 55,2%, ($p < 0.01$). В тесте CPP было показано, что к 14 дню эксперимента ГСБ-106, в дозе 0,1 мг/кг, заметно снижал подкрепляющий эффект морфина с уровня 285,7 до 27,2 сек, $p < 0,05$. При изучении пептида ГТС-201, миметика 2-й петли BDNF, было показана его способность снижать выраженность отдельных признаков зависимости, но СИ СО морфина не изменялся значимо. Дипептид ГСБ-214 в дозе 1,0 мг/кг эффективно снижал СИ СО морфина, в среднем на 42,0%, что было сопоставимо с эффектами ГСБ-106.

Заключение. Миметик BDNF дипептид ГСБ-106 следует признать наиболее перспективным соединением среди изученных нами, что допускает его дальнейшее продвижение в качестве средства коррекции состояний зависимости от опиатов и родственных им веществ.

ВЛИЯНИЕ НООПЕПТА НА СОДЕРЖАНИЕ НЕЙРОМЕДИАТОРНЫХ АМИНОКИСЛОТ В ГИППОКАМПЕ У ИНТАКТНЫХ И АЛКОГОЛИЗИРОВАННЫХ КРЫС ПРИ ОДНОКРАТНОМ ВВЕДЕНИИ

Коньков В. Г., Умрюхин А. Е., Кудрин В. С., Колик Л. Г.

ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова»

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России

Москва

EFFECT OF NOOPEPT ON THE CONTENT OF NEUROMEDIATOR AMINO ACIDS IN THE HIPPOCAMPUS OF INTACT AND ALCOHOLIZED RATS AFTER A SINGLE INJECTION

Konkov V.G., Umruhin A.E., Kudrin V.S., Kolik L.G.

Алкоголь является одним из самых употребляемых психоактивных веществ. Известно, что его злоупотребление вызывает нейротоксические повреждения различных структур мозга нарушая когнитивные функции. Гиппокамп, который является ключевой структурой для когнитивных функций, часто является одним из наиболее уязвимых участков мозга для воздействия алкоголя.

Ноопепт применяющийся в клинической практике как ноотропное средство представляет интерес из-за оказания мнемоторного эффекта на синаптические структуры в гиппокампе (Островская Р. У. и Гудашева Т. А., 2021). Метод микродиализа позволяет установить изменения содержания нейромедиаторных аминокислот в локальных участках головного мозга прижизненно в динамике сразу после введения препарата, что позволяет более точно оценивать его влияние. Целью данного исследования является изучение влияния препарата ноопепта на содержание нейромедиаторных аминокислот в гиппокампе с помощью метода микродиализа.

Материалы и методы. Опыты выполнены на 10 беспородных крысах-самцах, 5 животным был предоставлен доступ к 10% раствору этанола в качестве единственного источника питья в течение 30 недель с последующей 7-дневной алкогольной депривацией. Животные были разделены на следующие группы: «Интактные» (n=5) - крысы, не имевшие доступа к этанолу; «Этанол» (n=5) – крысы, потреблявшие этанол. После 7-дневной алкогольной депривации проводили операции по вживлению микродиализных зондов в дорсальный гиппокамп. Операции проводили под наркозом при введении золетила и ксилазина. Координаты дорсального гиппокампа, следующие: AP=4,6 мм, Lat=2,5 мм, Vent= 4,6 мм от брегмы. Использовали самодельные U-shaped зонды с размером пор 20 кД. Время сбора каждого диализата составляло 20 мин.

Схема эксперимента включала в себя последовательный сбор 16 диализатов. Первые три диализата собирали у крыс в исходном состоянии. Значения веществ в трёх первых диализатах характеризовали исходный уровень содержания нейромедиаторов. В начале сбора четвёртого диализата животным вводили ноопепт 1,5 мг/кг, в/б, после чего осуществляли сбор оставшихся диализатов.

После окончания опытов крыс декапитировали, извлекали головной мозг и замораживали в жидком азоте для последующего изготовления гистологических срезов с целью проверки положения микродиализных зондов в дорсальном гиппокампе. Срезы изготавливали на замораживающем криотоме. Толщина срезов составляла 20 мкм. Срезы окрашивали крезил-виолетом.

Определение содержания тормозных (ГАМК, глицин, таурин) и возбуждающих (аспартат, глутамат) нейромедиаторных аминокислот в диализатах проводили методом ВЭЖХ/ФД. Регистрацию продуктов разделения осуществляли на хроматографе с аналитической колонкой Nupersil ODS (4,6 x 250 мм, 5 мкм) и с

флуоресцентным детектором Agilent 1100 (США) (длина волны возбуждения — 230 нм, длина волны испускания — 392 нм). Подвижная фаза для определения нейромедиаторных аминокислот состояла из 0,06 М $\text{NaH}_2\text{PO}_4 \cdot \text{H}_2\text{O}$, 0,0032 М Na_2HPO_4 , 0,025 мМ ЭДТА, и 1,24 мМ CH_3OH , pH=5,6. Скорость подвижной фазы составляла 1.0 мл/мин. Регистрацию образцов проводили с применением аппаратно-программного комплекса Agilent ChemStation v.B.04.02.

Статистическую обработку полученных результатов проводили в GraphPad Prism 8.0 (GraphPad Software, Inc. USA) и-критерия Манна-Уитни, дисперсионного анализа (ANOVA) planned comparison с последующим множественным анализом Ньюмена-Кейлса. Нормальное распределение определялось методом Шапиро-Уилка и Колмогоров-Смирнова. Критический уровень значимости $\alpha = 0.05$. Данные представлены в виде $M \pm \text{SEM}$: M – средние значения, SEM – стандартная ошибка среднего.

Результаты и обсуждение. При исследовании изменения содержания аминокислот обнаружено, что ноопепт через 20 минут после в/б введения повышал уровень АСП в 2.38 раз ($p=0,022966$), ГЛУ в 2.28 раз ($p=0,020947$), ГЛИ в 3.13 раз ($p=0,003748$) у интактных животных. У крыс группы «Этанол», подвергнутых хронической алкоголизации, уровень АСП был ниже в 3.6 раз ($p=0,029759$) и уровень ГЛИ был ниже в 4.93 ($p=0,047222$) через 20 минут после введения препарата по сравнению с интактными крысами.

По-видимому, при хронической алкоголизации снижается функциональная активность возбуждающих нейромедиаторных систем, с чем может быть связано отсутствие изменения содержания аминокислот в гиппокампе после введения ноопепта (Зиновьева О.Е. и соавт., 2019).

Выводы. Таким образом ноопепт при остром введении оказывал влияние на содержание нейромедиаторных аминокислот только у интактных, но не у алкоголизированных крыс. Это может объясняться нарушением нормального функционирования нейронов вследствие алкогольного воздействия. Возможно, необходимо субхроническое или хроническое введение ноопепта для обнаружения изменений содержания аминокислот в гиппокампе, благодаря постепенному восстановлению нейрохимических процессов.

СРАВНЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРКОМАНИИ В ДИНАМИКЕ ЗА 20 ЛЕТ В МОСКВЕ И РОССИИ

Кошкин Е.А., Смирновская М.С, Кошкина Е.А.

ГБУЗ МНПЦ НАРКОЛОГИИ ДЗМ

Москва

COMPARISON OF THE PREVALENCE OF DRUG ADDICTION IN DYNAMICS FOR 20 YEARS IN MOSCOW AND RUSSIA

Koshkin E.A., Smirnovskaya M.S., Koshkina E.A.

Цель исследования. Анализ и оценка первичной и общей заболеваемости наркоманией, в России и Москве за период 2001-2021г.г.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ статистической документации о распространенности наркомании за 20 лет.

Результаты и их обсуждение.

В России с 2002 г. отмечалась тенденция к уменьшению обращаемости больных с впервые установленным диагнозом «синдром зависимости от наркотиков», эта тенденция сохранялась на протяжении всего исследуемого периода. Число впервые обратившихся больных наркоманией в России в 2021 г. составило 9,5 на 100 т.н. что на 78,1% меньше по сравнению с 2001 г. (43,4 на 100 тыс.нас.). Показатель общей

заболеваемости наркоманией также снижался и в 2021 г. составил 155,5 на 100 тыс. нас., снизившись за 20 лет на 32,8% (231,3 на 100 тыс. нас в 2001 г.).

В Москве первичная заболеваемость наркоманией за 20 лет снизилась на 72,7% составив 2021 г. 9,1 на 100 тыс. нас (33,3. на 100 тыс. нас в 2001). Общая заболеваемость снизилась на 25,5% и к 2021 г. составила 176,8 на 100 тыс.(237,2 на 100 тыс. нас. в 2001 г.). В Москве. за исследуемый период наблюдались неоднозначные тенденции в отношении первичной и общей заболеваемости наркоманией. Показатели то увеличивались, по сравнению с предыдущим годом, то уменьшались. Лишь после 2014г. установилась стойкая тенденция на снижение показателей первичной, и с 2010г. общей заболеваемости наркоманией, которые достигли в 2021г. соответственно 9,1 и 176,8 на 100 тыс. нас. При сравнении показателей первичной заболеваемости можно отметить, что к 2021 году в Москве и в России показатели достигли одного уровня. Показатель общей заболеваемости наркоманией в Москве в 2021 превышал уровень показателя в России на 12%. В структуре потребляемых наркотиков в России за исследуемый период произошли следующие изменения: количество потребителей опиоидов снизилось с 89,8% до 50,9% т.е. на 38,9 процентных пункта (ПП). Потребление других видов наркотиков увеличилось: более чем в 8 раз потребителей других наркотиков и их сочетаний (с 3,4% до 28%); в 2 раза и более потребителей каннабиноидов (с 5% до 11,7%), более чем в 5 раз психостимуляторов (с 1,8% до 9,5%). В структуре потребляемых наркотиков в Москве наиболее выраженные изменения произошли также в отношении опиоидов, доля которых в общей структуре потребляемых наркотиков снизилась на 36,8 ПП (с 88,5% до 51,7%), в то время как доля потребителей других наркотиков и их сочетаний увеличилось более чем в 7 раз (с 5,1% до 39,2%). Незначительно увеличилось количество потребителей каннабиноидов (с 1,7% до 3,5%) и психостимуляторов (с 4,7% до 5,5%). В отношении структуры потребляемых наркотиков, среди лиц обратившихся за наркологической помощью в Москве и в России наблюдаются схожие, но не идентичные тенденции. В обоих регионах заметно снизилось количество потребителей опиоидов. Если в 2001 г. подавляющий контингент составляли потребители опиоидов, то к 2021 г. данные больные составляют только половину обратившихся за помощью в наркологическую службу. В противоположность этому, наиболее значительно увеличилось число лиц, употребляющих несколько ПАВ одновременно. В России в 2021 г. их оказалось около 28%, а в Москве около 39%. Так же в России заметно увеличилось количество потребителей как каннабиноидов, так и психостимуляторов. Таким образом, в среднем их совокупный вклад в структуру наркомании составил пятую часть всех потребителей наркотиков. В столице же данные контингенты больных увеличились не столь значительно, в совокупности не достигая и десятой части в структуре потребителей наркотиков.

Выводы.

В целом, за весь исследуемый период можно отметить выраженное снижение как первичной заболеваемости наркоманией, так и общего количества больных, зарегистрированных с данным диагнозом, что справедливо и для России, и для Москвы.

Можно считать, что причинами уменьшения обращаемости населения за лечением в наркологическую службу по поводу потребления наркотических ПАВ являются:

- низкая обращаемость населения за наркологической помощью в государственные наркологические организации России и особенно Москвы в значительной степени обусловлена наличием большого числа негосударственных организаций, оказывающих услуги в сфере болезней зависимости. Такие структуры гарантируют больным сохранение конфиденциальности и анонимности, что не влечет за собой

негативных социальных последствий (стигматизации) и, безусловно, является преимуществом при выборе учреждения для получения лечения.

- появления на рынке сбыта большого количества т.н. «дизайнерских» наркотиков, действие которых не всегда вызывает потребность в наркологической помощи в связи с более мягким протеканием абстинентного синдрома по сравнению с превалирующими в 2001 г. опиоидами.

**РЕЗИДУАЛЬНЫЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА С ПОЗДНИМ
(ОТСТАВЛЕННЫМ) ДЕБЮТОМ ПО ТИПУ «ФЛЭШБЭК» (F15.70 ПО МКБ-10)
НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ**

Марков А.В., Курасов Е.С., Шамрей В.К.

ООО «АВА-ПЕТЕР»,

Военно-медицинская академия

Санкт-Петербург

*RESIDUAL PSYCHOTIC DISORDERS WITH LATE (DELAYED) A "FLASHBACK" TYPE
DEBUT (F15.70H ACCORDING TO ICD-10) AT THE STAGE OF REMISSION
FORMATION IN CONSUMERS OF SYNTHETIC CATHINONES*

Markov A.V., Kurasov E.S., Shamrey V.K.

В Российской Федерации в последнее десятилетие отмечаются изменения в структуре потребляемых ПАВ: резкое сокращение потребления опиоидов и рост потребления синтетических наркотиков, преимущественно за счет синтетических катинонов (Шамрей В.К. и соавт., 2022). Одновременно с этим отмечается рост психотических расстройств в среде наркозависимых, в том числе и с отставленным дебютом, то есть, когда ПАВ уже выведено из организма (Шайдеггер Ю.М. и соавт., 2022). В литературе имеются данные, что данные расстройства развиваются как при эпизодическом приеме, так и при систематическом, преимущественно на фоне употреблении галлюциногенов, но также описаны случаи, когда они провоцируются приемом каннабиноидов (в том числе синтетических), диссоциативных веществ, психостимуляторов и др. (Martinotti G. et al, 2018). При этом, если феноменология данных расстройств у потребителей галлюциногенов описана достаточно емко, то таковым расстройствам у потребителей синтетических катинонов посвящено сравнительно мало публикаций.

Цель исследования. Изучить клинико-психопатологические особенности и частоту возникновения психотических расстройств с поздним (отставленным) дебютом по типу «Флэшбэк», вызванных приемом синтетических катинонов, на этапе становления ремиссии.

Материалы и методы. В исследование было включено 146 пациентов, находившихся на реабилитации в связи с приемом синтетических катинонов (далее СК). Все пациенты, набранные методом сплошного скрининга, были разделены на две группы: 1-ю группу исследования составили 109 пациентов с зависимостью от СК, 2-ю – 37 пациентов, эпизодически принимавших СК (без признаков зависимости).

Критериями включения в исследование являлись: срок ремиссии от 3-х недель до 6 месяцев, способность пациентов понимать и выполнять условия исследования, согласие пациента на исследование в письменной форме. Для пациентов 1-й группы допускался прием СК за 6 месяцев до поступления на реабилитацию. Критериями исключения являлись: наличие сопутствующих тяжелых соматических и неврологических заболеваний, психических расстройств.

Основной метод исследования – клинико-психопатологический.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программных пакетов «Microsoft Excel 2010» и «STATISTICA 10.0 for Windows». Для сравнения количественных показателей применяли U-критерий Манна-Уитни, а номинальных признаков – точный критерий Фишера.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов в 1-й группе составил $29,5 \pm 6,9$ года, во 2-й – $28,7 \pm 6,2$ года ($p > 0,05$). Половой состав обеих групп характеризовался преобладанием лиц мужского пола: в 1-й группе их было – 76,3 %, во 2-й – 71,4 % ($p > 0,05$). Средний срок трезвости у пациентов из 1-й группы – $10,1 \pm 6,0$ недель, из второй – $8,9 \pm 5,4$ ($p > 0,05$).

Данные расстройства были выявлены нами у 28 (25,7%) пациентов основной группы и у 3 (8,1%) пациентов с эпизодическим приемом, ($p = 0,03$). Представлены они были нарушениями визуального восприятия, а у 2-х пациентов (1,8%) основной группы наряду с визуальными нарушениями отмечены и нарушения звукового восприятия. У пациентов с эпизодическим приемом СК нарушений в слуховом восприятии выявлено не было.

Визуальные нарушения описывались пациентами в виде: «воздушного пара», «снежинок», «узоров в воздухе», «движущейся звезды», «плавления стекла», «вспышек света», «прозрачных червяков», «струй воздуха», «как помех на телевизоре», «появление бугристости и шероховатости на ровных, гладких поверхностях» и тд. Также пациенты отмечали измененное цвето- и световосприятие: повышенная яркость некоторых предметов или источников света, наличие вокруг них световых «нимбов» или шлейфов, если источник света двигался. Слуховые нарушения: «шум от проезжающей рядом машины», «шум дождя», «мышинный писк».

Все вышеперечисленные нарушения возникали, как под действием каких-то провоцирующих внешних факторов (стресс, физические нагрузки), так и спонтанно, без видимых внешних причин, преимущественно в темное время суток, при отходе ко сну. Длительность их составляла от секунд до нескольких минут, а соответствовали они тем ощущениям, которые пациенты испытывали во время интоксикации СК, но в редуцированном виде. Сопровождались они выраженной тревогой, вплоть до панической атаки. Выявлялись данные нарушения в ходе клиничко-психопатологического обследования, не являлись основной причиной для обращения за помощью и не были связаны с патологией ЦНС. При этом у всех пациентов присутствовало критическое отношение к этим симптомам (пациенты понимали, что эти расстройства связаны с приемом ПАВ в анамнезе). В большинстве случаев данные расстройства не оказывали значимого влияния на социальную адаптацию, за исключением 2-х случаев (1,8%) из группы пациентов с систематическим приемом. У них данные симптомы появлялись на ежедневной основе, сопровождалась тревогой, страхом, жалобами и снижением социального функционирования.

Сроки ремиссии, на которых были выявлены «флэшбэки»: от 3-х недель до 6-ти месяцев, то есть отмечались на всей продолжительности этапа становления ремиссии.

Выводы. По результатам исследования оказалось, что такие, ранее редко встречавшиеся, резидуальные и отсроченные психотические расстройства с поздним (отставленным) дебютом по типу «Флэшбэк» (F15.70 по МКБ-10) отмечались в группе пациентов с систематическим приемом СК в 25,7% случаев ($n=28$), а в группе пациентов с эпизодическим – 8,1% случаев ($n=3$). Различия между группами оказались статистически значимыми ($p = 0,03$), то есть можно предположить, что переход с эпизодического приема СК на систематический ведет к увеличению частоты таких расстройств.

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ИЗМЕНЕННЫХ СОСТОЯНИЙ СОЗНАНИЯ, ИНИЦИИРОВАННЫХ ПСИХОАКТИВНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ.

Михайлов М.А.

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

Москва

*A CONCEPTUAL MODEL OF ALTERED STATES OF CONSCIOUSNESS INITIATED BY
PSYCHOACTIVE ACTIONS.*

Mikhaylov M.A.

Несмотря на то, что в МКБ-10 расстройства, вызванные зависимостью от психоактивных действий (ПАД) представлены ограниченно (в раздел F 63 включены лишь гемблинг, пиромания, kleptomания и трихотилломания), в соответствующей литературе описано большое число самых разнообразных поведенческих аддикций: сексуальная, любовная, компьютерная, работо- и шопоголизм, аддикция отношений, «спортивные аддикции» и др. Симптоматика спортивных аддикций, связанных с экстремальными видами спорта, представлена особенно ярко и отчетливо. Она характеризуется «жаждой острых ощущений» и сопряжена с реальным риском для жизни (Brymer E., Schweitzer R., 2013; Chukhrova M.G., Pronin S.V., Fil T.A. et.al., 2020). Именно поэтому, в качестве модели зависимости от ПАД мы выбрали альпинизм и скалолазание.

Клинико-психопатологические исследования измененных состояний сознания (ИСС), вызванных ПАД, обнаружили практически полное совпадение симптоматики подобных состояний с симптоматикой ИСС, вызванных ПАВ (Брюн Е.А., Михайлов М.А., Автономов Д.А., 2020; Михайлов М.А., 2019, 2022). Это явилось предпосылкой для проведения специального исследования, посвященного созданию концептуальной модели ИСС, вызванных ПАД.

Цель исследования: разработка концептуальной модели ИСС, инициированных ПАД, как клинико-психопатологической и медико-психологической основы формирования и развития болезней зависимости.

Материал и методы: Объектом, обсервационного, кросс-секционного, феноменологического, гипотезогенерирующего, выборочного исследования являлась психопатологическая симптоматика, укладывающаяся в рамки ИСС, возникавших на пике экстремальных психических переживаний в ключевых точках альпинистских или скалолазных маршрутов у 420 спортсменов мужчин из клуба СКА МВО №13 и спортивного клуба альпинистов им. А.С. Демченко в период с 1989 по 2019г.г. Квалификация по альпинизму - не ниже кандидата в мастера спорта, по скалолазанию - не ниже I разряда.

На первом этапе исследования в качестве основного использовался метод феноменологической реконструкции психопатологических событий для качественно-количественной оценки их структуры и динамики в состоянии ИСС (Михайлов М.А., 2015), на втором этапе – использовался статистический метод путевого анализа (Bentler P.M., Bonnett D.G., 1980; Hoyle R.H., Panter A.T., 1995).

Результаты и их обсуждение: Создание концептуальной модели ИСС, инициированных ПАД, предполагает поэтапное определение последовательности появления психопатологической симптоматики, учет взаимодействия и взаимовлияния психических феноменов из телесной, аффективной и идеаторной сфер друг на друга, наличие триггерных точек процесса. Патокинетический стереотип ИСС, вызванных ПАД, представлен двенадцатью этапами и четырьмя последовательными уровнями, которые мы по аналогии со стереотипом развития ИСС, вызванных ПАВ, обозначили как уровни дезинтеграции психики. Нарастание

психопатологической симптоматики в телесной, аффективной и идеаторной сферах в кульминационной точке состояния сопоставимо с психотическим регистром нарушения психической деятельности в случае психической патологии. Здесь запускается мгновенный процесс индивидуального смыслообразования, приводящий к кардинальной модификации поведения и изменению индивидуального жизненного сценария.

Анализ регрессионных нагрузок (путевых коэффициентов) показал, что самый большой вклад в выявленной модели вносят «Этап инициальных проявлений расстройств общего чувства» ($P_{1,2}=1,7$ при $p<0,01$), «Этап парциального нарушения сознания» ($P_{6,9}=1,92$ при $p<0,01$) и «Этап выраженных проявлений смешанного аффекта» ($P_{8,10}=1,8$ при $p<0,01$) и «Этап парциального нарушения сознания» ($P_{6,9}=1,8$ при $p<0,01$), «Поведение, соответствующее новому индивидуальному смыслу» ($P_{11,12}=1,83$ при $p<0,01$). Таким образом, в ходе проведения путевого анализа было выявлено и статистически доказано существование 4 триггеров, которые вносят самый большой вклад в данную модель, т.е., имеют самые большие путевые (регрессионные) коэффициенты.

Для доказательства 4 уровней дезинтеграции результаты путевого анализа рассматривались с точки зрения декомпозиции влияния.

Проведенные вычисления показали, что с каждым выделенным уровнем дезинтеграции идет накопление и увеличение непрямого влияния на формирование последующих уровней дезинтеграции, при этом все накопленные коэффициенты влияния имеют высокую значимость ($p<0,01$), так как все путевые веса, полученные в ходе анализа, являются статистически значимыми ($p<0,01$). Так, накопленное влияние на I уровне дезинтеграции составляет 3,45 ($p<0,01$), на II уровне этот показатель значительно увеличивается и достигает 4,19 ($p<0,01$), на III уровне дезинтеграции данное накопленное влияние составляет уже 6,51 ($p<0,01$), а на IV уровне дезинтеграции данное накопленное влияние составляет уже 6,9 ($p<0,01$). Таким образом, в результате движения патологического процесса от I-го до IV-го уровня дезинтеграции интенсивность негативных изменений, сопряженных с актуализацией ПВ возрастает почти в 2 раза (6,9 против 3,45).

Также было исследовано и каузальное влияние (TCE или Total Causal Effect) для каждой выделенной сферы (телесной, аффективной и идеаторной), которое позволяет рассчитать степень влияния отдельных элементов системы друг на друга и систему в целом и, таким образом, определить вектор движения патологического процесса. В ходе проведенных вычислений было выявлено, что каузальное влияние телесной сферы составляет 7,55 ($p<0,01$); для аффективной сферы каузальное влияние составило уже 9,75 ($p<0,01$), а для идеаторной сферы – 12,09 ($p<0,01$). Подсчет каузального влияния каждой выделенной сферы показал, что изменения происходят не только в вертикальной плоскости модели, накапливая влияние от I к IV уровню дезинтеграции, но и накопление влияния прослеживается от телесной к идеаторной сфере, изменяясь в горизонтальной плоскости модели.

Созданная концептуальная модель была оценена по принятым в структурном анализе критериям согласия. На хорошее соответствие модели указывают χ^2 для заданного числа степеней свободы - $CMIN/(df) < 2$. В предложенной модели он - 1,31; Критерий согласия - GFI, критерий согласия с поправкой на ненормальность распределения - NNFI, инкриментный критерий согласия - IFI и сравнительный критерий согласия - CFI, должны находиться в пределах от 0 до 1. Чем ближе эти параметры к 1, тем лучше соответствие модели. В нашей модели они составляют 0,9; 0,92, 0,88; 0,93 соответственно. Одним из лучших индексов пригодности модели считается квадратный корень среднеквадратической ошибки аппроксимации – RMSEA ($RMSEA \leq 0,06$ указывает на высокое соответствие модели). Значение этого

наиболее значимого критерия в нашей модели составляет 0,04. Это очень низкий показатель, что позволяет говорить о высоко достоверном соответствии модели (Bentler P.M., Bonnett D.G., 1980; Hoyle R.H., Panter A.T., 1995).

Выводы: Полученные данные о структуре и динамике ИСС, инициированных ПАД, показали высокую достоверность созданной концептуальной модели ($p=0,025$). Модель может существовать именно с таким количеством этапов и с такой последовательностью влияний, которое было предложено. Любое изменение, либо направления влияния, либо уменьшение или увеличение переменных, или этапов, приводит к снижению ее достоверности ($p>0,05$)

ТРУДОВАЯ ИЛИ ВЫНУЖДЕННАЯ МИГРАЦИЯ? АНАЛИЗ РАБОТЫ МИГРАЦИОННОЙ ОБСТАНОВКИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2021-2022 ГГ.

Мысливцева А.В., Малышко Е.В.

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области
"Наркологический диспансер"

Ростов-на-Дону

*LABOR OR FORCED MIGRATION? ANALYSIS OF THE MIGRATION SITUATION IN
THE ROSTOV REGION IN 2021-2022*

Myslivtseva A.V., Malyshko E.V.

Актуальность исследования. Трудовая миграция в Россию является очень востребованным направлением. Данное направление развито еще со времен прекращения существования СССР. Открытие границ и свобода передвижения активизировали процессы международной миграции в те года. Главными странами по чистому притоку мигрантов (приехало больше, чем уехало) в Россию были постсоветские государства: Казахстан, Узбекистан, Таджикистан, Армения, Грузия, Азербайджан, Украина и другие республики. Данная миграция была, в основном, трудовой, но в 2022 году ситуация изменилась и увеличилось количество вынужденной миграции. Это произошло за счет военных событий на Украине, что вызвало массовый приток лиц, ищущих убежище в России. Вынужденная миграция в отличии от трудовой миграции отличается значительными изменениями в эмоционально-аффективной сфере мигрантов.

Цель исследования: анализ эмоционально-аффективной сферы вынужденных мигрантов в связи с их переездом в Россию. Изучить связь особенности эмоционального реагирования в условиях стрессовой ситуации.

Материалы и методы: аналитическое исследование проводилось на базе государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Наркологический диспансер» (далее ГБУ РО «НД») в миграционном центре за 2021-2022гг. Проводился ретроспективный анализ карт медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства, а также результатов химико-токсикологических исследований. Химико-токсикологическое исследование (далее ХТИ) проводилось с помощью предварительного иммунохроматографического метода и при положительном анализе, подтвержденного методом хроматомасс-спектрометрии в ХТЛ ГБУ РО «НД». В исследовании приняли участие 60459 мигрантов, которые проходили медицинское освидетельствование на получение патента, регистрации временной прописки и вид на жительство в 2021-2022гг. Для оценки эмоционально-аффективной сферы у граждан Украины применялся опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий (Котенев И. О., 1996 г.), а также клинический метод опроса в период с 24.02.22г. по 31.12.22 г. На исследование согласились не все граждане Украины, а только 3215 человек. В исследование включались лица старше 18 лет.

Результаты исследования: В 2021г было 21333 освидетельствований мигрантов, из них 1099 граждан Украины (5,1%). В 2022 году было 39126 мигрантов, из них 6535 граждан Украины (16,7%). Среди проведенных ХТИ в 2021 году были выявлены наркотические вещества у 75 мигрантов, из них у 12 граждан Украины (16%). В 2022 году были выявлены наркотические вещества у 147 мигрантов, из них 27 граждан Украины (18,3%).

С помощью опросника травматического стресса удалось выявить что у 1973 граждан Украины отмечались высокие показатели разных шкал: сверхбдительность у 148 граждан Украины (4,6%), преувеличенное реагирование (склонность подчеркивать тяжесть своего состояния) у 320 граждан Украины (9,9%), притупленность эмоций у 124 граждан Украины (3,8%), агрессивность у 562 граждан Украины (17,4%), нарушение памяти и концентрации внимания у 129 граждан Украины (4%), депрессия у 1023 граждан Украины (31,8%), общая тревожность у 763 граждан Украины (23,7%), приступы ярости у 63 граждан Украины (1,9%), злоупотребление наркотическими и лекарственными веществами у 50 граждан Украины (1,5%), непрошенные воспоминания и галлюцинаторные переживания у 12 граждан Украины (0,3%), проблемы со сном у 862 граждан Украины (26,8%), «вина выжившего» у 139 граждан Украины (4,3%), оптимизм у 932 граждан Украины (28,9%).

Высокие показатели шкал наблюдались у 1973 граждан Украины (61,4%), у остальных 1242 граждан Украины (38,6%) показатели шкал не выходили за рамки нормы. Данные опросника у большинства граждан Украины подтвердились клиническим методом опроса и сбора жалоб. Всем гражданам Украины была предложена психологическая помощь в рамках благотворительного проекта ГБУ РО НД «Счастливые люди», в которую входит консультация психиатра и психолога.

Выводы:

1. В 2022 году увеличивается рост мигрантов на территории Ростовской области. В 2021 году 21333 мигранта, а в 2022 году 39126 мигрантов. Данное увеличение идет за счет граждан Украины. В 2021г было 1099 граждан Украины (5,1%), а в 2022 году было 6535 граждан Украины (16,7%).
2. В 2022 году увеличивается показатель выявления наркотических веществ у мигрантов. В 2021 году были выявлены наркотические вещества у 75 мигрантов, из них у 12 граждан Украины (16%), а в 2022 году у 147 мигрантов, из них 27 граждан Украины (18,3%).
3. При оценке эмоционально-аффективной сферы были выявлены высокие показатели по шкалам опросника у 1973 граждан Украины (61,4%), у остальных 1242 граждан Украины (38,6%) показатели шкал не выходили за рамки нормы. В наибольшем проценте увеличение было по следующим шкалам: депрессии (31,8%), тревожность (23,7%), проблемы со сном (26,8%), агрессивность (17,4%). Данные опросника подтвердились клиническими данными.
4. Всем иностранным гражданам, кто подвергается вынужденной миграции, рекомендовано оценивать эмоционально-аффективную сферу уже на этапе миграционной службы. При выявлении патологических процессов рекомендовано оказание психологической помощи иностранным гражданам.

**«АЛКОГОЛЬНАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ» СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ
ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ГРУПП У БОЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЯ ОБЩЕЙ
КАРДИОЛОГИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.**

Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Колгашкин А.Ю., Петухов А.Е.

ГБУЗ Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ

Москва

*"ALCOHOL BURDEN" IN DIFFERENT DIAGNOSTIC GROUPS IN CARDIAC
DEPARTMENT INPATIENTS*

Nadezhdin A.V., Tetenova E.Yu., Kolgashkin A.Yu., Petukhov A.E.

Общая нагрузка на общественное здравоохранение и социальную сферу, связанная с употреблением алкоголя, неприемлемо высока. В 2016 году употребление алкоголя привело к 3 миллионам смертей (5,3% всех смертей) во всем мире и 132,6 миллионам лет жизни с поправкой на инвалидность или DALYs (5,1% всех DALY). Смертность от употребления алкоголя выше, чем от таких болезней, как туберкулез, ВИЧ/СПИД и диабет. В 2016 году около 2,3 миллиона смертей и 106,5 миллиона DALY среди мужчин во всем мире были связаны с употреблением алкоголя. Для женщин эти цифры составили 0,7 миллиона и 26,1 миллиона соответственно. Во всем мире в 2016 г. алкоголь был причиной 7,2% всех преждевременных смертей (у лиц в возрасте 69 лет и младше). Алкоголь непропорционально сильно повлиял на молодых людей; 13,5% всех смертей среди 20–39-летних в 2016 г. были связаны с алкоголем (Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. First draft, WHO. 2021).

Потребление алкоголя влияет на многие аспекты сердечно-сосудистой системы, оказывая как вредное, так и защитное воздействие. К ним относятся следующие: повышенный риск гипертонии (при всех уровнях потребления для мужчин и при более высоких уровнях потребления для женщин); повышенный риск нарушений, вызванных аномалиями генерации и нарушениями электрических сигналов, координирующих сердечный ритм (т.е. нарушения проводимости и другие аритмии); повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний, таких как инсульт, вызванный закупоркой сосудов головного мозга (т.е. ишемический инсульт) (при большем объеме потребления) или разрывом сосудов (т.е. геморрагический инсульт); развитие алкогольной кардиомиопатии и защитные эффекты (при более низких уровнях потребления) от гипертонии у женщин и от ишемической болезни сердца и ишемического инсульта как у мужчин, так и у женщин.

К кардиологическому заболеванию полностью обусловленным потреблением алкоголя относится алкогольная кардиомиопатия (I42.6) и частично обусловленным – болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (I11 – I13), ишемическая болезнь сердца (I20-I25) и атеросклероз (I70) (Rehm et al., 2003a, 2009; Shield, 2014).

В этой связи нам представляется важным изучить алкоголь-ассоциированные состояния, встречающиеся в отделении общей кардиологии крупного многопрофильного стационарного лечебного учреждения, оказывающего помощь больным соответствующего профиля, за исключением острых инфарктов миокарда и тяжелых нарушений ритма, требующих неотложной помощи.

Исследование проводилось в ГБУЗ Городская клиническая больница № 68 им. В.П. Демикова Департамента здравоохранения г. Москвы среди неотложно госпитализированных больных с соматическими заболеваниями в отделениях общей неврологии, общей терапии, пульмонологии, и общей кардиологии. Срок проведения – с ноября 2016 года по декабрь 2017. Принять участие предлагалось всем пациентам в возрасте ≥ 18 лет, госпитализированным по неотложным

показаниям (доставлены службой скорой медицинской помощи или самостоятельно обратились в приемное отделение). Критерием исключения являлись: 1) нежелание или неспособность дать информированное согласие на проведение исследования; 2) неспособность эффективно объясняться на русском языке; 3) тяжесть состояния больного, препятствующая продуктивному контакту с исследователем; 4) перевод в другое лечебное учреждение или отделение по неотложным показаниям; 5) плановая госпитализация. После получения письменного информированного согласия пациентом заполнялась анкета, в том числе содержащая вопросы скринингового теста AUDIT-4 об употреблении алкоголя. Взятые у пациентов анализы крови исследовались, в том числе на фосфатидилэтанол (PEth). PEth представляется наиболее объективным и точным методом диагностики злоупотребления алкоголем и мониторинга стабильности ремиссии (Hill-Kaputurczak et al., 2018; Finanger et al., 2014). Показатель не зависит от других факторов, таких как ожирение, пол, возраст и заболевания печени. Концентрации PEth $\geq 0,3$ $\mu\text{M/l}$ были определены как положительные и свидетельствующие о чрезмерном употреблении алкоголя. Группа пациентов, госпитализированных в отделение общей кардиологии, составила 169 человек, 167 пациентам, находившихся на момент нашего обследования в кардиологическом отделении, была оказана медицинская помощь по профилю «кардиология» и выставлен соответствующий диагноз, 2 – по результатам обследования был поставлен иной диагноз. На основании диагноза все больные были разделены на 5 групп: «Иная патология (I80; N11.8)» (пациенты с диагнозами не кардиологического профиля); «Другая кардиологическая патология (I26.9; Q24.9)» (пациенты с диагнозами из различных диагностических рубрик); «Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (I.10; I11; I11.9)»; «Ишемическая болезнь сердца (I20; I20.8; I21.0; I21.1; I25.1; I25.2; I25.5)»; «Другие болезни сердца (I48; I49.4; I50.0; I50.1)».

Гендерное распределение было следующим: 56,2% мужчин и 43,8% женщин. Больше всего пациентов было в возрастных группах 41-60 лет – 45,6%, 61-70 – 43,8% и ≥ 71 год – 8,9%, меньше всего в возрастной группе 18-40 лет – 1,8%.

Сведения, характеризующие употребление алкоголя пациентами кардиологического отделения представлены таким образом: 44,6% пациентов, отвечая на вопросы теста AUDIT-4, сообщили, что они не употребляли алкоголь в течение последних 12 месяцев, не набрав не одного балла. Употребляли алкоголь с вредными последствиями (cut-off AUDIT-4 ≥ 5 для женщин и ≥ 7 для мужчин) 17,9%. Оценка уровня употребления алкоголя посредством теста AUDIT- QF (cut-off ≥ 4 для женщин и ≥ 5 для мужчин) дала несколько меньшее количество лиц, употребляющих с вредными последствиями – 12,5%. Показатели PEth в периферической крови 0,3 мкмоль/л и более отмечены у 13,6% пациентов кардиологического профиля, что свидетельствует о чрезмерном употреблении алкоголя. При госпитализации 5,3% сообщили о факте употребления алкоголя в течение суток, предшествующих госпитализации.

Наибольшее количество лиц, злоупотребляющих алкоголем (PEth $\geq 0,3$ $\mu\text{M/l}$) было среди диагностической группы «Другие болезни сердца (I48; I49.4; I50.0; I50.1)» – 21,8%, затем среди больных группы «Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (I.10; I11; I11.9)» – 6,3% и группы «Ишемическая болезнь сердца (I20; I20.8; I21.0; I21.1; I25.1; I25.2; I25.5)» – 4,8%. В группах «Иная патология (I80; N11.8)» и «Другая кардиологическая патология (I26.9; Q24.9)» по результатам определения PEth пациентов злоупотребляющих алкоголем не было, но так как эти группы были весьма немногочисленны (по 2 пациента) они не рассматриваются нами для формулирования выводов

В результате проведенного исследования нами были сделаны следующие выводы. Среди экстренно госпитализированных больных отделения общей кардиологии около 14% злоупотребляют алкоголем с вредными последствиями на основании использование теста AUDIT-4 давало более высокий уровень лиц злоупотребляющих алкоголем (около 18%), чем при применении прямого маркера употребления алкоголя фосфатидилэтанола (Peth), что объясняется различной протяженностью тестируемого временного отрезка. Более низкий процент лиц злоупотребляющих алкоголем по результатам применения теста AUDIT-QF по всей видимости связан с его более низкой чувствительностью.

Среди больных из диагностической групп «Другие болезни сердца» и «Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, было самое большое количество лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, что делает их привлекательной «мишенью» для проведения антиалкогольных интервенций среди пациентов отделений не интервенциональной кардиологии.

МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ С АКТУАЛЬНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ПО ПРОФИЛЮ «ПСИХИАТРИЯ-НАРКОЛОГИЯ»

Надеждин С.А., Тетенова Е.Ю., Колгашкин А.Ю., Федоров М.В.,

Надеждин А.В., Кучеров Ю.Н.

ГБУЗ Научно-практический центр наркологии ДЗМ

Москва

MOBILE APPLICATIONS WITH UP-TO-DATE CLINICAL RECOMMENDATIONS FOR ADDICTION DOCTORS

Nadezhdin S.A., Tetenova E.YU., Kolgashkin A.YU., Fedorov M.V., Nadezhdin A.V., Kucherov YU.N.

Цель исследования – на основе сформулированных ранее принципов разработки тематических программных продуктов для врачей создать блок мобильных приложений, содержащих действующие клинические рекомендации по специальности «психиатрия-наркология».

Методы. Рабочая группа в составе разработчика Android-приложений, дизайнера, научных сотрудников ГБУЗ «МНПЦ наркологии» ДЗМ, являющихся авторами клинических рекомендаций.

Описание приложения. Мобильные приложения реализованы на платформе, состоящей из двух частей: основы, созданной с использованием Vue.js – специализированного программного обеспечения, WebPack, и специфичной для каждой платформы имплементации. Правильное отображение контентной части приложения на всех устройствах, независимо от размера дисплея обеспечивается универсальностью Web-технологий. WebPack совместно с полифилами (кодами, реализующими функциональность, не поддерживаемую в некоторых версиях веб-браузеров) позволили в более старых, но более стабильных версиях программной платформы NodeJS использовать новый, еще не поддерживаемый функционал, такой как регулярные выражения (формальный язык поиска и осуществления манипуляций с подстроками в тексте, основанный на использовании метасимволов). Принятое технологическое решение позволило разработать приложения практически независимо от платформ, на которых они будут использоваться, а также обойти необходимость реализации всех приложений отдельно для каждой платформы. При обновлении, исправлении и добавлении нового функционала требуется производить модификации только Web части, за исключением функционала, связанного с доступом к ресурсам. Новые версии приложений

автоматически собираются для всех указанных платформ. Финальная версия приложений также состоит из двух частей: Web версии и варианта имплементации для конкретной платформы.

Таким образом, данное решение позволило максимально уменьшить объем разработки под специфичные платформы, а также значительно упростить дальнейшее обслуживание, обновление и дистрибьюцию приложений.

Функционал приложений. Созданные приложения предназначены для врачей психиатров-наркологов, психиатров, анестезиологов-реаниматологов, а также врачей клиничко-экспертных отделов. Их отличают интуитивно понятные названия, созданные на основе кодов соответствующих состояний в МКБ-10, а также единое стилевое решение с интуитивно понятным дизайном. Освоив одно из приложений, врач без каких-либо затруднений или дополнительной адаптации может пользоваться всеми программными продуктами серии. В настоящее время для загрузки в магазине цифрового контента Google Play доступны следующие приложения: «F10.4», «F1X.5», «F10.6». Наряду с полным текстом клинических рекомендаций приложения также содержат критерии качества оказания медицинской помощи, необходимые алгоритмы и психометрические шкалы.

Структурно приложения состоят из трех основных разделов: «Клинические рекомендации», «Записи и интерактивные шкалы» и «О программе».

Материалы клинических рекомендаций представлены в компактной, удобной для восприятия форме, адаптированной для эффективного восприятия текста на экране смартфона или планшета. Так, достаточно объемные по содержанию комментарии к текстам рекомендаций представлены в «свернутом» виде и становятся доступны при нажатии на соответствующий элемент интерфейса. Сокращения и библиографические ссылки реализованы во всплывающем формате, при котором при клике на соответствующий элемент автоматически появляется поясняющий текст. Приложения не собирают и не передают данные третьим лицам. Разделы для персональных записей о пациентах содержат специальное предупреждение о том, что программное обеспечение приложений не предусматривает обеспечения сохранности персональных данных.

Приложения могут работать как на мобильных устройствах, так и на стационарных компьютере. При создании приложения использовался открытый исходный код.

Уникальность и ценность этих программных продуктов заключается в междисциплинарном подходе к их реализации, позволившем впервые в нашей стране создать продукт, выполненный на стыке таких дисциплин как организация здравоохранения, психиатрия-наркология и программный инжиниринг.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРА ВОЗРАСТА НА КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН

Ненастьева А.Ю.

ГБУЗ "МНПЦ наркологии ДЗМ"

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Москва

*INFLUENCE OF THE AGE FACTOR ON THE CLINICAL AND DYNAMIC
CHARACTERISTICS OF ALCOHOL DEPENDENCE IN WOMEN*

Nenasteva A.Yu.

Проблема зависимости от алкоголя (АЗ) в позднем возрасте обусловлена увеличением в популяции пожилых лиц. Прогрессирующий процесс старения населения ведет к нарастанию как относительной доли, так и абсолютного количества злоупотребляющих алкоголем пожилых лиц в популяции. В последние

годы наркологическая заболеваемость среди пожилых людей растет быстрее, чем в более молодых возрастных группах. Следствиями этого являются: потеря способности к выполнению повседневных дел, изоляция, депрессия, одиночество, что определяет специфику и особенности медицинской и социальной помощи в данной демографической группе. В возрастной группе старше 60 лет 50% мужчин и 38% женщин сообщают, что в течение года ежедневно потребляли спиртные напитки. Количество женщин, употребляющих алкоголь, за последние 10 лет возросло более чем на 80%. Имеющиеся исследования по данной проблематике зачастую отражает специфику наркологической патологии у мужчин, редко учитывая клинико-динамические особенности АЗ у женщин.

Целью исследования стало изучение влияния возрастного фактора на клинико-динамические особенности АЗ у женщин. В задачи исследования входило межгрупповое сравнение женщин, у которых синдром отмены алкоголя (СОА), как стержневой синдром средней стадии АЗ, сформировался до 55 лет, с теми, у кого СОА возник позже. Группы подверглись сравнительному анализу по социально-демографическим характеристикам, клинико-динамическим особенностям АЗ, сопутствующей соматоневрологической и психической патологии. В основную группу вошли 50 женщин, у которых формирование ААС произошло в возрасте старше 55 лет, в контрольную – 50 женщин, у которых СОА возник до 55 лет. Группы формировались по принципу простой случайной выборки. Методы исследования: клинико-anamnestический, клинический, клинико-психопатологический и статистический.

Результаты исследования. На момент проведения исследования группы не различались между собой по возрасту, уровню образования, наследственной отягощенности наркологической и психиатрической патологией. Межгрупповые различия по давности заболевания ($21,8 \pm 9,2$ года, против $7,0 \pm 6,3$ лет, $p \leq 0,001$) были обусловлены целью исследования. Анализ трудовой деятельности показал, что основная была заметно сохраннее в плане занятости: вдвое больше пациенток продолжали работать (34,0% в основной и 14,0% в контрольной, $p \leq 0,01$), а уволенных в пенсионном периоде было меньше приблизительно в 15 раз (6,1% в основной и 93,9% в контрольной, $p \leq 0,001$). Для сопоставления клинико-динамических характеристик АЗ оценивался темп формирования этапов болезни внутри каждой из групп. В обеих группах показатели темпа формирования заболевания не различались. Большая давность АЗ обусловила и высокий процент пациенток с конечной стадией (12,0%) в контрольной группе, в сравнении с основной, где конечная стадия не диагностировалась. Среднее время формирования начальной стадии зависимости занимало: в контрольной группе $4,4 \pm 3,1$ года, в основной – $5,2 \pm 4,4$ лет ($p = 0,174$), среднее время формирования средней стадии от возраста возникновения патологического влечения к алкоголю (ПВА) – $3,5 \pm 3,1$ года против $3,0 \pm 2,9$ лет, соответственно ($p = 0,271$). Соотношение больных с разным темпом прогрессивности АЗ в наркологическом толковании у женщин в обеих группах также был одинаков: более чем у половины пациенток СОА формировался в срок до 7 лет от начала систематического злоупотребления алкоголем. Внутригрупповой корреляционный анализ между отдельными клинико-динамическими характеристиками АЗ показал, что в основной группе возраст начала злоупотребления алкоголем сильнее отрицательно коррелировал с длительностью формирования ПВА ($\rho = -0,810$ против $\rho = -0,503$ в контрольной): более старший возраст ускорял становление АЗ. Такая же обратная корреляционная связь имела место между возрастом становления начальной стадии болезни и длительностью формирования СОА: с возрастом формирование ПВА и дальнейшее синдромообразование ускорялось ($\rho = -0,706$ в основной против $\rho = -0,510$ в

контрольной группе). Полученные результаты говорят о тенденции к ускорению темпов развития заболевания с наступлением под влиянием фактора возраста, чем старше возраст начала злоупотребления алкоголем, тем быстрее развиваются симптомы АЗ. Однако, скорость развития основных синдромов заболевания не рассматривалась как облигатный признак тяжести или злокачественности зависимости. Межгрупповые различия в суточной переносимости алкоголя на этапах систематического злоупотребления алкоголем, в период «плато» толерантности и на момент обследования среди больных со средней стадией обнаружены не были. Структура эмоциональных эффектов опьянения в группах различалась: в основной в 5,3 раза чаще встречалась эйфория в чистом виде, в контрольной – в 4,7 раза чаще опьянение сопровождалось дисфорией (раздражительность, конфликтность), что свидетельствовало о формировании измененных форм опьянения в результате длительного токсического воздействия алкоголя и накопления органических изменений в головном мозге. Контрольная группа также опережала основную по выраженности алкогольно-токсических эффектов на ЦНС: достоверно чаще отмечены обратимые неврологические нарушения (тремор рук, мелкокоразмашистый горизонтальный нистагм, девиация языка; 20% против 2%, $p=0,008$), нарушения координационных проб (18% против 0%, $p=0,003$); значительно преобладала диагностированная специалистами неврологами энцефалопатия (26% против 4,0%, $p=0,004$). В пользу меньшей тяжести АЗ в основной группе свидетельствует достоверное преобладание более легких форм амнезий опьянения (палимпсесты 72% в основной против 36% контрольной; тотальные: 28% против 64%, соответственно; $p\leq 0,001$) и длительность ААС ($4,0\pm 1,0$ в основной, против $5,0\pm 1,0$ в контрольной; $p\leq 0,001$). Достоверно чаще ($p\leq 0,001$) пациентки контрольной группы обращались за лечением в наркологические учреждения в сравнении с пациентками основной группы, что объяснялось большей давностью заболевания. Тем не менее, даже заметно меньший срок существования болезни у пожилых женщин в основной группе при сопоставимых с группой контроля дозах употребляемого алкоголя нанёс их физическому здоровью существенный вред: различий между группами по частоте выявляемости миокардиодистрофии, алкогольной болезни печени отсутствовали. Последнее обстоятельство может свидетельствовать об особой чувствительности возрастных пациенток к токсическим эффектам этанола. Результаты сравнения групп по особенностям психического статуса пациенток показали, что при равной доле различных эмоциональных нарушений (депрессивных, тревожных расстройств и эмоциональной лабильности) в основной группе наблюдались тенденции к большей степени критического отношения к болезни, нравственно-этической сохранности и менее формальному отношению к проводимой терапии. Достаточно высокий процент эмоциональных расстройств в обеих группах ещё раз подтверждает известный тезис об особенностях клиники «женского алкоголизма», коррекция которых является, как правило, одним из приоритетов лечебных усилий.

Обсуждение результатов. Обследование нашего контингента больных женщин не выявило значимых клинических маркеров, позволивших считать фактор возраста облигатным фактором, усугубляющим течение АЗ. Возрастной фактор не приводил к существенному патоморфозу АЗ, однако в определённой степени ускорял ее становление. В тоже время женщины старше 55 лет более чувствительны к токсическим эффектам этанола, поэтому должны рассматриваться как отдельная группа риска и являться объектом особого внимания медицинских и социальных работников.

Выводы. Для восстановления полноценного психофизического и социального функционирования наиболее важно определять фактическое состояние

психической, соматоневрологической и социальной сфер женщины в конкретный возрастной период жизни. В этом смысле женщины с поздно сформировавшейся зависимостью, в сравнении с давно болеющими, имеют лучшие терапевтические перспективы в силу большей сохранности критики к болезни и менее формальному отношению к проводимой терапии.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И ВОСПРИЯТИЯ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Нечаева А.И., Шишкова А.М., Громыко Д.И., Бочаров В.В., Илюк Р.Д.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Санкт-Петербург

INTERRELATION BETWEEN SUBJECTIVE ASSESSMENT OF MENTAL STATE AND PERCEPTION OF FAMILY RELATIONS BY RELATIVES CARING FOR PATIENTS WITH ADDICTION

Nechaeva A.I., Shishkova A.M., Gromyko D.I., Bocharov V.V., Ilyuk R.D.

Введение. наличие у одного из членов семьи как химической, так и нехимической зависимости нередко становится тяжелым испытанием для его близких, существенно снижающим качество их жизни. В настоящее время факторы, влияющие на уровень психологического дистресса родственников пациентов с аддиктивными расстройствами, остаются недостаточно изученными.

Цель работы: исследование взаимосвязи между субъективной оценкой психического состояния и восприятием семейных отношений у родственников пациентов с зависимостью от стимуляторов (РС) и близких больных зависимостью от азартных игр (РАИ).

Дизайн и объект исследования: в ходе кросс-секционного исследования в группы РС и РАИ были включены 41 и 100 человек соответственно.

Критерии включения: наличие близких родственных отношений (матери, отцы, жены) с больным зависимостью от стимуляторов (F14.2, F15.2) или азартных игр (F63.0); возраст обследуемого родственника от 18 лет; наличие добровольного согласия на участие в исследовании.

Критерии невключения: наличие у опекаемого родственником большого коморбидной психической патологии (шизофрении, эпилепсии, маниакально-депрессивного психоза, большого депрессивного расстройства); наличие у обследуемого родственника грубых психических или интеллектуальных расстройств в актуальном состоянии или в анамнезе; наличие у обследуемого родственника тяжёлых соматических, неврологических и других заболеваний в состоянии выраженной декомпенсации, препятствующих прохождению обследования.

Методы исследования: регистрационная карта, включающая основные социально-демографические и клинические характеристики обследуемых родственников и опекаемых ими больных; опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R в адаптации Н.В. Тарабриной; «Шкала семейного окружения» (ШСО) в адаптации С.Ю. Куприянова.

Методы статистической обработки: обработка данных проводилась при помощи статистического пакета SPSS ver.23. Проверка на нормальность распределения количественных показателей в каждой группе осуществлялась при помощи критерия Шапиро-Уилка. В качестве меры связи между показателями применялся коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты исследования. В группу РС были включены 4 отца, 29 матерей и 8 жён пациентов, их средний возраст составил 49,17 (SD=10,8) лет. Более половины обследованных группы РС имели высшее образование – 53,7% и работу – 78%. Средний возраст опекаемых ими больных с зависимостью от стимуляторов (82,9% - мужчины) – 28,51 (SD=6,2) лет, длительность их заболевания – 4,4 (SD=3,5) года. В группу РАИ вошли 22 отца, 49 матерей и 29 жён больных с зависимостью. Средний возраст респондентов составил 47,44 (SD=12,7) лет. Испытуемые группы РАИ преимущественно имели высшее образование – 67% и работали – 79%. Средний возраст пациентов с зависимостью от азартных игр (100% - мужчины) – 29,45 (SD=6,38) лет, их систематическое участие в азартных играх – 3,73 (SD=3,6) года.

Установлены как общие закономерности, так и ряд различий в структуре взаимосвязей исследуемых параметров у родственников пациентов с химической и нехимической зависимостью. В частности, в группе РС большинство определяемых корреляций включали показатель «Сплоченность» (ШСО). Этот параметр при $p < 0,01$ был отрицательно связан с субшкалами «Межличностная сензитивность», «Тревожность», GSI, PST, а при $p < 0,05$ – с «Депрессией», «Враждебностью», «Паранойяльными симптомами», «Психотизмом» (SCL-90R). При этом между показателями «Психотизм» (SCL-90R) и «Интеллектуально-культурная ориентация» (ШСО) установлена отрицательная корреляционная связь ($p < 0,05$). У родственников пациентов со стимуляторной зависимостью ощущение принадлежности к семье, представление о ней как о системе, члены которой помогают друг другу, выражалось тем сильнее, чем меньше у них проявлялись тревога, чувство дискомфорта при межличностном взаимодействии, депрессивные переживания и подозрительность. Выявлено также, что в группе РС показатель «Экспрессивность» (ШСО) прямо коррелировал со шкалами «Индекс наличного симптоматического дистресса» (PDSI) и «Тревожность» (SCL-90R) ($p < 0,05$). Вероятно, психомоторная ажитация, повышенная энергичность, общительность и другие проявления интоксикации стимуляторами у пациентов вызывали страх и тревогу у их родственников.

В группе РАИ множественные отрицательные связи выявлены между субшкалами SCL-90R и показателем «Сплоченность» (ШСО). Параметр «Конфликт» (ШСО) прямо коррелировал со шкалами «Обсессивно-компульсивные расстройства», «Депрессия», «Тревожность», «Паранойяльные симптомы», PDSI (SCL-90-R) при $p < 0,05$, а при $p < 0,01$ – с «Межличностной сензитивностью», «Враждебностью», «Фобической тревожностью», GSI, PST (SCL-90-R). Показатель «Организация» (ШСО) был отрицательно связан со всеми субшкалами SCL-90R ($p < 0,05$), за исключением «Соматизации» и PDSI. Более высокий уровень психологического дистресса испытывали родственники аддиктов, считавшие, что члены их семьи разобщены, склонны к гневливым реакциям, а степень определенности их семейных правил, в том числе ясности финансового планирования, являлась недостаточной. В отличие от группы РС, большая свобода в выражении членами семьи своих переживаний, отмечаемая респондентами группы РАИ, сопровождалась меньшей выраженностью у них психопатологических проявлений: показатель «Экспрессивность» (ШСО) был отрицательно связан со шкалами «Соматизация», «Межличностная сензитивность», «Депрессия», «Фобическая тревожность», GSI, PST (SCL-90-R) ($p < 0,05$). Кроме того, более активное участие членов семьи в различных видах спорта и большее значение, придаваемое ими самореализации в сферах учебы и работы, ассоциировалось с меньшей выраженностью тревожных опасений, чувства собственной неадекватности и неполноценности: регистрировались отрицательные корреляции между показателями «Ориентация на активный отдых» (ШСО) и «Межличностная сензитивность», «Паранойяльные симптомы» ($p < 0,01$), «Депрессия», «Психотизм»

(SCL-90-R) ($p < 0,05$). Показатель «Ориентация на достижения» (ШСО) был обратно связан с субшкалами «Межличностная сензитивность» и «Фобическая тревожность» (SCL-90-R) ($p < 0,05$).

Выводы. В целом результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что у родственников пациентов с аддиктивными расстройствами внутреннее восприятие психологического климата в семье связано с уровнем выраженности тревоги, депрессивных проявлений, враждебности, недоверчивости, подозрительности и т.д. При этом показатель сплоченности семьи ассоциирован с психологическим дистрессом в обеих группах, тогда как у близких пациентов с азартными играми с этим параметром также связаны конфликтность и организация. Таким образом, при проведении интервенций у родственников больных с химической и нехимической зависимостью необходимо учитывать особенности состояния их психического здоровья и восприятия семейных отношений. Особое внимание следует уделять как уменьшению психопатологических проявлений, так и повышению сплоченности семьи, упорядоченности семейной жизни.

МОТИВАЦИОННАЯ РАБОТА В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ И СОЧЕТАННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ДРУГИХ ПАВ.

Поплевченков К.Н., Агибалова Т.В., Бузик О.Ж.

ГБУЗ "Московский научно-практический центр наркологии» ДЗМ
Москва

MOTIVATIONAL WORK IN THE REHABILITATION PROGRAM FOR PATIENTS WITH ADDICTION OF PSYCHOSTIMULANTS AND COMBINED USE OF OTHER PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Poplevchenkov K.N., Agibalova T.V., Buzik O.Zh.

Цель исследования – оценка эффективности мотивационной работы, направленной на прохождение и удержание в программе реабилитации пациентов с зависимостью от психостимуляторов.

Материалы и методы. Материалом для исследования были 325 пациентов. Критерии включения: диагноз «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психостимуляторов» (F14.2; F15.2; F 19.2 (но при условии наличия зависимости от кокаина или других психостимуляторов) по МКБ-10); мужчины и женщины в возрасте от 18 до 50 лет; подписание информированного согласия на участие в исследовании. Критерии невключения: 1) эндогенная психическая патология (шизофрения, шизоаффективные психозы, биполярное расстройство, деменция, эпилепсия); 2) обострение неврологических, сердечно-сосудистых, почечных или печеночных болезней, открытая форма туберкулеза.

Методы: клинико-психопатологический, анамнестический, катamnестический, статистический. Критерием эффективности мотивационной работы было количество первичных стандартных и усиленных мотивационных интервенций, направленных на прохождение больными программы реабилитации, а также количество мотивационных интервенций, направленных на повышение приверженности пациентов программам реабилитации.

Результаты. Из больных, включенных в исследование, было сформировано 3 группы. В 1 группу вошли пациенты с зависимостью только от психостимуляторов – 74 человека (23%). Во 2 группу вошло 204 человек (63%) с сочетанной зависимостью от психостимуляторов и других ПАВ. Наиболее часто встречалось сочетанное употребление психостимуляторов и каннабиноидов (67 человек 21%), опиоидов (44

человека 14%), алкоголя (48 человек 15%) и сразу несколько ПАВ (45 человек 14%). В 3 группу вошло 47 человек (14,4%) с коморбидной психиатрической патологией. Коморбидная психиатрическая патология у больных 3 группы была установлена до формирования зависимости и была представлена шизотипическим расстройством (35 человек 74%), депрессивным эпизодом разной степени тяжести (9 человек 19%), генерализованным тревожным расстройством (3 человека 7%). У больных 1 и 2 группы коморбидная патология была представлена акцентуациями характера, в большинстве своем в виде заострения антисоциальных и в меньшей степени шизоидных личностных черт. У больных 1-ой группы акцентуации характера встречались значительно реже – 20%, преобладало заострение шизоидных черт личности, во 2-ой группе до 62% больных имели заострение антисоциальных черт личности.

Со всеми пациентами, включенными в исследование, после купирования острой симптоматики синдрома отмены, проводилась мотивационная работа, направленная на прохождение ими программы реабилитации, разработанной в КФН№1 ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ». Реабилитационная программа основана на Клинических Рекомендациях по медицинской реабилитации больных наркологического профиля (Москва, 2015) и ГОСТА по реабилитации (ГОСТ Р 54990-2012), включает в себя ряд этапов, работа по которым зависит от желания и готовности пациента, формирования у него установки на отказ от употребления ПАВ, участия родственников в лечебно-реабилитационном процессе.

С пациентами, отвечающими критериям включения и не включения в исследование, специалистами отделения медицинской реабилитации (врач психиатр-нарколог, врач психотерапевт, медицинский психолог) проводилась первичная мотивационная интервенция в виде первичной консультации и мотивационного интервью, направленная на включение пациентов в лечебно-реабилитационную программу.

Эффективность проводимых первичных мотивационных интервенций отличалась у больных по группам. Пациентам с зависимостью только от психостимуляторов требовалось меньшее количество первичных психотерапевтических сессий для включения в программу реабилитации. И наоборот, больным с сочетанной зависимостью от психостимуляторов и других ПАВ, и с коморбидной психиатрической патологией требовалось большее количество первичных мотивационных интервенций. Больным 2 и 3 групп намного чаще приходилось применять усиленную мотивационную работу (выездная и семейная мотивационная интервенции) для мотивирования их на прохождение программы реабилитации. У пациентов с сочетанной зависимостью от психостимуляторов и других ПАВ и у пациентов с коморбидной психиатрической патологией требовалось значительно чаще использовать психотерапевтические техники, направленные на работу с патологическим влечением к наркотику (ПВН) и удержанием пациента в программе реабилитации на различных ее этапах. Видимо, это связано с выраженной психопатизацией больных данных групп и более тяжелого течения зависимости.

В целом, пациенты с зависимостью только от психостимуляторов быстрее соглашались с необходимостью прохождения полного курса лечения, включающего реабилитационный этап. И наоборот, выраженная психопатизация, наличие коморбидной психиатрической патологии у больных 2 и 3 группы затрудняло преодоление анозогнозии. Это увеличивало период мотивационной работы с данными больными, направленной на необходимость прохождения реабилитационного этапа лечения, и требовало значительных усилий специалистов для удержания пациентов 2 и 3 группы в программе реабилитации. Несмотря на

активную мотивационную работу, проводимую специалистами во всех группах, больных, прервавших реабилитацию и возобновивших употребление ПАВ на фоне обострения ПВН, было больше среди пациентов 2 и 3 группы (65% и 66% соответственно), среди больных 1 группы – 15%.

Заключение. На основе анализа полученных результатов можно сделать выводы по особенностям мотивационной работы с больным с зависимостью от психостимуляторов в постабстинентном периоде.

1. У пациентов с зависимостью только от психостимуляторов, с заострением шизоидных черт личности, требуется минимальное количество стандартных и усиленных первичных мотивационных интервенций, направленных на прохождение больными реабилитационного этапа лечения и повышения приверженности программам реабилитации.

2. У пациентов с сочетанной зависимостью от психостимуляторов и других ПАВ, с максимально выраженными антисоциальными чертами в структуре личности, а также у пациентов с зависимостью от психостимуляторов и имеющих коморбидную психиатрическую патологию требуется большее количество стандартных и усиленных, первичных мотивационных интервенций, направленных на прохождение больными реабилитационного этапа лечения. У данных больных требуется значительно чаще использовать психотерапевтические техники, направленные на купирование ПВН и повышения приверженности программам реабилитации.

АЛКОГОЛЬНАЯ И ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОСТИ КАК КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Рыбакова К.В., Трусова А.В., Скурат Е.П., Березина А.А., Климанова С.Г., Крупицкий Е.М., Кибитов А.О.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
СПбГУ

Saint-Petersburg

ALCOHOL AND INTERNET ADDICTION AS A COMORBID PATHOLOGY

Rybakova K.V., Trusova A.V., Skurat E.P., Berezina A.A., Klimanova S.G., Krupitsky E.M., Kibitov A.O.

Введение. Высокая коморбидность поведенческих зависимостей и зависимости от психоактивных веществ предполагает сопоставимые этиологические механизмы их развития. Поиск общих механизмов интернет-зависимости и зависимости от алкоголя зачастую указывает на нарушения эмоциональной регуляции, например, исследования в парадигме когнитивно-поведенческой психотерапии показывают, что дефицит саморегуляции, проявляющийся в снижении контроля поведения, связанного с использованием интернета, играет центральную роль в поддержании интернет-зависимости, увеличивая предпочтение онлайн-взаимодействий, в том числе для регулирования негативных эмоций.

Цель исследования: сравнительное изучение клинических и психологических характеристик пациентов с сочетанной интернет-зависимостью (ИЗ) и зависимостью от алкоголя (АЗ) и пациентов с АЗ без признаков ИЗ.

Материалы и методы. Проведено исследование 127 пациентов с АЗ (средний возраст 29,83 (SD=3,73) года, из них 14,9% женщин. После проведения скрининга пациентов с использованием Шкалы интернет-зависимости CIAS у 15 пациентов (11,8% выборки) была выявлена ИЗ (общий балл 65 и более по Шкале CIAS), они составили группу АЗ+ИЗ, остальные пациенты (112 человек) составили группу с одним

диагнозом АЗ. Результаты. Группы не отличались по возрасту (возраст (лет) АЗ - 30,00 [28,00; 32,00] и АЗ+ИЗ - 30,00 [26,00; 32,00], $p=0,445$), по уровню образования (длительность обучения (лет) АЗ - 13,00 [11,00; 15,00] и АЗ+ИЗ - 13,00 [13,00; 15,00], $p=0,348$), доле пациентов со статусом работает/учится (АЗ+ИЗ - 53,3% и АЗ - 69,6%, $p=0,243$), замужем/женат (АЗ+ИЗ - 20% и АЗ - 19,6%, $p=0,269$). Пациенты из группы АЗ+ИЗ в сравнении с группой АЗ значимо чаще переносили в детском возрасте тяжелые инфекционные заболевания с интоксикацией и гипертермией (28,6% vs. 8,1%; $p=0,018$), для них характерен более ранний возраст получения закрытых черепно-мозговых травм (13,00 [4,50; 15,50] vs. 15,00 [10,00; 19,00]; $p=0,008$). Группы не различались по характеристикам семейной отягощенности по наркологическим и психическим заболеваниям, суицидам. Возрастные характеристики развития АЗ (первая проба алкоголя, систематическое злоупотребление и формирование синдрома отмены алкоголя (СОА)), а также частота и объемы потребления алкоголя также не различались между группами. Несмотря на отсутствие значимых различий в уровне тяжести СОА в группах сравнения, средняя длительность СОА была больше в группе АЗ (4,00 [3,00; 5,00] vs. 2,50 [1,00; 4,25]; $p=0,013$). В группе АЗ+ИЗ чаще выявлялись коморбидные депрессивные расстройства (13,3% vs. 0%; $p=0,013$). Исследование личностных особенностей пациентов выявило, что для пациентов АЗ+ИЗ характерны большая выраженность импульсивности (70,50 [67,25; 84,25] vs. 68,00 [61,00; 74,00]; $p=0,033$) и агрессивности (76,00 [61,00; 94,00] vs. 66,00 [55,00; 82,00]; $p=0,034$), более низкие уровни факторов «добросовестность» (3,50 [2,50; 5,00] vs. 5,00 [3,50; 6,00]; $p=0,012$) и «дружелюбие» (4,00 [2,50; 5,00] vs. 5,00 [4,00; 5,50]; $p=0,058$) в пятифакторной личностной модели (TIPI), что характеризует их как менее ответственных, организованных, способных к самоконтролю и менее социабельных, по сравнению с группой АЗ. Оценка черт темперамента и характера (TCI-125) выявила, что пациенты АЗ+ИЗ имели значимо более высокие показатели по шкале «поиск новизны» (15,00 [12,00; 16,00] vs. 11,00 [9,00; 13,00]; $p=0,006$), более низкие показатели по шкалам «настойчивость» (1,00 [1,00; 1,00] vs. 3,00 [1,25; 4,00]; $p=0,00$) и «трансцендентность Я» (3,00 [0,00; 6,00] vs. 6,00 [2,00; 10,00]; $p=0,016$). Пациенты АЗ+ИЗ имели большую выраженность неблагоприятного детского опыта, в частности, чаще сообщали о том, что в детстве подвергались физическому насилию (3,00 [2,00; 4,00] vs. 2,00 [2,00; 4,00]; $p=0,045$), эмоциональному пренебрежению (6,00 [4,00; 7,00] vs. 4,00 [3,00; 6,00]; $p=0,033$) и буллингу (3,00 [1,00; 3,00] vs. 1,00 [1,00; 3,00]; $p=0,039$).

Заключение. Таким образом, пациенты с сочетанным вариантом аддикции (алкогольная зависимость и зависимость от интернета) представляют собой отдельную более тяжелую категорию пациентов с существенными отличиями от пациентов с алкогольной зависимостью: большей выраженностью личностных черт аддиктивного круга (психологических факторов аддиктивного риска) и органического фона в анамнезе, более высокими частотами коморбидных депрессивных расстройств и неблагоприятного детского опыта. Необходимы дальнейшие исследования на расширенных выборках для лучшего понимания механизмов формирования коморбидности химических и поведенческих аддикций с целью разработки специальных программ профилактики и лечения.

Авторы выражают благодарность Баранок Н.В., Егорову А.Ю., Ненастьева А.Ю., Николишину А.Е., Солдаткину В.А., Чупровой Н.А., Яковлеву А.Н. за участие в проведении исследования.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СУИЦИДА И АУТОАГРЕССИИ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИМИ КАННАБИНОИДАМИ

Селиванов Г.Ю., Отмахов А.П., Блонский К.А.

СПб УГПС МЧС России

СПб ГКУЗ «ПБ Св. Николая Чудотворца»

НИИ ПЗ Томского НИМЦ

Санкт-Петербург, Томск, Нижневартовск

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SUICIDE AND AUTOAGGRESSION IN PERSONS SUFFERING FROM MENTAL DISORDERS WITH THE ABUSE OF SYNTHETIC CANNABINOIDS

Selivanov G.Yu., Otmakhov A.P., Blonsky K.A.

Введение. Одной из актуальнейших проблем современной психиатрии и наркологии являются психические расстройства коморбидные со злоупотреблением психоактивными веществами, одними из которых являются ныне популярные синтетические каннабиноиды. Актуальность разграничения таких социально резонансных состояний, как несчастный случай и суицид, возникших на фоне сочетания вышеупомянутых расстройств является бесспорно значимым, для специалистов психиатров, наркологов, психологов так и для судмедэкспертов. Исследование аутоагрессии с является актуальным, для предупреждения данных трагических феноменов.

Цель: Дифференциальная диагностика суицида и аутоагрессии у лиц, страдающих психическими расстройствами при злоупотребление синтетическими каннабиноидами.

Материалы: 217 мужчин в возрасте от 18 до 34 лет, зависимых от синтетических каннабиноидов (F12.2), на базе психиатрических учреждений Томской области (СибФНКЦ ФМБА России, Северск; НИИ ПЗ ТНИМЦ, ТКПБ, ОГАУЗ «ССМП», Томск), Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «ПНД№5», СПб ГКУЗ «ПБ Святого Николая Чудотворца»), Нижневартовска (ГБУ ХМАО-Югры «Нижневартовской психоневрологической больницы») и Ноябрьска (ГБУ ЯНАО «Ноябрьский ПНД», Российская Федерация). Выявлено 116 – больных с расстройствами личности, F60.xx–F62.xx, 101 – больных параноидной шизофренией, F20.xx.

Методы: катамнестический, клинико-психопатологический, статистический (SPSS Statistics Base 22.0, Python 3.11.0).

Результаты: Выделены варианты аутоагрессии в зависимости от состояния, вызванного наркотиками (F12.2): А) в эпизоды экстаза (F60.xx–F62.xx (n=70); F20.xx (n=73)) обусловленные: 1. галлюцинациями (F60.xx–F62.xx (n=34), F20.xx (n=30)), 2. бредом (F60.xx–F62.xx (n=17), F20.xx (n=20)), 3. делирием (F60.xx–F62.xx (n=19), F20.xx (n=23)); В) в эпизоды ремиссий (F60.xx–F62.xx (n=46); F20.xx (n=28)) обусловленные: 1. депрессивной симптоматикой (F60.xx–F62.xx (n=40), F20.xx (n=23)), 2. дисфориями (F60.xx–F62.xx (n=6), F20.xx (n=5)).

Выводы: злоупотребление наркотиками, может инициировать аутоагрессию преимущественно у лиц с расстройством личности и в меньшей степени у больных шизофренией. К истинным суицидам у наркопотребителей относятся исключительно эпизоды с депрессивной симптоматикой, отличающиеся от несчастного случая такими чертами, как: симптомы злоупотребления наркотиками, астено-депрессивная симптоматика развившаяся в течении недели на фоне отмены наркотика, навязчивые кумулятивными мысли о суициде провоцирующими рост тревоги (протопатической и эпикритической) и расстройства сна (расстройства

засыпания и частые пробуждения), социальная изоляция в течении трех суток, эпизоды суицида в анамнезе за период ≤ 1 года.

ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В МОСКВЕ В 2020-2022 ГГ.

Смирнов А.В., Петухов А.Е., Кошкина Е.А., Егоров В.Ф., Ненастьева А.Ю.

ГБУЗ "МНПЦ наркологии" ДЗМ

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Москва

*INDICATORS FOR THE IDENTIFICATION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN
MOSCOW IN 2020-2022*

Smirnov A.V., Petuhov A.E., Koshkina E.A., Egorov V.F., Nenasteva A.Yu.

Для объективного отражения потребления наркотических средств (НС), психотропных веществ (ПВ) и иных психоактивных веществ (ПАВ) в Российской Федерации широко используются химико-токсикологические исследования (ХТИ). Мониторинг по результатам ХТИ позволяет оперативно выявлять возникающие негативные тенденции развития наркоситуации и своевременно вырабатывать предложения по ее улучшению. Результаты проведенных ХТИ используются в планировании и осуществлении профилактических мероприятий, направленных на упреждение негативных последствий наркотических заболеваний.

Целью настоящего исследования явилось изучение тенденций потребления НС, ПВ и ПАВ в Москве. В задачи исследования входил сравнительный анализ данных, характеризующих выявляемость различных ПАВ в Москве в течение последних 3-х лет. Материалы и методы. В соответствии с целью исследования были проанализированы результаты 57568 положительных проб на разные виды ПАВ выявленных по результатам ХТИ в Москве в 2020-2022 гг. Отбор проб для исследования проводился у лиц, направленных на прохождение медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического и иного токсического); у пациентов, проходивших лечение в токсикологических центрах и отделениях многопрофильных стационаров по поводу отравления ПАВ; у пациентов наркотических стационаров, проходивших лечение по поводу зависимости от ПАВ; у лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и направленных на ХТИ по результатам социально-психологического тестирования; у лиц, употребление ПАВ у которых было выявлено сотрудниками учреждений социальной защиты населения. Все ХТИ биологических объектов проводились с использованием как минимум двух независимых методов анализа. При проведении предварительных (скрининговых) исследований использовались иммунохимические методы с регистрацией и количественной оценкой результатов. Для подтверждающих исследований применялись методы: газовой хроматографии с тандемным масс-селективным детектированием и высокоэффективной жидкостной тандемной хромато-масс-спектрометрии.

Результаты исследования. В течение последних лет в Москве отмечены следующие общие тенденции нелегального потребления ПАВ: ежегодно сокращается потребление опиатов (героина), но стабильно увеличивается потребление новых ПАВ из числа синтетических катинонов - преимущественно альфа-пирролидиновалерофенона (α -PVP) и мефедрона. Другие катиноны (MDPV, 4-метилэтилкатинон, 4-метилкатинон и новый α -PHP (альфа-пирролидиногексифенон)) редко встречаются в г. Москве и в целом по России. Синтетические катиноны в 2022 году остаются вторыми по выявляемости среди всех НС, ПВ и ПАВ, так и «лидерами» по приросту потребления за последние 3 года,

составившему 44,3%: с 4341 до 6262 положительных проб. В 2022 г в г. Москве был обнаружен новый синтетический катинон – клефедрон (4-хлорметкатинон), 4 положительные пробы. Случаи выявления данного наркотика зафиксированы также и в некоторых регионах России. Значительное количество случаев обнаружений синтетических катинонов приходится на пациентов, поступающих в отделения реанимации и интенсивной терапии.

НС каннабиноидной группы в 2022 году стали «лидерами» по частоте выявляемости, хотя их доля в общем количестве положительных проб на ПАВ за последние 3 года существенно не изменилась. Синтетические каннабиноиды в 2022 г в Москве выявлены не были. Тем не менее, ПАВ этой группы все еще распространены в некоторых регионах, в частности в Сибирском ФО: в Красноярске – 140, в Омске – 95, Новосибирске – 56 случаев обнаружения. Обнаружение в биопробах барбитуратов, метадона и кокаина в последние годы существенно не меняется. Однако в 2022 году эти группы веществ стали выявляться чаще на 10%, это связано с общим увеличением количеств биопроб, поступивших на ХТИ. В 2022 году количество случаев обнаружения иных наркотиков, которые относятся к категории труднообнаруживаемых, не превысило 1% среди общего количества положительных проб. Так, ЛСД обнаружен в 25 пробах (в 2020 г. – в 44), дизайнерские галлюциногены, производные NBOMe в 1 (в 2020 г. – в 9), гаммабутиролактон в 361 (в 2020 г. – в 551), псилоцин в 8 (в 2020 г. – в 6). Все вышеперечисленные ПАВ не определяются предварительными тестами, их идентификация возможна только с применением подтверждающих методов ХТИ. В 2022 г. в ХТЛ Референс-центра МНПЦН впервые была отработана новая уникальная методика обнаружения мускарина – основного алколоида мухоморов. Было выявлено 6 положительных проб, полученных от подростков, доставленных в токсикологическую реанимацию ДГКБ им. Н.Ф. Филатова. За последние годы в Москве сохраняется проблема употребления с немедицинскими целями некоторых лекарственных препаратов (ЛП), обладающих психотропным действием. Частота их выявления в изучаемый период остается высокой. Наиболее часто с немедицинскими целями использовались: прегабалин, тропикамид, трамадол, габапентин, баклофен, фенибут, феназепам, дицикловерин, циклопентолат, алпразолам. В сравнении с 2020 г наблюдается рост случаев выявления отдельных ЛП: алпразолама - с 16 до 60 (прирост в 275%), габапентина - с 301 до 523 (прирост 73,8%), трамадола - с 736 до 1021 (прирост 38,7%), прегабалина - с 583 до 773 (прирост 32,6%), фенибута - с 467 до 554 (прирост в 18,6%), баклофена - с 311 до 337 (прирост 8,4%), тропикамида - с 167 до 169 (прирост 1,2%). В то же время снизилась выявляемость циклопентолата - с 16 до 5 (прирост -68,8%), феназепама - с 800 до 407 (прирост -49,1%).

Выводы. Полученные тенденции выявления различных ПАВ по результатам проведения ХТИ согласуются со сведениями официальной статистики по распространенности общей и первичной заболеваемости наркоманией в Москве и в Российской Федерации в изучаемый период. Так, снижение заболеваемости опиоидной наркоманией подтверждается 2-кратным уменьшением выявляемости опиоидов. В то же время, увеличение выявляемости синтетических катинонов и ЛП за последние годы, свидетельствует о росте заболеваемости (от пагубного употребления до синдрома зависимости от данных видов ПАВ), находящемся пока вне поля зрения наркологической службы.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У КРЫС, ПЕРЕЖИВШИХ ПРЕНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ

Стратилов В.А., Ветровой О.В., Тюлькова Е.И.

ФГБУН Институт физиологии им. И. П. Павлова РАН
Санкт-Петербург

*MOLECULAR MECHANISMS OF PREDISPOSITION TO NICOTINE ADDICTION IN
RATS THAT SURVIVED PRENATAL HYPOXIA
Stratilov V.A., Vetrovoy O.V., Tyulkova E.I.*

Воздействия окружающей среды во время пренатального онтогенеза, особенно в критические периоды органо- и нейрогенеза, влияют на развитие плода и повышают риск определенных заболеваний во взрослой жизни. Гипоксия во время беременности является одной из самых распространенных форм стресса плода и стоит на первом месте в ряду причин гибели плода в антенатальном периоде, а также во многом определяет частоту психических и физических заболеваний в постнатальном онтогенезе.

В рамках настоящей работы на крысах был проведена оценка роли пренатальной гипоксии (ПГ) в формировании предрасположенности к никотиновой зависимости во взрослом возрасте. Крысы, пережившие ПГ на 14-16 сутки эмбрионального развития, во взрослом возрасте отличаются повышенной предрасположенностью к потреблению никотина в условиях свободного выбора, а также после хронического потребления никотина в отличие от контрольных животных демонстрируют признаки выраженной зависимости и синдрома отмены. В прилежащем ядре стриатума (NAc) ПГ крыс выявлено увеличение фосфорилирования активируемого дофамином и супрессируемого глутаматом белка DARPP-32 при отсутствии изменений количества дофамина и дофаминовых рецепторов 1го типа. В совокупности с данными об экспрессии генов ферментов метаболизма глутамата и чувствительных к никотину холинергических рецепторов *chrna7* в иннервирующих мезолимбическую систему глутаматергических структурах мозга и результатами иммунофлуоресцентного картирования глутаматергических проекций в вентральной тегментарной области (VTA) и NAc ПГ крыс, эти данные свидетельствует о нарушении глутаматной регуляции мезолимбической системы вследствие ПГ как на уровне NAc (ослабление), так и на уровне VTA (усиление), что вероятно и предопределяет ассоциированную с пренатальной гипоксией склонность к никотиновой зависимости.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ №20-75-00003.

ПРОБЛЕМА ПРИМЕНИМОСТИ МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ В ЛЕЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Тетенова Е.Ю., Колгашкин А.Ю., Надеждин С.А.,

Кучеров Ю.Н., Федоров М.В.

ГБУЗ Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ
Москва

*ON THE ISSUE OF THE APPLICABILITY OF MOBILE APPLICATIONS IN MEDICAL
PRACTICE*

Tetenova E.Yu., Kolgashkin A.Yu., Nadezhdin S.A., Kucherov Yu.N., Fedorov M.V.

В рамках разработки научной темы по использованию информационно-коммуникационных технологий в наркологии нами был проведен анализ научных

исследований по вопросу мобильных приложений и носимых устройств для больных разного профиля. Поиск публикаций проводился по базам данных Pubmed и Российскому индексу научного цитирования, предпочтение при отборе работ отдавалось систематическим обзорам и метаанализам.

В настоящее время может быть выделен ряд сегментов мобильной медицины, таких как диагностика, мониторинг, профилактика (в том числе нутритивная поддержка) и мобильные тренажеры. Наиболее интенсивно развиваются мобильные приложения, применяемые в таких отраслях медицины, как диабетология, кардиология, геронтология, психиатрия, аддиктология. Мощным драйвером роста мобильных решений стала пандемия COVID-19. Начиная с 2020 года отмечен массовый рост приложений, связанных с этим инфекционным заболеванием или его последствиями, а также позволяющим отслеживать контакты инфицированных (Ming et al., 2020; Davalbhakta et al., 2020).

Несмотря на широкий спектр и доступность сервисов мобильного здравоохранения, на сегодняшний день существует минимум доказательств их эффективности, в особенности в долгосрочном плане. Как правило, оценки этих программных продуктов ограничиваются анализом имеющегося контента и не акцентируют внимания на оценке результатов их применения. При этом контент или удобство использования обычно основываются на основании отзывов пользователей или с помощью самостоятельно разработанных исследователями нестандартизированных контрольных карт (McKay et al., 2018; Mubin et al., 2021).

Масштабный обзор эффективности внедрения мобильных приложений для лиц с аддиктивными проблемами был проведен Boumparis et al (2017), показавшим, что эти решения демонстрируют небольшой, но значимый эффект снижения использования психоактивных веществ в различных целевых группах. Еще Cochrane et al. (2015) отметили эффективность дистанционных интервенций в случае приема стимуляторов и многообещающие результаты в терапии лиц с зависимостью от алкоголя и каннабиноидов. Penzenstadler et al. (2022) указывают, что целый ряд исследований подтвердил факт снижения потребления психоактивных веществ у лиц, использовавших наряду с традиционным лечением специализированные приложения для мобильных телефонов.

Мобильные приложения и онлайн-вмешательства обеспечивают понижение порога доступа к медицинской помощи и могут быть особенно полезны для отдельных групп населения, таких как женщины, молодежь и потребители из группы риска (Tofighi et al., 2019; Staiger et al., 2020). Важность подобных программных продуктов в наибольшей степени проявляется в ситуациях, характеризующихся низкой комплаентностью пациента, вызывающей необходимость в проведении постоянной мотивационной работы и оказании психотерапевтической поддержки.

Дальнейшее проектирование и развитие цифровых приложений в сфере оказания помощи больным, в том числе с аддиктивными патологиями необходимо проводить с учетом результатов анализа передового опыта, выявлять причины, сдерживающие внедрение прогрессивных решений, искать решения возникающих проблем. В настоящее время приобретает актуальность создание системы профессиональной оценки находящихся на рынке мобильных приложений с точки зрения их безопасности для пользователя. При проведении подобной экспертизы следует учитывать личностные особенности пациентов с конкретными заболеваниями, их пользовательский опыт в сфере информационно-коммуникационных технологий. При этом критерии и направления оценки, проводимой профессионалами здравоохранения, неизбежно будут отличаться от используемых пользователями-энтузиастами, занимающихся тестированием мобильных приложений в настоящее время.

Анализ зарубежных и отечественных научных работ, посвященных использованию мобильных программных решений, ориентированных на пациентов, страдающих широким спектром заболеваний, в том числе наркологического профиля, показывает их широкую распространенность и востребованность. В настоящее время необходимо продолжать исследования эффективности их использования, особенно в сфере профилактики наркологических заболеваний. Успех использования цифровых технологий в медицине и, в том числе в наркологии, может быть обеспечен только на основе постоянного анализа передового опыта, причин, сдерживающих его внедрение, и оперативного решения возникающих проблем.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ ПАЦИЕНТАМИ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Тетенова Е.Ю., Надеждин А.В., Колгашкин А.Ю., Кучеров Ю.Н., Федоров М.В., Анисимова А.Н., Пахомов С.Р., Иванова М.Ю., Шадрина Ю.А., Орлов А.В., Колобов К.Ю., Демина И.Ю., Михалев И.В.

ГБУЗ Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ
Москва

USE OF MOBILE DEVICES BY ADDICTION CLINIC'S INPATIENTS

Tetenova E.Yu., Nadezhdin A.V., Kolgashkin A.Yu., Kucherov Yu.N., Fedorov M.V., Anisimova A.N., Pahomov S.R., Ivanova M.Yu., Shadrina Yu.A., Orlov A.V., Kolobov K.Yu., Demina I.Yu., Mihalev I.V.

Нами проводится исследование опыта использования мобильных устройств больными наркологического профиля с целью дальнейшей оценки возможности внедрения телемедицинских услуг. Инструмент исследования – специально разработанная анонимная анкета. Она позволяет оценить половозрастные характеристики, социальный статус, пользовательский опыт использования мобильных телефонов, смартфонов и компьютеров, в том числе предпочитаемые социальные сети и активность пребывания в них, понимание и готовность использовать сервисы и онлайн-программы помощи пациентам, находящимся на амбулаторном лечении и реабилитации.

В исследовании приняло участие 330 пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 76 лет, проживающих в городе Москва. Медианный возраст составил 45,0 лет, межквартильный диапазон – 22,0. Для удобства статистической обработки все респонденты были разделены на 4 возрастные группы, охватывающие как трудоспособные возраста, так и пенсионеров. Наибольшей по численности была группа 18-44 года (49,8%), за ней следовали 45-59 лет (28,0%), 60-74 года (21,2%) и свыше 75 лет (1%). По уровню образования участники исследования распределились следующим образом: неполное среднее – 9,1%, среднее – 22,1%, среднее специальное – 31,5%, незаконченное высшее – 8,8%, законченное высшее – 28,2%, иное (два высших) – 0,3%, что позволяет обобщенно выделить три образовательных уровня – низкий (неполное среднее и среднее образование) – 31,2%, средний (среднее специальное и незаконченное высшее образование) – 40,3%, и высокий (высшее образование и «иное») 28,6%. Занятость участников исследования оценивалась по следующим категориям: трудоустроен – 35,2%; безработный в поисках работы – 32,7%; безработный, но работу не ищет – 4,4%; инвалид – 8,9%; домработник – 0,6%; учащийся – 1,0%; пенсионер – 17,1%. Для обеспечения надлежащей статистической мощности исследуемого параметра эта группа данных была реструктурирована следующим образом – лица экономически

активные (трудоустроенные и учащиеся) – 36,2% и лица экономически неактивные (безработные, инвалиды, пенсионеры и т.д.) – 63,8%.

Отвечая на вопрос об уровне доходов, 4,7% участников исследования оценили его как высокий, 48,8% – средний и 46,5% – низкий. Несмотря на то, что только 36,2% опрошенных заявляют о себе как об экономически активных, а 46,5% относят себя к лицам с низким уровнем доходов, компьютерами и ноутбуками пользуется 63,9% респондентов, причем 65,4% делают это ежедневно, а мобильными телефонами – 94,2% (89,2% – ежедневно). При этом 82,5% респондентов самостоятельно оплачивают свою мобильную связь, а более половины (64,5%) пользуются тарифными планами с условно безлимитным Интернетом.

Число пользователей мобильных телефонов составило 94,2% от числа опрошенных, в 80% случаев это был смартфон, при этом в 90,6% случаев телефон являлся собственностью респондента. Таким образом было подтверждено, что мобильные устройства (смартфоны) используются значительно чаще, чем стационарные компьютеры/ноутбуки, что делает их более перспективной платформой для реализации терапевтического воздействия в формате телемедицинских интервенций.

Цифровую компетентность нашей исследовательской выборки мы оценивали по уровню использования базовых онлайн-сервисов, уверенности пользования компьютером и смартфоном (см. выше), активности в социальных сетях. Из числа принявших участие в исследовании совершают покупки в онлайн-магазинах 42,4% респондентов, услугами онлайн-банкинга пользуются 49,2% опрошенных, оплачивают услуги ЖКХ с помощью сетевых инструментов 33,6%, а ищут информацию о своих заболеваниях и дистанционно записываются к врачу 26,7% и 40,3% соответственно.

Принципиально важным для целей исследования являются ответы на группу вопросов, посвященных оценке респондентами наиболее понятных и приемлемых для них форм онлайн-поддержки процесса выздоровления.

Самым популярным оказалось мобильное приложение для смартфона, помогающее в процессе выздоровления от употребления алкоголя или наркотиков. Подобный программный продукт хотели бы установить себе свыше половины опрошенных (50,5%), 27,0% не видят в нем необходимости, не определились – 22,5%. Возрастное распределение демонстрирует явное предпочтение сервиса среди молодых пациентов: около 60% в возрасте 18-44 года, 48,8% в возрасте 45-59 лет и около 30% в старших возрастах. Различия статистически значимы. По уровню образования статистически значимых различий выявлено не было. В то же время работающие пациенты значительно отличались от экономически неактивных в выборе мобильного приложения в качестве инструмента поддержки (59,6% и 45,0% соответственно).

К группе поддержки, реализованной в социальных сетях готовы присоединиться 32,7% респондентов (в возрастах 18-44 года и 45-59 лет 39,6% и 30,9% соответственно), ответило отказом 37,8%, не определилось – 29,6%. Различия статистически значимы.

К группе онлайн-поддержки процесса выздоровления на интернет-сайте выразило готовность присоединиться 36,1% респондентов, отказались 29,9%, не смогли сформулировать своего отношения к вопросу 34,0%. Наибольшую приверженность продемонстрировали 46,6% пациентов в возрасте 18-44 лет. Существенно меньше было пациентов в возрасте 45-59 лет и 60-74 года – 27,2% и 21,3% соответственно. Различия статистически значимы.

Высказали заинтересованность в онлайн-поддержке на web-сайте 46,2% респондентов с высшим образованием, 35,6% и 25,6% со средним и низким

образовательными уровнями соответственно. Различия статистически значимы. Занятость респондента не оказала статистически значимого влияния на выбор данного вида дистанционной поддержки.

Наименее популярным вариантом стала рассылка поддерживающих SMS-сообщений – готовность присоединиться к ней высказали 29,7% опрошенных, отказ зафиксировали 44,8%, не сформулировали ответ – 25,5%.

41,0% опрошенных наркологических больных высказал готовность наблюдаться у врача психиатра-нарколога дистанционно, 28,6% ответило отказом, а 30% не дало определенного ответа.

Исходя из полученных данных достаточный уровень цифровой грамотности в изучаемой выборке имеет треть пациентов.

При этом респонденты с интересом относятся к перспективам использования технологий дистанционной помощи пациентам, считая наиболее приемлемыми для себя вариантами специализированное мобильное приложение, поддержку с помощью web-сайта и социальной сети. Следует отметить, что 41,0% опрошенных высказал готовность наблюдаться у врача психиатра-нарколога дистанционно.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИМЕТИЛОКСОБУТИЛФОСФОНИЛДИМЕТИЛАТА (ДИМЕФОСФОН) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ДЕЛИРИИ

Уткин С.И.

ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗМ

Москва

*DIMETHYLOXOBUTYLPHOSPHONYLMETHYLATE (DIMEPHOSPHONE) FOR THE
CORRECTION OF METABOLIC DISORDERS IN ALCOHOLIC DELIRIUM
Utkin SI*

Алкогольный делирий – тяжелое, угрожающее жизни пациента состояние, одним из факторов патогенеза которого является нарушение тканевого дыхания, в частности, выражающееся в нарушении кислотно-основного состояния (КОС) крови. Стабильность КОС является крайне важным фактором для нормального функционирования организма. При алкогольном делирии может наблюдаться как ацидоз, так и алкалоз, в том числе тяжелые формы этих состояний. Традиционно применявшиеся при нарушениях КОС инфузионные растворы, содержащие бикарбонатный буфер, как показали последние исследования, при метаболическом ацидозе неэффективны и, более того, могут вызвать ухудшение состояния пациентов, поэтому современные авторы рекомендуют при лечении ацидоза придерживаться патогенетического принципа, т.е. устранять причину его развития. Одним из немногих патогенетических средств для лечения метаболического ацидоза является препарат Диметилноксобутилфосфонилдиметилат (Димефосфон). Нормализация КОС Димефосфоном осуществляется за счет влияния препарата на метаболические процессы. В частности, он нормализует углеводный обмен в цикле Кребса и усиливает распад глюкозы по пентозному циклу. До настоящего времени Димефосфон в комплексной терапии пациентов с алкогольным делирием не применялся.

Цель исследования: разработать метод лечения метаболического ацидоза у пациентов с алкогольным делирием.

Материалы и методы: в исследование было включено 80 мужчин, пациентов с диагнозом «Синдром отмены алкоголя, осложненный делирием», рандомизированно поделенных на две группы - основную и контрольную. Пациенты

обеих групп получали стандартную терапию (инфузионную, бензодиазепины, тиамин). В основной группе пациенты дополнительно получали 2,25 г (15 мл) Димефосфона три раза в сутки внутрь в течение 10 дней. Было проведено исследование гемодинамики, КОС, основных метаболических показателей крови у пациентов в течение 10 дней от начала делирия, и сравнение полученных данных внутри и между группами.

Выводы: назначение Димефосфона пациентам с алкогольным делирием в сочетании со стандартной инфузионной и психофармакотерапией существенно улучшает динамику редукции психических, неврологических и соматических нарушений. В группе пациентов, принимавших Димефосфон, наблюдалось быстрое восстановление нарушенных процессов тканевого дыхания, о чем свидетельствовала существенно лучшая динамика уровня парциального давления углекислого газа в венозной крови. Улучшалась динамика восстановления компенсаторных возможностей буферных систем крови в основной группе. Так уровень дефицита/избытка оснований у пациентов, принимавших Димефосфон, постепенно приходил в норму, тогда как в контрольной группе сначала наблюдалось снижение резерва оснований, а затем выраженный избыток. Димефосфон оказался безопасен для пациентов с алкогольным делирием. Во время и после его введения гемодинамических, соматических и психоневрологических расстройств отмечено не было. Анализ данных биохимических и цитологических исследований крови пациентов в сравниваемых группах показал лучшую динамику ряда показателей в группе пациентов, принимавших Димефосфон.

ИЗМЕНЕНИЕ МОТИВАЦИИ К СОХРАНЕНИЮ ТРЕЗВОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ХОДЕ ЛЕЧЕБНО- РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА (РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Фадеева Е.В., Лановая А.М.

Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им.
В.П. Сербского» Минздрава России
Москва

*CHANGES IN MOTIVATION TO MAINTAIN SOBRIETY IN PATIENTS WITH
NARCOLOGICAL DISEASES DURING THE PROCESS OF TREATMENT AND
REHABILITATION (RESULTS OF A PILOT STUDY)*

Fadeeva E.V., Lanovaya A.M.

Введение. Мотивация к изменению поведения, связанного с потреблением психоактивных веществ, является значимым личностным и поведенческим конструктом, влияющим на приверженность лечению и достижение ремиссии. Однако пациенты с наркологическими заболеваниями могут декларировать формальные установки на прекращение употребления алкоголя или наркотиков, а их мотивация при этом характеризуется низкой готовностью предпринимать какие-либо действия в отношении достижения трезвости, а также недостаточной осознанностью к наличию у себя тяжелого, прогрессирующего и рецидивирующего психического расстройства. В ходе лечения и реабилитации мотивационные установки пациентов могут меняться в зависимости от субъективного отношения к зависимому поведению – от появления амбивалентности и изменяющих высказываний до действий, направленных на прекращение потребления психоактивных веществ и сохранения позитивных изменений в дальнейшем. В связи с чем, целью пилотного исследования являлось изучение мотивации к

сохранению трезвости у пациентов с наркологическими заболеваниями на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса.

Материал и методы. В пилотном исследовании приняли участие 40 пациентов – 30 мужчин (75%) и 10 женщин (25%) Средний возраст участников исследования составил $39,07 \pm 10,61$ года. Диагноз «Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением наркотиков» (F11.x, F19.x; МКБ-10) был установлен у 15 пациентов (37,5%), диагноз «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя» (F10.x, МКБ-10) был установлен у 25 пациентов (62,5%).

В исследовании применялась шкала стадий готовности к изменению и стремления к лечению SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale). Анализ ценностно-смысловой сферы жизни пациентов, их персональное отношение к положительным и отрицательным сторонам потребления психоактивных веществ, а также к возможным позитивным и негативным эффектам, связанным с отказом от потребления алкоголя и наркотиков, был включен в процесс мотивационного консультирования, реализуемого в соответствии с транстеоретической моделью изменения поведения Дж. Прохазки и К. Ди Клементе (2020). Количество пациентов, прошедших мотивационное консультирование в начале лечения на 5-7 сутки после госпитализации (МК-1), составило 40 человек, а по завершению курса лечения на 19-21 день госпитализации (МК-2) - 25 человек (62,5%). Уменьшение числа пациентов от МК-1 к МК-2 в большинстве случаев объяснялось досрочной выпиской, связанной с отказом от продолжения лечения. Количество пациентов, прошедших полный курс лечения и медицинской реабилитации и трижды принявших участие в мотивационном консультировании (МК-1, МК-2 и МК-3), составило 11 человек (27,5%) от общего числа участников пилотного исследования.

Исследование проводилось в сентябре-декабре 2022 г. на базе наркологического стационара ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России в рамках выполнения темы Государственного задания и было одобрено локальным этическим комитетом ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (Выписка из протокола заседания № 38/3 от 07 июня 2022 г.).

Результаты.

Принципы мотивационного консультирования предполагают определение основной цели, ради которой пациент будет готов изменять поведенческие стереотипы, связанные с потреблением. Для пациентов, находящихся на начальном этапе госпитализации (МК-1), определялись следующие основные цели: избавление от алкогольной или наркотической зависимости - для 25,0% пациентов; восстановление социального функционирования, семейного или профессионального статуса – для 22,5%; преодоление абстинентного синдрома - для 10% и понимание приведших к зависимому поведению причин личного или психологического характера – для 2,5%. Следует отметить, что 40% пациентов в постабстинентном состоянии не смогли определить для себя цель госпитализации. Анализ итоговых значений шкалы оценки готовности к изменениям у лиц с зависимостью от алкоголя и других психоактивных веществ SOCRATES, полученных в начальный период госпитализации (МК-1), позволил выявить очень высокий уровень готовности к изменению поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ только у 10% обследованных пациентов (со средним значением $90,0 \pm 2,7$ баллов), высокий – у 27,5% (со средним значением $82,5 \pm 2,4$ балла), средний – у 15% пациентов (со средним значением $69,5 \pm 6,1$ баллов). У остальных 47,5% пациентов в первые дни госпитализации определялся низкий и очень низкий уровни готовности к изменению поведения, связанного с потреблением алкоголя и наркотиков. Следует отметить, что пациенты на вопрос «Какие именно действия они начали

совершать для изменения поведения, связанного с употреблением алкоголя или наркотиков», отвечали, что обращение за медицинской помощью и участие в лечебной программе и было тем самым действием с их стороны. При этом часть пациентов были госпитализированы при активном давлении со стороны членов семьи или для купирования абстинентного синдрома, и на МК-1 подобный ответ скорее мог расцениваться, как формальная готовность к действию.

Для 25% пациентов, находящихся на завершающем этапе стационарной терапии (МК-2), основной целью госпитализации являлось избавление от алкогольной или наркотической зависимости; для 7,5% - понимание приведших к зависимому поведению причин личного или психологического характера; для 5% - преодоление абстинентного синдрома; для 5% - восстановление социального функционирования, семейного или профессионального статуса; для 5% - преодоление жизнеугрожающих ситуаций («хочу жить дальше»). По сравнению с МК-1 большее число пациентов (52,5%) не могли сформулировать причину отказа от потребления психоактивных веществ. Возможно, данный рост объясняется тем, что пациенты, которые на начальном этапе госпитализации определяли для себя целью стационарного лечения – снятие физических последствий потребления алкоголя или наркотиков, улучшив свое состояние, не могли определить иной цели трезвости. Использование шкалы SOCRATES при проведении мотивационного консультирования на 40 день госпитализации (МК-3) позволило выявить очень высокий уровень готовности к изменению поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ, у 5% обследованных пациентов (со средним значением $91,5 \pm 0,7$ балла), высокий – у 17,5% (со средним значением $81,4 \pm 3,1$ балла), средний – у 7,5% пациентов (со средним значением $73,3 \pm 1,5$ балла). У остальных 70% пациентов на завершающем этапе госпитализации определялся низкий и очень низкий уровни готовности к изменению поведения, связанного с потреблением алкоголя и наркотиков.

Выводы. Проведенное пилотное исследование по оценке готовности к изменению поведения, связанного с потреблением психоактивных веществ, у пациентов с наркологическими заболеваниями позволило сформулировать ряд выводов. На начальном этапе госпитализации практически половина обследованных пациентов (47,5%) характеризовалась низким и очень низким уровнем готовности к изменению поведения, связанного с потреблением алкоголя и наркотиков, а у 81% - наблюдалось двойственное отношение к необходимости менять свою жизнь, что позволяет предположить высокие риски по возобновлению потребления алкоголя и наркотиков после прохождения курса лечения, а также в отношении преждевременной выписки. Результаты мотивационного консультирования у пациентов на завершающем этапе стационарной терапии продемонстрировали уменьшение доли пациентов с низкой мотивацией (с 47,5% на МК-1 до 40% на МК-2) к изменению поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ, что указывает на положительное влияние терапии на данный показатель. Данные результаты могут быть учтены при разработке персонализированных программ лечения и медицинской реабилитации больных с синдромом зависимости от психоактивных веществ с учетом их клинического и психоэмоционального статуса.

ФЕНОМЕНЫ НАРУШЕНИЯ ВИЗУАЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДРВВГ (ДЛИТЕЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ, ВЫЗВАННОГО ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМИ)

Шайдеггер Ю.М., Клименко Т.В.

Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России
Москва

PERSISTENT VISUAL DISTURBANCE BY HPPD (HALLUCINOGEN PERSISTING PERCEPTION DISORDER)

Scheidegger Y., Klimenko T.

На фоне наблюдающегося в РФ изменения структуры наркопотребления за счет увеличения доли потребления психостимуляторов и новых синтетических «дизайнерских» наркотиков, меняющегося паттерна употребления психоактивных веществ (ПАВ) в виде полинаркотизма, в последнее время врачам психиатрам и психиатрам-наркологами приходится сталкиваться с феноменом, который может развиваться не только в рамках синдрома зависимости, но и быть обусловленным пагубным употреблением некоторых ПАВ, а в некоторых случаях - возникать у лиц после разовых проб ПАВ. Данное расстройство в виде стойких нарушений сенсорного (чаще всего зрительного) восприятия, возникающих впоследствии употребления ПАВ, как правило, обладающих галлюциногенным действием, которые на момент возникновения нарушений восприятия полностью выведены из организма, получило название ДРВВГ - длительное расстройство восприятия, вызванное галлюциногенами. Характерным признаком ДРВВГ являются разнообразные нарушения визуального восприятия. Также в структуре синдрома описаны нарушения звукового восприятия - громкий, назойливый писк, звон шум в ушах (тиннитус). Зачастую нарушения визуального и слухового восприятия сопровождаются развитием деперсонализационных и дереализационных расстройств (ДП и ДР), которые описываются пациентами как «разобщенность», «отчуждение» от внешней среды и/или собственного тела. Манифест ДРВВГ часто сопровождается развитием стойких выраженных тревожных расстройств, панических атак, аффективных расстройств, диссомнических нарушений.

В клинике Национального научного центра наркологии (ННЦН) – филиал ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России с января 2019 года по настоящее время было проконсультировано 70 пациентов, соответствовавшим критериям ДРВВГ. Обращает на себя внимание молодой средний возраст обратившихся - 24,7 г. и явное преобладание пациентов мужского пола - 78,6% обратившихся.

Все пациенты четко осознавали связь развившегося состояния с предшествующим приемом ПАВ, не обнаруживали бредовой интерпретации возникших расстройств и могли назвать точную дату манифеста расстройства, а также указать вещество, с приемом которого была связана манифестация болезненного состояния. В среднем первые проявления ДРВВГ развивались в промежутке времени от нескольких дней до 4-6 ти недель от последней интоксикации ПАВ. Большинство пациентов (62 человека - 88,6%) подробно описывали расстройства визуального восприятия: «снег», «рябь», «мушки» перед глазами, «помехи как от телевизора», «зернистость ровных поверхностей», «туман» перед глазами, нечеткое зрение, вспышки света (в т.числе при пробуждении/засыпании). Особенности «визуального снега» пациенты указывали его большую представленность на однотонных объектах светлых цветов (например, на фоне голубого неба - эффект Ширера), а также в слабоосвещенных местах или в вечернее, ночное время суток; сохранение «ряби» при закрытых глазах. Пациенты описывали эффекты «дрожания», «дыхания»

предметов - "ощущения, что стены словно пульсируют, то приближаются, то отдаляются", «при чтении текста строки начинают как будто дрожать, мерцать, уплывать»; феномены чувствительности к узорам - "когда долго смотришь на ткань в мелкий рисунок - например, в клетку или горошек - все вокруг начинает рябить", или "когда смотришь на узорчатый ковер или линолеум - узоры на нем словно начинают двигаться". Также пациенты описывали нарушения цвето- и световосприятия - "словно воспринимаю весь мир в фильтре сепия", наблюдается повышенная яркость и контрастность объектов, особенно источников света, «световосприятие меняется в течение дня, и нужно постоянно менять настройки гаджетов, т.к. на них невозможно смотреть, а не только читать текст». Также описывались нарушения восприятия источников света: «вокруг фонарей как будто нимбы», «при движении источников света - например автомобильных фар - от них сохраняются «шлейфы» света», «если в темноте перед глазами провести источник света (например, мобильный телефон)- появится некий «послеобраз», как будто свет от телефона постепенно гаснет, а глаза не успевают фиксировать источник света». Также пациенты указывали на «плавающие помутнения в поле зрения на фоне яркого источника света», «светящиеся точки в поле зрения», искажения по периферии полей зрения, искажения пропорций объектов, и нарушения их восприятия - «как в плоском телевизоре», или «как через толстые стекла скафандра». Ухудшение визуального восприятия пациенты отмечали в вечернее время, что связывалось как с изменением уровня освещенности, так и с «усталостью», «переутомлением под конец дня», а также на фоне простудных заболеваний. Среди других факторов усугубления визуального восприятия наиболее часто назывались: прием алкоголя (нарушения восприятия обратимо ухудшались как на время опьянения, так и на следующий день), никотин, "кофе в больших количествах", прием нейролептиков (как типичных, так и препаратов последних поколений), некоторых ноотропов (например, фенотропил). Ряд пациентов связывали ухудшение симптоматики с такими активностями как "медитация", "интенсивные физические нагрузки", "длительная работа за компьютером", "чтение специализированных психиатрических чатов и форумов".

В соответствии с данными литературы о значительном снижении интенсивности нарушений визуального восприятия при терапии антиконвульсантами, большинству пациентов с данной симптоматикой (78,2%) назначались антиконвульсанты: в 58% случаев (32 человека) назначался ламотриджин с начальной дозой 12,5-25 мг с шагом наращивания по 25 мг раз в два-три дня до достижения средне-суточных дозировок 200-400 мг. Уже на этапе наращивания дозировок (в течение первой недели) пациенты отмечали некоторое снижение интенсивности нарушений визуального характера, уменьшение «вовлеченности», «озабоченности» данными нарушениями. При сообщениях пациентов о предшествующем неудачном опыте лечения ламотриджином или при сохраняющихся симптомах на максимальных дозах ламотриджина (400 мг не менее 2-х месяцев) или при развитии выраженных нежелательных эффектах на фоне лечения ламотриджином (как правило - аллергических реакций) назначались препараты вальпроевой кислоты в диапазоне доз от 300 до 1200 мг (30,1% - 17 чел.). Также несколько человек получали леветирацетам (3 чел.), карбамазепин (3 чел), топирамат (3 чел), габапентин (3 человека), пирампанел (2 чел.), флунаризин (2 чел.), клоназепам (1 чел). Все противоэпилептические препараты - кроме леветирацетама - продемонстрировали снижение интенсивности нарушений визуального восприятия как на субъективном уровне, так и по шкале нарушений ВВ. С целью коррекции сопутствующих тревожных и аффективных нарушений в 69% случаев (38 чел.) назначались антидепрессанты преимущественно группы СИОЗС

(эсциталопрам 10–20 мг, сертралин 50-100 мг, пароксетин 10-20 мг, флувоксамин 100 мг), СИОЗСиН (дулоксетин 60-120мг, венлафаксин 37,5 - 175мг) и другие (миртазапин, вортиксетин, тразадон, агомелатин). На фоне терапии антидепрессантами пациенты отмечали заметное снижение тревожных переживаний, некоторое повышение активности, продуктивности, нормализацию ночного сна, снижение «фиксации» на своем болезненном состоянии, отмечали, что «становится легче отвлечься от неприятных визуальных эффектов», «на антидепрессантах становится будто бы легче смириться с новой реальностью». При длительном (более 2-х лет) наблюдении единичных пациентов с ДРВВГ обращает на себя внимание отсутствие «полного разрешения» его проявлений, а также частое его рецидивирование, тенденция к усилению или даже возврату нарушений восприятия до прежнего уровня в стрессовых ситуациях, при переутомлении, при простудных заболеваниях, а также при возобновлении наркотизации.

ПСИХОТЕРАПИЯ ЛИЦ, ЗЛУОПТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ: СИТУАЦИОННО-ИЕРАРХИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Шевцова Ю.Б.

ГБУЗ «НМПЦ наркологии ДЗМ»

Москва

*PSYCHOTHERAPY OF PEOPLE WHO ABUSE ALCOHOL: SITUATIONAL-
HIERARCHICAL APPROACH*

Shevtsova YuB

Классические клинические научные работы по специальности «психиатрия-наркология» – диссертации на соискание ученой степени, статьи в журналах, рецензируемых Высшей аттестационной комиссией, монографии, клинические руководства и методические рекомендации – в части описания материала исследования часто включают краткий анализ и описание психической патологии (пограничного или психотического регистра), коморбидной наркологическим расстройствам.

В части случаев психическая патология констатируется преморбидно (хронологическая коморбидность), может служить косвенной причиной для начала злоупотребления алкоголем (патогенетическая коморбидность), а потом нивелируется, смазывается аддиктивными расстройствами, которые выходят на первый план и полностью затмевают изначальную донаркологическую патологию по своей психопатологической яркости, по актуальности неблагоприятных физических и социальных последствий.

В других случаях коморбидная психическая патология в течение долгих лет сосуществует с психопатологической симптоматикой наркологического регистра, налагая свой специфический отпечаток на характер злоупотребления алкоголем, на картину алкогольного опьянения и абстинентного синдрома, видоизменяя течение ремиссий, провоцируя возобновления злоупотребления алкоголем или же, наоборот, предупреждая их (транссиндромальная коморбидность).

Литературные сведения о преморбидной отягощенности лиц с алкогольными расстройствами (рубрики МКБ-10 F10.1, F10.2) психическими расстройствами пограничного уровня (F4, нетяжелые формы F3) указывают на различную частоту их сочетания – от 5 до 67%.

Необходимо подчеркнуть, что в таких случаях врачу необходимо знать и применять клинические рекомендации как по наркологической тематике, так и по тематике пограничных психических расстройств.

При достаточной профессиональной компетенции врача в области психопатологии, его умении достигать комплаенс с пациентом и его родственниками, при аккуратности и последовательности со стороны пациента лечение коморбидных расстройств может быть более результативным, чем условной «чистой» наркологической патологии.

С другой стороны, необходимо учитывать, что анозогнозия как важный предиктор драматического развития алкоголизма не всегда преодолима в психотерапевтическом процессе. Продолжению алкоголизации способствует ряд психологических защит, надежно оберегающих сознание от принятия у себя диагноза «алкоголизм». В подобных случаях течение алкогольной зависимости бывает прогрессирующим даже при изначально ее невысокой прогрессивности, высоком реабилитационном потенциале и доступности квалифицированной медицинской помощи.

Достигая в результате лечения вполне удовлетворительного психического и соматического состояния и улучшения социального функционирования, некоторые пациенты через определенное время возобновляют употребление алкоголя даже при отсутствии выраженного обострения патологического влечения. Часть таких неблагоприятных случаев может быть связана с нераскрытыми в психотерапевтическом процессе мотивами для употребления алкоголя, помимо непосредственного патологического влечения.

Для таких пациентов можно использовать ситуационно-иерархический подход к психотерапии, представляющий собой целенаправленный поиск субъективно значимых факторов, приводящих к срывам ремиссий, коррекцию этих факторов или отношения к ним с одновременной привязкой трезвости к решению субъективно значимых проблем.

Внимательный и вдумчивый подход к пациентам наркологического профиля (F10.1, F10.2) позволяет заметить, что люди, злоупотребляющие алкогольными напитками, нередко обращаются за наркологической помощью по своим собственным субъективно значимым причинам, которые они не всегда могут раскрыть даже своим близким. При этом в необходимости надолго прекратить злоупотребление алкогольными напитками их убеждает отнюдь не наличие симптомов зависимости от алкоголя, поскольку алкоголь в их жизни выполняет какие-то важные функции, скрытые при формальном сборе анамнеза и поверхностном общении.

Более того, в психотерапевтической работе с людьми, употребляющими алкогольные напитки с вредными последствиями (F10.1), или вовсе без наркологического диагноза, также возможен существенный прогресс, если удастся нащупать и раскрыть проблемные внутренние ситуации, которые человек привык облекать или (с его точки зрения) решать путем употребления алкогольных напитков.

К ним могут относиться неадекватные нынешнему положению дел когниции, тягостные воспоминания о давно прошедших ситуациях, тревожные ожидания грядущих событий, привычные бытовые страхи, неотработанные паттерны поведения в непонятных для человека ситуациях, невозможность достижения некоторых желанных целей, так называемый «незакрытый гештальт» – то, что в русской литературе назвалось «незаживающая рана», «неисцеляемая боль».

Например, длительная алкоголизация, постепенно прогрессирующая до диагностически значимых характеристик, встречается в качестве средства смягчения переживаний пролонгированных неразрешимых трудностей на работе. Унижения, угрозы, непомерная нагрузка, шантаж, жесткий харассмент, буллинг могут тянуться месяцы и годы, дополнительно осложняясь с другой стороны долговыми обязательствами, ипотекой и кредитами самого человека.

Люди, ценящие семейную жизнь, могут тяготиться ее несовершенством и неизбежными сложностями в супружеских и родительно-детских отношениях. Дисгармоничные сексуальные отношения между супругами, особенно при наличии желанных детей, становятся причиной для регулярного употребления алкоголя гораздо чаще, чем это принято полагать.

Нельзя обойти вниманием в качестве причин злоупотребления алкоголем несоответствие гендерной идентичности и гендерных ролей убеждениям человека. Если такое несоответствие становится ядром затяжного внутриличностного конфликта, то проблемы, связанные с алкоголем, могут маскировать глубоко скрытое страдание.

Бывает, что алкоголизация облегчает тягостные размышления человека о соматическом диагнозе, чаще всего – инфекционном или онкологическом, особенно если при озвучивании такого диагноза врач проявил прямоту и жесткость, а пациент не может принять решение о повторной диагностике или выбрать лечение. Порой диагноз был ошибочным, но воспоминания об этом и риск в принципе заболеть настолько тяжело переживаются человеком, что употребление алкоголя представляется наиболее легким способом приглушить страх и ощущение безнадежности.

Что касается употребления алкоголя при хронических соматических болезнях, то в этом плане особо часто встречаются заболевания с волнообразно обостряющимся болевым компонентом – боли в области сердца любого происхождения, спаечная болезнь кишечника, геморрой, воспалительные и дистрофические заболевания суставов, подагра, радикулит, сколиотическая болезнь, миофасциальный синдром, а также непроизвольно возникающее напряжение мышц тела (головы, шеи, спины, конечностей, брюшного пресса). Если алкоголь (или алкоголь в сочетании с лекарственными препаратами) снижает интенсивность болевых ощущений, расслабляет болезненно напряженные мышцы, то его употреблением может тянуться вплоть до развития вредных последствий (F10.1) и зависимости (F10.2).

Таким образом из перечисленного следует, что употребление алкоголя, злоупотребление им, употребление с вредными последствиями и синдром зависимости от алкоголя могут быть как самостоятельными признаками аддиктивного поведения, так и вторичными – по отношению к большому количеству разнообразных жизненных коллизий и расстройств здоровья. Ситуационно-иерархический подход к психотерапии при лечении пациентов с алкогольными проблемами является, с нашей точки зрения, предпочтительным, поскольку только нахождение индивидуально приемлемых решений может помочь человеку не только обрести трезвость, но и улучшить качество жизни в целом.

КУРЕНИЕ И УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ В СРЕДЕ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Шельгин К.В., Меньшикова Л.И., Сон И.М.

ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России,
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального
образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Архангельск, Москва

*SMOKING AND ALCOHOL CONSUMPTION AMONG HEALTH WORKERS: A MEDICAL
SOCIOLOGICAL STUDY.*

Shelygin K.V., Menshikova L.I., Son I.M.

Низкая физическая активность, курение и употребление алкоголя - одни из ведущих поведенческих факторов, способствующих высокой заболеваемости и сверхсмертности от неинфекционных заболеваний (ВОЗ, 2020). Сообразно эффекту социальной диффузии, работники системы здравоохранения должны находиться в общей канве популяционных поведенческих паттернов. Однако большая информированность, как о принципах здорового образа жизни, так и о вреде их несоблюдения может отличать эту группу населения в части поведенческих реакций.

Цель: оценить частоту курения, потребления алкоголя среди лиц, работающих в системе здравоохранения в сравнении с данными, в общем, по популяции.

Материалы и методы. Тип исследования: случай-контроль. Источник данных: результаты исследования 28-й волны Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ Высшей школы экономики, репрезентативная выборка по индивидам, год опроса 2019. Респонденты – мужчины и женщины трудоспособного возраста. Сравнительно анализировались ответы, полученные от респондентов – работников системы здравоохранения об употреблении ими табака и алкоголя. Для нахождения различий использован критерий Хи-квадрат Пирсона при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Исследованы данные социологического опроса 55 мужчин и 257 женщин – работников системы здравоохранения, трудоспособного возраста. Нами выявлено, что частота встречаемости положительного ответа о курении была ниже и в мужской ($df = 1, \chi^2 = 4,194, p = 0,041$) и в женской ($df = 1, \chi^2 = 5,961, p = 0,015$) популяции лиц трудоспособного возраста, работающих в системе здравоохранения, чем в целом по популяции лиц трудоспособного возраста.

В сравнении с общими популяциями мужчин и женщин не выявлено значимых отличий в ответах на вопросы об употреблении алкоголя среди мужчин и женщин, работающих в системе здравоохранения. Эти результаты противоречат ранее полученным (Кобякова О.С. с соавт., 2018). Данное противоречие может быть связано с различными методологическими подходами. В более ранних исследованиях курения среди медицинских работников была показана сопоставимая с нашими данными распространённость табакокурения (Алиев Д.К. с соавт., 2016, Ларина В. Н. с соавт., 2019). Установленное нами значимое отличие в части меньшей распространённости табакокурения среди работников здравоохранения можно, помимо большей осведомлённости о последствиях курения, объяснить законодательными рестрикциями по ограничению курения в медицинских организациях. В тоже время, в недавнем исследовании показано наличие крайне низкой мотивации к прекращению курения у медицинских работников (Ткач В.В. с соавт., 2022). Эти противоречивые обстоятельства свидетельствуют о необходимости более подробного изучения детерминированности курения в среде медицинских работников.

Выводы. Мы установили, что из двух поведенческих факторов (курение, потребление алкоголя), только первый, согласно ответам респондентов, значительно меньше распространён в среде работников системы здравоохранения. Выявленные общие тенденции требуют более подробного изучения.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С КОМОРБИДНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ДЕТОКСИЦИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ И КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ.

**Шушпанова Т.В., Мандель А.И., Бедарев Р.И., Мазурова, Л.В.,
Кисель Н.И., Новожеева Т.П., Гарганеева Н.П.**

ФГБНУ Научно-исследовательский институт психического здоровья «Томский
научный исследовательский медицинский центр Российской Академии наук»
Томск

*NEW APPROACHES TO PERSONALIZED THERAPY OF ALCOHOLIC PATIENTS WITH
COMORBID DISORDERS OF THE DETOXIFYING FUNCTION OF THE LIVER AND
COGNITIVE DISORDERS.*

*Shushpanova T.V., Mandel A.I., Bedarev R.I., Mazurova L.V.,
Kisel N.I., Novozheeva T.P., Garganeeva N.P.*

Введение. Нарушение метаболических процессов печени в результате негативного воздействия алкогольной интоксикации оказывает влияние на когнитивные функции человека. В связи с этим, у больных алкоголизмом с коморбидным поражением печени мы можем наблюдать признаки когнитивных расстройств, которые проявляются на ранних стадиях заболевания, в том числе.

Цель. Выявление взаимосвязи показателей нарушения детоксицирующей функции печени и когнитивных расстройств у больных с алкогольной зависимостью для разработки алгоритма персонализированной терапии, применяемой у этих пациентов.

Материалы и методы. В исследование включено 40 мужчин 42,4±11,9 лет с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением алкоголя, нарушениями детоксицирующей функции печени и когнитивными расстройствами. Для динамической оценки психического состояния, когнитивных нарушений были использованы: шкала тревоги Гамильтона, тест «Монреальская шкала оценки когнитивных функций» (MoCA), оценка кратковременной и долговременной памяти. Когнитивные функции исследовали при поступлении и после проведения комплексной терапии. Исследовались в динамике биохимические показатели крови (АЛТ, АСТ, общий билирубин, холестерин, общий билирубин, щелочная фосфатаза).

Результаты. На фоне проводимой медикаментозной терапии произошел регресс обсессивно-компульсивного влечения к алкоголю, что подтверждается снижением среднего балла по соответствующей шкале с 36,5±4,2 до 3,47±2,03 балла. Нормализовались биохимические показатели крови (АЛТ, АСТ, общий билирубин, холестерин, общий билирубин). Улучшились когнитивные показатели, тестирование которых показало увеличение суммарного количества баллов по MoCA с показателя 22,7 ± 4,3 до лечения и 26,5 ± 1,6 после проводимой терапии.

Выводы. Исследование обнаружило, что у пациентов с 3-х кратным и более увеличением показателей АЛТ и АСТ в сыворотке крови по сравнению с нормой выявлены сниженные результаты в показателях кратковременной и долговременной памяти, также выражены нарушения зрительно-конструктивного

праксиса и возможностей, концентрации внимания, что подтверждается суммарными значениями по Монреальской Шкале оценки когнитивных функций, составившие $15,9 \pm 1,3$ балла. Восстановление детоксицирующей функции печени и улучшение когнитивного потенциала за счет применения в комбинированной схеме терапии препаратов, сочетающих нейротропный и гепатотропный эффекты, становятся благоприятным фактором для дальнейшей реабилитации пациентов и профилактики рецидивов алкогольной зависимости.

**ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ
ИННОВАЦИОННОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА, ПРОИЗВОДНОГО
МОЧЕВИНЫ, ВЛИЯЕТ НА МЕТАБОЛИЗМ НЕЙРОАКТИВНЫХ СТЕРОИДНЫХ
ГОРМОНОВ - МАРКЕРОВ СТРЕССОРНОЙ СИСТЕМЫ**

Шушпанова Т.В., Мандель А.И., Бохан Н.А., Новожеева Т.П.

ФГБНУ НИИ психического здоровья «Томский научный исследовательский
медицинский центр Российской Академии наук»

Томск

*THERAPY OF PATIENTS WITH ALCOHOLISM USING AN INNOVATIVE DRUG
DERIVATIVE OF UREA AFFECTS THE METABOLISM OF NEUROACTIVE STEROID
HORMONES - MARKERS OF THE STRESS SYSTEM*

*Shushpanova T.V., Mandel A.I., Bokhan N.A., Lebedeva V.F., Novozheeva T.P.,
Garganeeva N.P.*

Введение. В целях проведения эффективной терапии больных алкоголизмом является необходимость поиска средств фармакологической коррекции, направленной на молекулярные мишени действия алкоголя, устранение нейротоксических последствий алкогольной интоксикации и зависимости. Нарушенный гомеостаз нейроактивных стероидных гормонов (НАС) может быть фактором риска для развития психических заболеваний и алкогольной зависимости; Психофармакологические препараты, модулирующие активность НАС, вызывают клинические эффекты благодаря их влиянию на баланс стероидных гормонов. Целью работы явилось исследование уровней НАС: кортизола, адренокортикотропина (АКТГ), дегидроэпиандростерона (ДГЭА) и дегидроэпиандростерон - сульфата (ДГЭА-С) в плазме крови больных алкоголизмом мужчин и здоровых добровольцев на исходном уровне и на фоновой терапии. Материалы и методы. Исследование включало 168 больных алкоголизмом мужчин и 32 здоровых добровольцев, стандартизированных для основной группы по возрасту. Пациенты находились на лечении в клинике Научно-исследовательского института психического здоровья Томского НИМЦ с диагнозом в соответствии с ICD - 10: F10.232 и F10.302. Исследования эффекта применения в терапии инновационного антиконвульсанта «Галодиф» (мета-хлор-бензгидрилмочевина) на уровни НАС были выполнены путем назначения «Галодиф» в дозе 300 мг/сут. курсом 21 день. Уровни в АСТН, кортизол, ДГЭА и ДГЭА-С в плазме крови определяли с помощью иммуноферментного анализа, связанного с применением наборов для ИФА (ELISA). Результаты. Исследование уровней кортизола и АКТГ выявило их повышенный уровень у больных алкоголизмом по сравнению с контрольной группой здоровых добровольцев. Повышенный уровень кортизола характерен для состояния дистресса и депрессивных расстройств, свойственных алкогольному абстинентному синдрому (ААС), связанному с дефицитом ГАМК. Мы выявили значительное снижение уровня ДГЭА и ДГЭА-С в плазме крови больных алкоголизмом, вероятно, в результате хронического воздействия алкоголя и развитием ААС у этих пациентов. ДГЭА

обладает большей чувствительностью к повышенному уровню АКТГ, по сравнению с кортизолом. ДГЭА оказывает выраженное психотропное действие - улучшение памяти, антидепрессивное, анксиолитическое и антиагрессивное действие. Нами также установлено, что соотношение кортизол/ДГЭА у больных алкоголизмом в два раза превышает показатель здоровых добровольцев контрольной группы, что свидетельствует о тяжелом течении и выраженной стрессорной активности у больных алкоголизмом, находящихся в состоянии алкогольной абстиненции. Повышенное значение коэффициента кортизол/ДГЭА у больных алкоголизмом в период абстиненции изменяется на фоне курса терапии противосудорожным средством «Галодиф»: соотношение кортизол/ДГЭА снижается, но не достигает значения этого показателя в контрольной группе здоровых добровольцев. Повышение уровня ДГЭА на фоне проводимой терапии свидетельствует о стимуляции синтеза ДГЭА, оказывающего антиглюкокортикоидный эффект на фоне высокого уровня кортизола. Снижение повышенного уровня кортизола и соотношений кортизол/ДГЭА, также ассоциированное при повышении уровня ДГЭА у больных алкоголизмом на фоне проводимой терапии, является положительным ответом на лечение противосудорожным средством «Галодиф». Соотношение кортизол/ДГЭА имеет особое значение, поскольку антиглюкокортикоидные эффекты ДГЭА приводили к снижению тревожности и депрессии у пациентов. Повышение аллостерического модулятора ГАМКА рецепторов - ДГЭА может улучшить общую ГАМКергическую нейротрансмиссию в ЦНС. ДГЭА оказывает анксиолитическое действие при хроническом стрессе. Снижение уровня ДГЭА-С у больных алкоголизмом на фоне терапии галодифом может свидетельствовать об уменьшении пула ДГЭА-С в связи с переходом его в более активную несulfатированную форму, обладающую большей липофильностью и проницаемостью гематоэнцефалического барьера. Снижение ДГЭА-С под действием противосудорожной терапии препаратом «Галодиф» может свидетельствовать о переходе его в более активную форму ДГЭА, уровень которого значительно повышается на фоне терапии. ДГЭА и ДГЭА-С обладают мощным нейропротекторным и антиглюкокортикоидным действием на головной мозг и могут защищать нейроны от нейротоксичности, индуцированной глюкокортикоидами. симптомы ААС и привели к нормализации баланса стероидных гормонов, которые модулируют функцию ГАМКА рецепторов. «Галодиф» влияет на уровень НАС у больных алкоголизмом, оказывая модулирующее действие на ГАМКА рецептор, что в результате приводит к снижению компульсивного влечения к алкоголю. НАС являются мишенями при лечении компульсивного влечения к алкоголю, это может быть связано с влиянием алкоголя на эмоциогенные участки лимбической системы мозга, что особенно важно, поскольку в них часто локализуется очаг эпилептиформной активности, который может служить основой влечения к алкоголю у больных с алкогольной зависимостью.

ФОРМИРОВАНИЕ НЕЙРОНАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ (ГЛИОБЛАСТОВ И ГАМКА РЕЦЕПТОРОВ) НЕЙРОИММУННОЙ СИСТЕМЫ ЭМБРИОНАЛЬНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПРЕНАТАЛЬНОМ ВЛИЯНИИ АЛКОГОЛЯ.

Шушпанова Т.В., Солонский А.В., Шумилова С.Н.

ФГБНУ НИИ психического здоровья «Томский научный исследовательский медицинский центр Российской Академии наук»

Томск

FORMATION OF NEURAL ELEMENTS (GLIOBLASTS, GABAA RECEPTORS) OF THE NEUROIMMUNE SYSTEM OF THE HUMAN EMBRYONIC BRAIN UNDER THE PRENATAL INFLUENCE OF ALCOHOL.

Shushpanova T.V., Solonsky A.V., Shumilova S.N.

Введение. Пренатальное воздействие алкоголя неблагоприятно влияет на развивающийся плод, вызывает расстройства алкогольного спектра плода (РАСП) и является распространенной проблемой развития центральной нервной системы человека, но такие исследования крайне редки и являются значимыми. Алкоголь активизирует сигнальные пути врожденного иммунитета в мозге. Нейроиммунные молекулы, экспрессируемые и секретируемые глиальными клетками головного мозга (микроглия, олигодендроглия), изменяют функцию нейронов и стимулируют, в дальнейшем, развитие алкогольного поведения. В передаче нейроиммунных сигналов участвуют различные сигнальные пути и клетки мозга. Новое понимание молекулярных механизмов, лежащих в основе РАСП, привело к идентификации новых терапевтических мишеней, связанных с нейроиммунной системой.

Цель настоящего исследования заключалась в изучении нейрональных элементов: морфометрических параметров глиобластов, синаптических структур и свойств синаптосомальных ГАМКА-бензодиазепиновых рецепторов нейроиммунной системы в эмбриогенезе мозга человека при перинатальном воздействии алкоголя. Материал и методы. В исследовании приняли участие женщины в возрасте от 25 до 41 года без соматической или психической патологии, не употреблявшие алкоголь до (в период, равный 1 месяцу) зачатия и во время беременности (1-я группа) и женщины, страдающие алкоголизмом I-II клинической стадии от 3 до 13 лет (2-я группа). Абортивный материал ткани эмбрионального головного мозга (ГМ) человека был получен при операциях по искусственному прерыванию беременности. Полученные образцы разрезали на ультратоме Ultracut-E (Reichert, Австрия) на полутонкие срезы (0,5-1 мкм) и окрашивали толуидиновым синим (краситель Ниссля) по стандартной методике. Исследование образцов ткани мозга проводилось с использованием светового микроскопа Axio Scope A1 (Carl Zeiss, Германия). При последующей фотосъемке использовалась цифровая камера Canon G10. Параметры ГАМКА-бензодиазепиновых рецепторов изучали с помощью радио-рецепторного анализа [3H]-флунизтазема (Amersham) на синаптосомных мембранах образцов мозга. Радиоактивный анализ количества связанного лиганда проводили в сцинтилляционном бета-счетчике «Rack-beta» («LKB»).

Результаты. Выявлены изменения глиобластов в ткани мозга эмбрионов и плодов человека в условиях хронической пренатальной алкоголизации с увеличением срока беременности по сравнению с контрольными подгруппами были следующие: достоверное увеличение среднего количества глиобластов, длины периметров пресинаптических терминальных структур, постсинаптической плотности, пресинаптические терминальные области были значительно меньше ($p < 0,01$) в исследуемой группе, чем в контрольной группе сравнения. Воздействие этанола приводило к снижению аффинности ГАМКА-бензодиазепиновых рецепторов, что влияет на нейрональную пластичность, связанную с развитием и

дифференцировкой клеток-предшественников (глиобластов и нейробластов) в период эмбриогенеза головного мозга человека и приводит к подавлению ГАМКергической функции в головном мозге.

Заключение. Алкоголь влияет на нейрональную регуляцию врожденного иммунитета в клетках мозга, изменяя экспрессию генов и молекулярные пути, регулирующие нейровоспаление. Динамика изменений глиальных элементов и рецепторной активности в нервной ткани эмбрионов и плодов человека в условиях пренатального воздействия алкоголя свидетельствует о более выраженном влиянии алкоголя на самых ранних стадиях развития эмбриона человека. Активация глиальных клеток в период токсического воздействия алкоголя является необходимой защитной функцией мозга.

ТРЕХКОМПОНЕНТНАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИОИДОВ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ ВИЧ И СТАБИЛИЗАЦИИ РЕМИССИИ

**Ярославцева Т.С., Блохина Е.А., Звартау Э.Э., Ветрова М.В.,
Васильева Ж.В., Крупицкий Е.М.**

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России
Санкт-Петербург

*A THREE-COMPONENT INTERVENTION IN OPIOID-DEPENDENT AND HIV-
INFECTED PATIENTS TO ACHIEVE A REDUCTION IN HIV VIRAL LOAD AND
STABILIZATION OF REMISSION*

*Yaroslavtseva T.S., Blokhina E.A., Zvartau E.E., Vetrova M.V., Vasilyeva J.V.,
Krupitsky E.M.*

ВВЕДЕНИЕ. Россия продолжает занимать одно из лидирующих мест в Европе по распространению ВИЧ-инфекции. И, несмотря на то, что доля ВИЧ-инфицированных в группе потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) существенно сократилась за последнее время, в частности в г. Санкт-Петербурге эта цифра уменьшилась за последние 6 лет с 33.9% в 2016 г. до 18.9 % в 2022 году, доля таких пациентов все еще остается на высоком уровне. Эта категория больных требует пристального внимания как со стороны инфекционных, так и наркологических служб, ввиду рискованного поведения в отношении распространения ВИЧ-инфекции, особенно в состоянии активного употребления инъекционных наркотиков (рецидива), когда пациенты прекращают прием назначенной АРВТ, либо вообще не обращаются за помощью в инфекционные службы по поводу ВИЧ-инфекции. Взаимодействие наркологической и инфекционной служб находится на низком уровне. Объединение усилий этих двух служб могло бы помочь ВИЧ инфицированным людям, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН) не только в становлении и поддержании ремиссии зависимости от опиоидов, но и своевременно начать наблюдение в ВИЧ службе и назначении антиретровирусной терапии (АРВТ).

Целью исследования была оценка эффективности комплексной трехкомпонентной фармакоповеденческой интервенции, которая включала в себя раннее начало АРВТ, лечение налтрексоном и психологическое сопровождение (кейс-менеджмент, основанный на сильных сторонах личности) на уровень неопределяемой вирусной нагрузки ВИЧ (ВИЧ ВН) у ЛУИН, находящихся на стационарном лечении по поводу опиоидной зависимости и не получающих АРВТ. Все три компонента интервенции были начаты на этапе оказания стационарной наркологической помощи.

МЕТОДЫ: 225 ВИЧ-инфицированных больных, которые получали курс стационарной детоксикационной терапии в городской наркологической больнице по поводу

синдрома зависимости от опиоидов (СЗО) и без АРВТ на момент включения, были рандомизированы в две группы исследования: 1) группа интервенции (ГИ, n=111) и 2) группа контроля (ГК, n=114). Группа интервенции получала комплексную трехкомпонентную фармакоповеденческую интервенцию. Фармакологическая интервенция заключалась в раннем назначении АРВТ в стационаре, и налтрексона в период с момента купирования синдрома отмены опиоидов и до выписки из стационара, и включала в себя однократную инъекцию Вивитрола (380 мг налтрексона, внутримышечно). После выписки в рамках исследования были предусмотрены четыре имплантации Продетоксона (1000 мг налтрексона в виде имплантата в область передней брюшной стенки), которые проводились амбулаторно 1 раз в 3 месяца в течение 12 месяцев.

Поведенческая интервенция продолжительностью 12 месяцев включала в себя 10 сессий кейс-менеджмента, основанного на сильных сторонах личности, и была направлена на привлечение ВИЧ-инфицированных пациентов с СЗО в специализированные службы помощи и лечения ВИЧ-инфекции для улучшения основных показателей ВИЧ-инфекции.

До выписки из наркологического стационара инфекционист городского центра СПИД назначал всем участникам интервенционной группы препараты АРВТ и обеспечивал участников запасом на 30 дней, чтобы после выписки пациент не остался без терапии до момента самостоятельного обращения в центр СПИДа.

В качестве первичного показателя эффективности был выбран уровень неопределяемой вирусной нагрузки ВИЧ (ВИЧ ВН; < 40 копий/мл) через 12 месяцев. Вторичными показателями эффективности были: 1) начало АРВТ в течение 28 дней с момента включения в исследование; 2) изменения уровня СД4 лимфоцитов с момента включения в исследование в течение 12 месяцев; 3) обращение в специализированную службу помощи и лечения ВИЧ-инфекции (≥ 1 визита в центр СПИДа в течение 6 месяцев); 4) уровень неопределяемой ВИЧ ВН через 6 месяцев; 5) уровень неопределяемой ВИЧ ВН среди участников, которые воздерживались от употребления опиоидов в течение последних 30 дней (Timeline Followback) через 12 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Общие демографические характеристики участников на момент включения были следующими: 60% больных были мужчинами; средний возраст составил 37 лет; 99% были с тяжелой степенью опиоидной зависимости; средний уровень СД4 лимфоцитов - 420 клеток/мм³; 33% сообщили о приеме АРВТ в прошлом.

Через 12 месяцев наблюдения были получены статистически значимые различия по уровню неопределяемой ВИЧ ВН в ГИ (48%) по сравнению с ГК (22%) [AOR 3.04; 95% CI: 1.44, 6.44; p=0.0039]. Через 6 месяцев после рандомизации этот показатель также достиг статистической значимости: 35% в ГИ vs 13% в ГК [AOR 3.76; 95% CI: 1.7, 8.34; p=0.001]. По показателю начала АРВТ в течение 28 дней после включения в исследование также была показана статистическая значимость: 74% ГИ vs 11% ГК [AOR 23.13; 95% CI: 11.13, 48.07; p<0.001]. 51% пациентов в группе интервенции продолжали наблюдение в службе помощи ВИЧ-инфицированным в течение 12 месяцев по сравнению с 35% из группы контроля [AOR 1.97; 95% CI: 1.15, 3.37; p=0.014]. Разница в уровне (повышение уровня) СД4 лимфоцитов с момента включения в исследование и через 12 месяцев участия не достигла статистической межгрупповой значимости и составило в ГИ 59 [155] vs 0 [195] в ГК соответственно [p=0.059]. При оценке уровня неопределяемой ВИЧ ВН среди участников, которые воздерживались от употребления опиоидов в течение последних 30 дней, на временной точке через 12 месяцев были статистически значимо выше в группе

интервенции по сравнению с группой контроля: 26.7% vs 5.2% [AOR 6.51; 95% CI: 2.08, 20.40; p=0.001].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Комплексная фармакологическая и поведенческая интервенция показала свою эффективность по сравнению с существующей стандартной инфекционной и наркологической помощью среди ЛУИН с ВИЧ инфекцией в отношении улучшения показателей ВИЧ-инфекции уже через 6 месяцев интервенции, а также обращения и удержания в специализированных службах помощи и лечения ВИЧ, включая ранее назначение АРВТ в данной когорте пациентов. Расширение и внедрение этой комплексной интервенции может помочь ЛУИН снизить рискованное поведение в отношении передачи ВИЧ инфекции, а также устранить барьеры на пути к получению помощи, связанной с ВИЧ и зависимостью от опиоидов.

НЕВРОЛОГИЯ

ИССЛЕДОВАНИЕ ФРАКЦИОННОЙ АНИЗОТРОПИИ В ОБЛАСТИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ОЧАГА ПРИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ, ВЫЗВАННОЙ ФОКАЛЬНОЙ КОРТИКАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ 1 ТИПА (ФКД I).

Андреев Е.В., Саломатина Т.А., Потемкина Е.В.

НМИЦ им. В.А. Алмазова

Санкт-Петербург

Актуальность. Фармакорезистентные эпилепсии составляют основное экономическое и социальное бремя эпилепсии. Среди группы фармакорезистентных эпилепсий преобладают структурные височные эпилепсии. Фокальные кортикальные дисплазии (ФКД) являются наиболее частой причиной структурной височной эпилепсии. Хирургическое удаление ФКД является эффективным методом лечения фокальной эпилепсии. Однако диагностика ФКД 1 типа при МРТ исследовании часто затруднена и требует поиска дополнительных методов верификации

Цель исследования: оценить количественные изменения коэффициента фракционной анизотропии (ФА) в отдельных проводящих путях белого вещества височных долей с целью применения для диагностики ФКД 1.

Материалы и методы: Исследование проведено в РНХИ им. проф.А.Л.Поленова в 2022- 2023гг. Ретроспективно были проанализированы 10 МРТ исследований, в рамках которых была выполнена МР-трактография, у пациентов с фармакорезистентной эпилепсией. Пациенты были прооперированы во отделении функциональной нейрохирургии No2 РНХИ им. А.Л.Поленова (зав. Отд.к.м.н.Нездоровина В.Г). При гистологическом исследовании была подтверждена ФКД I в левой височной доле. Были изучены различия в коэффициенте ФА в нижнем продольном пучке, аркуатном пучке, унцинатном пучке. Сравнение проводилось с аналогичными проводящими путями в контрлатеральном полушарии.

Результаты: Были выявлены достоверно значимые различия коэффициента ФА в исследованных проводящих путях ($p \leq 0,05$).

Значения ФА нижнего продольного пучка в передних отделах: до 0,493 слева, 0,437 справа (около 11,3%); в задних отделах: до 0,408 слева, 0,452 справа (-9,2%).

Значения ФА аркуатного пучка: до 0,53 слева, 0,477 справа (10%).

Значения ФА унцинатного пучка на уровне лобных долей: до 0,377 слева, 0,384 справа (- 1,8%); на уровне височных долей: до 0,452 слева, 0,379 справа (16,2%).

Выводы: Выявленные различия коэффициента фракционной анизотропии могут свидетельствовать о микроструктурных изменениях в белом веществе головного мозга в области ФКД I и применяться для верификации ФКД1 при исследовании.

ОСОБЕННОСТИ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ УЧАЩИХСЯ 11 КЛАССА, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Архипова Ю.А.

ГБУ ЦДК

Санкт-Петербург

PECULIARITIES OF WRITTEN SPEECH OF 11TH GRADE PUPILS WITH EPILEPSY

Arkhipova Y.A.

Актуальность. Известно, что эпилепсия, стоящая на стыке неврологии и психиатрии, оказывает влияние на развитие структур центральной нервной системы и формирование высших психических функций, особенно при дебюте заболевания в детском возрасте. У лиц с длительным анамнезом эпилепсии возможно локальное или диффузное поражение структур головного мозга, что может способствовать развитию интеллектуально-мнестических, аффективных и речевых нарушений, обуславливающих возникновение социальной дезадаптации, а также нарушение процессов обучения. Установлено, что речевые проблемы, чаще возникающие при чтении и письме, при всех формах эпилепсии также могут наблюдаться при отсутствии интеллектуальных нарушений. Речевые нарушения, сопровождающие течение эпилептического процесса, до настоящего времени изучены недостаточно. Исследование данного вопроса должно способствовать выявлению путей коррекции патологических изменений речи при эпилепсии.

Цель. Установить особенности письменной речи у страдающих эпилепсией учащихся 11 класса средних образовательных школ.

Материалы и методы. В рамках углубленного обследования учащихся 11 класса с ограниченными возможностями здоровья были выделены 2 группы: основную группу составили 15 подростков, страдающих эпилепсией; в группу контроля были включены 20 подростков с мигренью. При проведении анкетирования, сопровождающего обследование с привлечением врача-невролога, психолога и логопеда, при необходимости – психиатра, учащимся было предложено в письменном виде ответить на вопросы о планах на будущее, обозначить имеющиеся потребности и стремления, а также дать характеристику школьным педагогам.

Результаты. Средний возраст обследованных учащихся составил 17,7 лет, что, согласно терминологии Фонда Организации Объединённых Наций в области народонаселения, соответствует позднему подростковому возрасту. Установлено, что учащиеся 11 класса, страдающие эпилепсией, при заполнении опросного листа употребляли меньшее количество слов (7-15 слов; $9,9 \pm 2,4$) по сравнению с подростками, страдающими мигренью (20-105 слов; $39,1 \pm 22,9$) ($p < 0,05$). Следует подчеркнуть, что письменная речь при эпилепсии характеризовалась упрощением ее грамматической структуры, кроме того, при выполнении задания требовалось продолжительное обдумывание. Согласно данным педагогической характеристики участников исследования, у учащихся с эпилепсией в большинстве случаев имело место снижение памяти и трудоспособности, кроме того, отмечались высокая утомляемость, медлительность, тревожность.

Необходимо отметить, что 53,3% учащихся, включенных в основную группу ($n=8$), дали негативную оценку учителям, подчеркнув существование трудностей в обучении, обусловленных отсутствием понимания со стороны педагогов. В то же время только 1 подросток с мигренью (5%) отметил негативные характеристики учителей ($\chi^2=10,483$; $p=0,002$). Результаты, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о существовании особенности письменной речи у учащихся 11 класса с эпилепсией, что свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения

особенностей речи подростков с эпилепсией и определения эффективных методик направленной коррекции имеющихся нарушений.

Заключение. Согласно полученным результатам, можно сделать вывод о необходимости динамического углубленного психолого-педагогического обследования субъектов позднего подросткового возраста, страдающих эпилепсией, с целью раннего выявления когнитивных нарушений, расстройств речи и особенностей эмоциональной сферы, а также определения потребности в организации психолого-логопедического сопровождения учащихся с ограниченными возможностями здоровья в дополнение к адекватной противоэпилептической терапии.

СКЛЕРОЗ ГИППОКАМПА КАК НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЙ МАРКЕР ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К СУИЦИДАЛЬНОМУ РИСКУ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Большакова А.К.; Шова Н.И.; Михайлов В.А.

ФГБУ "НМИЦ ПН им.В.М.Бехтерева" Минздрава России

Санкт-Петербург

HIPPOCAMPAL SCLEROSIS AS A NEUROIMAGING MARKER OF PREDISPOSITION TO SUICIDE RISK IN PATIENTS WITH EPILEPSY

Bolshakova A.K.; Shova N.I.; Mikhailov V.A.

Цель исследования - выявление и изучение нейровизуализационных маркеров предрасположенности к формированию суицидального поведения среди больных эпилепсией.

Материалы и методы. Было обследовано 112 больных (54 мужчины и 58 женщин) с установленным диагнозом эпилепсия, возраст респондентов $M=33,21$ лет; $SD=12,25$, на базе отделения лечения органических психических расстройств и эпилепсии ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.М.Бехтерева» Минздрава России. Все больные проходили стационарное лечение на отделении. Набор пациентов производился методом сплошной выборки для обеспечения репрезентативности и однородности материала. Верификация состояния осуществлялась на основании жалоб, клинической картины, результатами инструментальных и лабораторных исследований. Пациенты были разделены на две группы. Критерием для разделения стало наличие суицидальных мыслей (в исследование не входили пациенты с суицидальными попытками, а также с самоповреждениями истероидного и/или демонстративного характера): в первую группу вошли пациенты с суицидальными мыслями (41 человек); вторую группу составили пациенты без суицидальных идеаций (71 человек). Фиксирование наличия суицидальных мыслей проводилось с помощью клинического опроса. Описание первой группы: 41 пациент с эпилепсией, имеющий суицидальные мысли. Стоит сделать акцент на том, что в своем исследовании мы намеренно не рассматривали пациентов с суицидальными попытками в анамнезе, а только пациентов с мыслями о суициде. Это обусловлено тем, что было важно выяснить, какие факторы могут приводить пациентов, страдающих эпилепсией, к мыслям о суициде. Средний возраст респондентов – $32,20 \pm 11,31$. Из них 15 мужчин (36,59%) в возрасте $29,33 \pm 9,18$ и 26 женщин (63,41%) в возрасте $33,85 \pm 12,23$. Возраст дебюта заболевания у пациентов с суицидальной активностью, принявших участие в исследовании, варьировал от 1 года до 40 лет; длительность заболевания - $15,22 \pm 9,70$. Описание второй группы: 71 пациент с диагнозом эпилепсия без суицидальных идеаций и попыток суицида в анамнезе в возрасте $33,79 \pm 12,80$. Из них 39 мужчин (54,93%) в возрасте $32,26 \pm 12,51$ и 32

женщины (45,07%) в возрасте $35,66 \pm 13,10$. Возраст дебюта заболевания пациентов, принявших участие в исследовании, варьирует от 1 года до 55 лет; длительность заболевания $14,63 \pm 11,90$. Статистически группы не различались по гендеру и возрастной структуре. Для решения поставленных задач данного исследования использовалась оценка клинико-неврологического статуса с применением стандартного неврологического осмотра, сбора анамнеза заболевания, психиатрического интервью, психометрическое обследование с использованием клинико-психологических шкал и опросников и нейровизуализационное обследование. Проводилась оценка результатов МРТ головного мозга 1,5 Тл по заключениям рентгенологов. Обработка результатов включала в себя количественный и качественный анализ полученных данных. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ SPSS.23 и Excel. В соответствии с поставленными задачами исследования использовалась математико-статистическая обработка при помощи прикладного пакета SPSS 23. В исследовании были применены следующие методы математической статистики. Параметрические данные оценивались с помощью методов описательной статистики (вычисление средних значений, средних квадратичных отклонений, анализ частот). Достоверность различий между показателями групп исследования оценивалась: для параметрических данных на основании t-критерия Стьюдента, для непараметрических-U-критерия Манна-Уитни и ϕ^* -углового преобразования Фишера. Статистические гипотезы проверялись на уровне значимости $p=0,05$. Также нами использовались корреляционный (коэффициент ранговых корреляций Спирмена) анализ.

Результаты и их обсуждение. МРТ головного мозга 1,5 Тл проводилось по программе эпилепсия с прицельным исследованием гиппокампа в группе больных эпилепсией и больных эпилепсией с суицидальными идеациями. В большинстве случаев в обеих группах (70,7% случаев в 1 группе пациентов (N=29) и 64,8% случаев пациентов 2 группы (N=46) имеются патологические изменения на МРТ. В дальнейшем, мы оценивали изменения со стороны гиппокампов. Выявленные изменения гиппокампа локализованы в группе пациентов с суицидальными мыслями преимущественно слева (17,1% случаев, N=7), локализация изменений гиппокампа справа была обнаружена всего в одном случае (2,4%, N=1). Во 2 группе, напротив, чуть больше случаев локализации изменений гиппокампа обнаружено справа (7% случаев – справа (N=5), 4,2% случаев – слева (N=3)). Также было выявлено, что существует статистически значимое различие между двумя группами в отношении расположения изменений гиппокампа слева. Иными словами, в группе пациентов суицидальными мыслями чаще, чем во 2 группе, изменения гиппокампа локализуются слева ($\phi^*=2,243$; $p \leq 0,05$).

Выводы. Выявлено, что суицидальные намерения в большей степени характерны для пациентов с органическими изменениями левого гиппокампа.

ЦИТОКИНЫ - БИОМАРКЕРЫ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Вульф М.А., Тынтерова А.М., Литвинова Л.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»
Калининград

CYTOKINES - BIOMARKERS OF COGNITIVE DYSFUNCTION IN THE ACUTE PERIOD OF ISCHEMIC STROKE

Vulf M, Tynterova A.M., Litvinova L.S.

Введение. Распространенность постинсультных когнитивных расстройств смешанной этиологии обуславливает поиск новых специфических биомаркеров ключевыми из которых являются молекулы цитокинов в крови.

Цель исследования - определить активность провоспалительных цитокинов семейства CXCL и интерлейкинов у пациентов с когнитивными нарушениями в остром периоде ишемического инсульта

Материалы и методы

В исследование включено 80 пациентов с диагнозом «Ишемический инсульт». Для оценки когнитивного дефицита использовалась Монреальская шкала оценки когнитивных функций, тест на исполнительную функцию и семантическую афазию, по результатам которых пациенты были разделены на две основные группы: 1-я группа - 60 пациентов, имеющих когнитивное снижение; 2-я группа - 20 пациентов с нормальным когнитивным статусом. Лабораторная диагностика включала анализ уровня хемокинов семейств CXCL и интерлейкинов в плазме крови пациентов методом проточной флуориметрии на анализаторе Bio-Plex® 200 Systems.

Результаты исследования и обсуждение

Выявлен более высокий уровень хемокина CXCL10 ($p=0,003$) и интерлейкина IL-1b ($p=0,049$) у пациентов с когнитивными нарушениями и преобладание CXCL10 ($p=0,006$) и IL-1b ($p=0,016$) у пациентов с атрофией головного мозга, что свидетельствует о взаимосвязи данных цитокинов с процессами нейрондегенерации. Анализ корреляции когнитивного дефицита и уровня цитокинов выявил обратную связь между уровнем CXCL10 и общим баллом по MoCA ($p<0,001$; $r_{xy} = -0,644$), речевой функцией ($p=0,019$; $r_{xy} = -0,400$), семантической афазией ($p=0,015$; $r_{xy} = -0,512$) и мнестическими нарушениями ($p=0,044$; $r_{xy} = -0,444$); IL-1b ($p=0,031$; $r_{xy} = -0,452$) и CXCL11 ($p=0,044$; $r_{xy} = -0,439$) с семантической афазией. Выявленные корреляционные взаимоотношения концентраций CXCL10, CXCL11 и IL-1b с когнитивными составляющими, преимущественно нейродегенеративной природы, позволяют рассматривать данные цитокины в качестве биомаркеров дегенеративной природы в структуре смешанной деменции.

Заключение

Определение концентраций CXCL10, CXCL11 и IL-1b в плазме крови пациентов с ишемическим инсультом может использоваться в диагностике и прогнозировании течения постинсультной когнитивной дисфункции.

Конфликт интересов отсутствует.

Ключевые слова: биомаркеры, цитокины, когнитивные нарушения, инсульт, нейродегенерация.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ МИКРОРНК-143 У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА ФОНЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Вульф М.А., Бограя М.М., Сафиуллина Л.А., Стрельцова В.В.

Лопатин М.М., Тынтерова А.М., Литвинова Л.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»

Калининград

ANALYSIS OF MICRORNA-143 EXPRESSION IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE AND COMORBID PATHOLOGY

Vulf M.A., Bograya M.M., Safiullina L.A., Streltsova V.V. Lopatin M.M., Tynterova A.M., Litvinova L.S.

Введение. Распространенность постинсультных когнитивных расстройств смешанной этиологии обуславливает поиск новых специфических биомаркеров ключевыми из которых являются молекулы цитокинов в крови.

Цель исследования - определить активность провоспалительных цитокинов семейства CXCL и интерлейкинов у пациентов с когнитивными нарушениями в остром периоде ишемического инсульта

Материалы и методы

В исследование включено 80 пациентов с диагнозом «Ишемический инсульт». Для оценки когнитивного дефицита использовалась Монреальская шкала оценки когнитивных функций, тест на исполнительную функцию и семантическую афазию, по результатам которых пациенты были разделены на две основные группы: 1-я группа - 60 пациентов, имеющих когнитивное снижение; 2-я группа - 20 пациентов с нормальным когнитивным статусом. Лабораторная диагностика включала анализ уровня хемокинов семейств CXCL и интерлейкинов в плазме крови пациентов методом проточной флуориметрии на анализаторе Bio-Plex® 200 Systems.

Результаты исследования и обсуждение

Выявлен более высокий уровень хемокина CXCL10 ($p=0,003$) и интерлейкина IL-1b ($p=0,049$) у пациентов с когнитивными нарушениями и преобладание CXCL10 ($p=0,006$) и IL-1b ($p=0,016$) у пациентов с атрофией головного мозга, что свидетельствует о взаимосвязи данных цитокинов с процессами нейрондегенерации. Анализ корреляции когнитивного дефицита и уровня цитокинов выявил обратную связь между уровнем CXCL10 и общим баллом по MoCA ($p<0,001$; $r_{xy}=-0,644$), речевой функцией ($p=0,019$; $r_{xy}=-0,400$), семантической афазией ($p=0,015$; $r_{xy}=-0,512$) и мнестическими нарушениями ($p=0,044$; $r_{xy}=-0,444$); IL-1b ($p=0,031$; $r_{xy}=-0,452$) и CXCL11 ($p=0,044$; $r_{xy}=-0,439$) с семантической афазией. Выявленные корреляционные взаимоотношения концентраций CXCL10, CXCL11 и IL-1b с когнитивными составляющими, преимущественно нейродегенеративной природы, позволяют рассматривать данные цитокины в качестве биомаркеров дегенеративной природы в структуре смешанной деменции.

Заключение

Определение концентраций CXCL10, CXCL11 и IL-1b в плазме крови пациентов с ишемическим инсультом может использоваться в диагностике и прогнозировании течения постинсультной когнитивной дисфункции.

Конфликт интересов отсутствует.

Ключевые слова: биомаркеры, цитокины, когнитивные нарушения, инсульт, нейродегенерация.

ЧАСТОТА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.

Грива А.И., Мирзаева Л.М.

ФБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России

Санкт-Петербург

THE FREQUENCY OF ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS AND DIZZINESS IN PATIENTS OF A NEUROLOGICAL HOSPITAL.

Griva A.I., Mirzaeva L.M.

Головокружение и неустойчивость являются одной из наиболее распространенных жалоб, с которыми пациенты приходят на прием к врачу неврологу. В структуре обращаемости они занимают ведущие позиции. На персистирующее постурально-перцептивное головокружение (ПППГ) приходится 15–20% всех случаев посещения врачей по поводу головокружения и неустойчивости. ПППГ занимает 2 место среди всех видов головокружений. Аффективные расстройства остаются актуальной и весьма распространенной проблемой среди пациентов неврологического профиля. Депрессивные расстройства наблюдаются у 25-55% неврологических больных. Частота встречаемости тревожных расстройств составляет 20-45%.

Цель исследования: выявить частоту тревожных и депрессивных состояний, а также сопряженных с ними нарушений сна у пациентов неврологического стационара, определить частоту развития головокружений, в том числе ПППГ как коморбидной патологии среди пациентов с разными нозологическими формами, оценить степень выраженности данных нарушений с целью практического применения полученных результатов при составлении плана лечения.

Материалы и методы. Было обследовано 40 пациентов в возрасте от 28 до 82 лет (19 женщин (47,5%), средний возраст 59 ± 14 лет, и 21 мужчин (52,5%), средний возраст 57 ± 15 лет), находящихся на лечении в неврологическом стационаре клиники им. Петра Великого в период с 01.02.2022 по 01.04.2022 гг. Обследуемым было выполнено нейропсихологическое тестирование, предназначенное для скрининга тревоги, депрессии, нарушений сна и оценки соответствия головокружений критериям ПППГ и его степени выраженности.

Результаты. Головокружение выявлено у 29 пациентов (72,5%), среди которых у 23 человек (57,5%) длительность более 1 года. За медицинской помощью и лечением по поводу головокружения ранее обращались 17 пациентов (42,5%). Критериям диагностики ПППГ соответствовало 19 пациентов (47,5%). По результатам тестирования с помощью Ниигатского опросника (NPQ), имеющего высокую надежность и валидность при оценке тяжести ПППГ, у 17 пациентов (42,5%) было выявлено клинически значимое головокружение. По результатам госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) клинически значимую выраженность тревоги имели 20 пациентов (50%), депрессии 18 пациентов (45%). По результатам опросника тревоги Бека аналогично 20 пациентов (50%) имели клинически значимую выраженность тревоги. Выраженная диссомния отмечалась у 30 пациентов (75%).

Вывод. Таким образом, по результатам тестирования было определено, что большая часть пациентов имеет клинически значимую выраженность аффективных расстройств, диссомнии и головокружений, в том числе ПППГ. Выявленные изменения следует учесть с целью подбора медикаментозного и психотерапевтического лечения данной группы пациентов помимо лечения основного заболевания.

**ИНДУКТОР ШАПЕРОНОВ U133 ПРИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВАХ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА МОДЕЛИ
БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА У ЖИВОТНЫХ
Екимова И.В., Пази М.Б., Полоник С.Г.,
Белан Д.В., Гузеев М.А., Чернышев М.В.**

Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова РАН
Тихоокеанский институт биоорганической химии им. Г.Б. Елякова Дальневосточного
отделения Российской академии наук
Санкт-Петербург, Владивосток

Одним из наиболее частых и клинически значимых нервно-психических нарушений при болезни Паркинсона (БП) является депрессия, которая встречается в среднем у 35% пациентов. Среди характерных симптомов депрессии при БП отмечена ангедония, которая выявляется в среднем у 45.7% случаев БП и может коррелировать с другими признаками депрессии (апатия, повышенная тревожность) и нарушением сна. В настоящее время подходы к терапии депрессии при БП пока находятся в стадии разработки.

На лактацистиновой модели доклинической стадии БП у пожилых крыс разработан новый подход к превентивному лечению депрессивно-подобных состояний на основе индуктора шаперонов соединения U133. Показано, что проведение терапии с U-133 в модели БП приводит к повышению уровня Hsp70 (HSPA1) в моноаминергических эмоциогенных структурах ствола головного мозга, которое было сопряжено с устранением признаков ангедонии и нарушения сна. Коррекция депрессивно-подобного поведения с помощью Hsp70-индуцирующей терапии при моделировании БП связана в первую очередь с нейропротективными свойствами шаперона Hsp70, которые эффективно проявляются в мезокортикальной системе вознаграждения и норадренергической системе голубого пятна. Об этом свидетельствует значительное уменьшение количества погибших нейронов и ослабление признаков хронического нейровоспаления в этих эмоциогенных структурах. Не менее важным механизмом такой терапии является ее корректирующее влияние на архитектуру сна, которое приводит к увеличению пропорции восстановительного глубокого сна, во время которого повышается скорость синтеза белков и работа глимфатической системы головного мозга. Полученные данные являются фундаментальным обоснованием для разработки новой молекулярной технологии превентивной фармакотерапии терапии БП и ангедонии различного генеза на основе индукторов шаперонов.

Работа поддержана в рамках ГЗ ИЭФБ РАН № 075-00967-23-00.

**КОНТРАСТНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И МИКРОТРЕМОР ГЛАЗ У ЛИЦ С
ЗАИКАНИЕМ.**

Кожушко М.В., Ляпунов С.И., Ляпунов И.С., Шошина И.И.

СПбГУ, Институт общей физики им. А.М. Прохорова РАН
Санкт-Петербург

CONTRAST SENSITIVITY AND OCULAR MICROTREMOR IN PERSONS WITH STUTTERING.
Kozhushko M., Lyapunov S., Lyapunov I., Shoshina I.

Заикание – неврологическое расстройство с неясной этиологией. Данные единичных исследований свидетельствуют об особенностях глазных движений при заикании, в частности, уменьшении количества и долготы фиксации взгляда. Результаты исследований (Neef N. E. et al., 2018) свидетельствуют об изменении у лиц с заиканием активности корковых зон, входящих в дорсальный путь, формируемый

преимущественно отростками нейронов магноклеточных слоев латерального коленчатого тела таламуса. В составе этого же пути корковые зоны произвольной регуляции глазных движений (Кубарко и др., 2009). Гипотеза исследований состоит в том, что при заикании наблюдается повышенный тонус стволового отдела мозга и доминирование активности дорсального пути, имеющего с подкоркой большее количество связей, по сравнению с височным путем передачи информации из каудальных во передние зоны коры мозга. Другими словами, у лиц с заиканием наблюдается дисбаланс во взаимодействии парво- и магноклеточной систем, формирующих височный и дорсальный потоки, со смещением активности в сторону магносистемы и, соответственно, дорсального потока.

Цель исследования – оценить у лиц с заиканием показатели микродвижений глаз и контрастной чувствительности, свидетельствующие о тонусе стволового отдела мозга и функциональной активности дорсального и вентрального потоков.

В исследовании приняли участие 39 человек без заикания и 11 человек, подтвердивших у себя наличие заикания. Регистрировали контрастную чувствительность зрительной системы методом визоконтрастометрии с использованием элементов Габора с пространственной частотой от 0,2 до 10 цикл/град. Для измерения параметров окулярного микротремора глаз (ОМТ) использовали оптическую систему и программное обеспечение, разработанное коллективом авторов (Lyapunov et al., 2022). Статистический анализ данных был выполнен с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни.

Анализ данных показал значимые различия в контрастной чувствительности на частоте 0,4 цикл/град ($p < 0,01$), свидетельствующей об активности магноклеточной системы и дорсального пути. Также установлены значимые различия в средней амплитуде ОМТ ($p < 0,001$) и амплитуде ОМТ в диапазоне частоты от 56 до 110 Гц ($p < 0,001$). Лица с заиканием демонстрировали более высокие показатели, чем испытуемые без заикания.

Таким образом, в ходе исследования впервые получены данные об изменениях активности стволового отдела мозга и характера взаимодействия нейронных систем у лиц с заиканием на корковом уровне. Продемонстрирован новый подход к изучению особенностей работы мозга лиц с заиканием.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК

Куприянова Д.С., Тарасова И.В., Трубникова О.А., Барбараш О.Л.
ФГБНУ «НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

Министерства науки и высшего образования РФ
Кемерово

THE BRAIN ELECTRICAL ACTIVITY INDICATORS IN CARDIAC SURGERY PATIENTS DEPENDING ON THE USING OF PREOPERATIVE PHYSICAL TRAINING

Kupriyanova D.S., Tarasova I.V., Trubnikova O.A., Barbarash O.L.

Актуальность. Ранее показаны благоприятные эффекты аэробных тренировок в отношении поддержания мозговых функций у пожилых лиц (Трубникова О.А., 2020). Однако на сегодняшний день не оценивались возможное влияние аэробных физических тренировок, проводимых на этапе подготовки к операции, на активность головного мозга пациентов в раннем послеоперационном периоде коронарного шунтирования (КШ).

Цель исследования: Анализ показателей электрической активности коры головного мозга у пациентов в зависимости от применения до КШ короткого курса физической реабилитации.

Материалы и методы: В проспективное рандомизированное исследование были включены 103 пациента со стабильной ишемической болезнью сердца, направленные на плановое КШ. Пациенты были рандомизированы методом конвертов на две группы: прошедшие 5-7-дневный предоперационный курс аэробной физической тренировки (n=50) и без тренировок (n=53). Пациенты обеих групп сопоставимы по исходным клинико-анамнестическим характеристикам. Всем пациентам была проведена 64-канальная цифровая электроэнцефалография (ЭЭГ) и расширенное нейропсихологическое тестирование до операции и на 7-10 сутки после. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли в программе Statistica 10.0.

Результаты: Установлено, что только у пациентов, не прошедших курс физической реабилитации до КШ, наблюдалось увеличение мощности биопотенциалов тета1 ритма (4-6 Гц) на 7-10 сутки после операции по сравнению с предоперационным уровнем ($p=0,009$). Межгрупповые различия в степени увеличения мощности низкочастотной активности ЭЭГ наблюдались также по показателям процента относительных изменений тета1 ритма, который был значительно больше у пациентов без курса физической реабилитации (-34,5% и -64,0%, соответственно; $p=0,01$). Корреляционный анализ интегральных показателей когнитивного статуса и мощности биопотенциалов ритмов ЭЭГ у пациентов в зависимости от проведения перед КШ курса физической реабилитации позволил выявить положительные ассоциации между значениями альфа1 ритма (8-10 Гц) и интегральным показателем психомоторных и исполнительных функций ($r=+0,33$, $p=0,027$) на 7-10-е сутки после КШ только в группе с физической реабилитацией, тогда как в группе без реабилитации ассоциаций между интегральными показателями когнитивного статуса и мощностью биопотенциалов ритмов ЭЭГ не наблюдалось.

Обсуждение: Согласно данным настоящего исследования выявлено, что у пациентов, прошедших короткий курс предоперационных физических тренировок, установлена меньшая степень увеличения медленной тета-активности по сравнению с пациентами без курса физической реабилитации, что свидетельствует о меньшей выраженности ишемических изменений корковых структур. Высокие значения альфа1 ритма ассоциируются с высокими значениями когнитивного статуса у пациентов с курсом физической реабилитации, тогда как у пациентов без физической реабилитации подобных ассоциаций не установлено. Полученные данные могут свидетельствовать об устойчивости связей у пациентов с курсом физической реабилитации в отношении хорошей готовности к анализу входящей информации и снижению их устойчивости у пациентов без курса физической реабилитации.

Выводы. Таким образом, пациенты, прошедшие короткий предоперационный курс физической реабилитации, имели лучшие показатели электрической корковой активности в раннем послеоперационном периоде КШ по сравнению с пациентами без физической реабилитации. Применение в дооперационном периоде КШ короткого курса физической реабилитации может повысить устойчивость структур головного мозга, ответственных за когнитивные функции к эпизодам острой, глобальной ишемии при проведении КШ в условиях ИК, и, следовательно, сохранности когнитивного статуса.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА.

Лобзин В.Ю., Мальцев Д.С., Струментова Е.С.,
Бурнашева М.А., Черемисин С.С.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России
Военно-медицинская академия

Детский научно-клинический центр инфекционных болезней» ФМБА России
Санкт-Петербург

RETINAL STRUCTURE IN PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE.

Lobzin V.Yu., Maltsev D.S., Strumentova E.S., Burnasheva M.A., Cheremisin S.S.

Введение. В России на данный момент 25% населения принадлежит к категории лиц старше трудоспособного возраста и находятся в зоне риска развития нейродегенеративных заболеваний. По данным ВОЗ, в мире около 50 миллионов людей страдают деменцией, 60-70% из которых поражены болезнью Альцгеймера (БА). Болезнь Альцгеймера – это хроническое прогрессирующее нейродегенеративное заболевание головного мозга, которое проявляется нарушениями памяти и других когнитивных функций. (Н.Н.Яхно, В.В.Захаров и соавторы 2011г.) Медленное развитие заболевания, позднее возникновение клинических проявлений, гипердиагностика сосудистой деменции значительно ограничивают наши возможности в своевременной диагностике и лечении. Вызывает тревогу тот факт, что 50–80% случаев наиболее распространенной формы деменции, остаются нераспознанными в странах с высоким уровнем дохода из-за трудностей с выявлением и диагностикой (World Alzheimer Report., 2015). Современные методы ранней диагностики являются инвазивными (люмбальная пункция) и дорогостоящими (позитронно-эмиссионная томография). Кроме того, по оценкам специалистов, от 10 до 15% пациентов с БА диагностированы неверно, а окончательный диагноз может быть подтвержден только посмертно (Thal et al., 2006; Lim et al., 2016). Общее эмбриологическое происхождение и схожесть в строении делают глаз человека, а именно сетчатку доступной для изучения частью центральной нервной системы (ЦНС). Поиск изменений в ней при болезни Альцгеймера может привести к разработке ряда тестов для выявления пациентов на ранних стадиях. Всеобщие доступными методами обследования сетчатки глаза человека являются оптическая когерентная томография (ОКТ) и ОКТ-ангиография (ОКТА). Исходя из данных литературы у пациентов с БА при выполнении ОКТ выявляется уменьшение толщины слоя нервных волокон сетчатки (RNFL), увеличение уровня глобальных (GLV) и фокальных потерь (FLV), комплекса ганглиозных клеток (GCC) и внутреннего плексиформного слоя различной степени (Киливаева Г.А., Лобзин В.Ю. и соавторы 2018 г.). Учитывая относительную сложность сосудистой сети сетчатки, потребовались более тонкие методы визуализации. В настоящее время набирает популярность использование ОКТ-ангиографии (ОКТА) для выделения специфических сосудистых изменений в сетчатке у пациентов с БА. На данный момент в литературе у пациентов с когнитивными нарушениями в том числе альцгеймеровского типа описаны признаки нарушения кровотока, выражающиеся как в изменении плотности потока, так и плотности сосудов в поверхностной сосудистой сети, ответвляющихся от центральной артерии сетчатки и снабжающих самые внутренние слои, такие как RNFL и внутренний слой ганглиозных клеток. Однако данные литературы немногочисленны и противоречивы, так ряд исследователей не смогли выявить какие-либо специфические изменения сетчатки у пациентов с БА (Olivia M. Rifai et al., 2021).

Цель. Изучить особенности строения и кровоснабжения сетчатки глаза у пациентов с болезнью Альцгеймера.

Материалы и методы. У всех пациентов был произведен сбор жалоб и анамнеза, общий неврологический и офтальмологический осмотры, нейропсихологическое тестирование, ОКТ и ОКТА (аппарат RTvue-XR Avanti (Optovue, США)), применение программного пакета Statistica 10 (StatSoft, США).

Результаты и обсуждение. В исследование были включены 27 пациентов (7 мужчин и 20 женщин), всего 52 глаза. Всем пациентам были выполнены сбор жалоб и анамнеза, общий неврологический и офтальмологический осмотры, нейропсихологическое тестирование (FCSRT, MMSE, FAB) по результатам которого все пациенты были разделены на 2 группы, (18 пациентов с вероятным диагнозом БА и 9 добровольцев в контрольной группе). В группе БА были пациенты с амнестическим типом когнитивных расстройств по итогам нейропсихологического тестирования, снижение памяти имело постепенное начало, у пациентов отсутствовали поведенческие нарушения, галлюцинации, пациенты не имели выраженной сопутствующей цереброваскулярной патологии, системных и эндокринных заболеваний. В контрольную группу включены соответствующие по возрасту добровольцы без нарушений памяти, достигающих уровня умеренных когнитивных нарушений и ниже. Группы не имели статистически значимых различий по полу и возрасту (БА $70,0 \pm 5,3$ и КГ $67,1 \pm 4,5$, $P=0,2250$), однако в группе БА статистически значимо были снижены показатели нейропсихологических тестов (FCSRT $24,4 \pm 11,6$ и $47,6 \pm 0,7$ $P < 0,0001$; MMSE $21,8 \pm 5,1$ и $29,7 \pm 0,1$, $P < 0,0001$; FAB $13,8 \pm 3,0$ и $17,9 \pm 0,3$, $P < 0,0001$).

По результатам ОКТ сетчатки между исследуемыми группами не было выявлено статистически значимых различий по исследуемым показателям: толщина RNFL для левого глаза общая ($97,3 \pm 11,9$ и $90,1 \pm 12,6$, $P=0,0805$), верхней полусферы ($99,6 \pm 11,2$ и $88,5 \pm 11,8$ $P=0,2766$), нижней полусферы ($93,2 \pm 2,9$ и $88,5 \pm 11,7$ $P=0,1127$) и правого глаза общая ($93,8 \pm 11,2$ и $90,8 \pm 12,2$, $P=0,5968$), верхней полусферы ($93,3 \pm 12,1$ и $91,1 \pm 11,5$, $P=0,3820$), нижней полусферы ($92,9 \pm 12,7$ и $93,0 \pm 11,9$, $P=0,8325$). Толщина GCC для левого глаза общая ($92,7 \pm 8,9$ и $91,1 \pm 5,0$, $P=0,9449$), верхней полусферы ($92,7 \pm 8,9$ и $91,1 \pm 5,0$, $P=0,9449$), нижней полусферы ($93,1 \pm 7,9$ и $88,4 \pm 7,3$, $P=0,3202$) и правого глаза общая ($90,3 \pm 7,2$ и $89,1 \pm 3,5$, $P=0,1405$), верхней полусферы ($91,3 \pm 8,6$ и $85,7 \pm 5,3$, $P=0,7413$), нижней полусферы ($92,2 \pm 6,0$ и $91,8 \pm 6,2$, $P=0,3588$). По данным выполненной у пациентов с болезнью Альцгеймера ОКТА выявлено достоверное снижение сосудистой плотности (RPC) в большей степени в верхней перипапиллярной области. (RPC в перипапиллярной области левого глаза ($50,43 \pm 2,7$ и $52,4 \pm 0,0$, $P=0,0412$); верхней гемисфере ($50,61 \pm 2,8$ и $52,8 \pm 0,7$, $P=0,0397$); нижней гемисфере ($50,26 \pm 2,9$ и $52,0 \pm 1,1$, $P=0,1095$) и для правого глаза соответственно перипапиллярной области ($49,83 \pm 3,1$ и $52,9 \pm 1,3$, $P=0,0062$); верхней гемисфере ($49,64 \pm 3,0$ и $53,0 \pm 1,8$, $P=0,0022$); нижней гемисфере ($50,05 \pm 3,5$ и $52,7 \pm 1,2$, $P=0,0332$).

Выводы. Согласно полученным с помощью ОКТА результатам, можно сделать вывод, что у пациентов с БА снижена сосудистая плотность в перипапиллярной области в сравнении с пациентами контрольной группы. Выполнение ОКТА может помочь в диагностике БА, сделать ее более доступной, точной и возможно более ранней. Однако, необходимо дополнительно провести сравнение полученных результатов у пациентов с другими нейродегенеративными заболеваниями, например болезнью Паркинсона. Данные, полученные при выполнении ОКТ, на настоящий момент, не выявили каких-либо потенциально возможных биомаркеров БА. Возможно, это связано с малой выборкой пациентов, а также с тем, что ОКТ является относительно новой технологией и программное обеспечение, существующее сегодня требует доработки. Необходимо дальнейшее совершенствование методов обследования и

проведение более крупных, продольных исследований для изучения специфических изменений сетчатки у пациентов с болезнью Альцгеймера.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ НЕВРОЛОГА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Магомедова К.А., Хамидова З.М., Умаханова З.Р.

Дагестанский Государственный Медицинский Университет
Махачкала

PREVALENCE OF DEPRESSIVE DISORDERS AT OUTPATIENT NEUROLOGIST'S APPOINTMENT IN PATIENTS WHO UNDERWENT COVID-19 IN THE REPUBLIC OF DAGESTAN

Magomedova K.A., Khamidova Z.M., Umakhanova Z.R.

Введение. До 2020 года психические расстройства были основными причинами глобального бремени, связанного со здоровьем, при этом депрессивные расстройства вносили основной вклад. Возникновение пандемии COVID-19 создало среду, в которой усугубляются многие детерминанты плохого психического здоровья.

Изначально внимание исследователей было ориентировано на поражении респираторной, сердечно-сосудистой системы по причине COVID-19, тогда как особенности изменения психики некоторое время оставались за пределами внимания медиков. Согласно проведенным научным исследованиям установлено, что коронавирус, поражая центральную нервную систему, способствует возникновению различных психических нарушений, включая депрессивные расстройства. Так, в одном из мета-анализов показано семикратное увеличение (с 3,44 до 25%) в 2021 г. общей распространенности депрессии по сравнению с 2017 г. Результаты другого мета-анализа продемонстрировали, что общая распространенность депрессии у пациентов с COVID-19 составляет 45% случаев. При этом проявления эмоциональной нестабильности, возникали не только сразу с момента заболевания, но и спустя месяцы. Согласно данным другого исследования, в период пандемии COVID-19 распространенность депрессии составила 43.7%, с 2019 года по конец 2020 года наблюдалось увеличение числа установленных случаев. В частности, в 2020 году в мире было выявлено уже 53.2 млн новых случаев большого депрессивного расстройства (увеличение на 27.6%).

Важную роль играют факторы психологического характера: психотравмирующее действие информации о коронавирусной пандемии, беспомощность, постоянная опасность для здоровья, боязнь передачи вируса другим, потеря родных вследствие осложнений COVID-19. Кроме того, социальная изоляция, ощущение неуверенности в будущем, изменения в планировании своей жизни в будущем, неуверенность в работе оказывают непосредственное влияние.

На появление депрессивных состояний, непосредственно или опосредованно связанных с COVID-19, могли повлиять нейротоксические последствия коронавирусного инфицирования. Одной из причин возникновения психических нарушений при COVID-19 является выраженная нейротропность вируса SARS-CoV-2, превышающая способность действовать на нервную ткань у других коронавирусов. Коронавирус может проникать в нейроны и клетки глии центральной нервной системы, размножаться в них, тем самым вызывая их апоптотическое разрушение, впоследствии приводящее к реактивному воспалению в головном мозге.

В этом исследовании мы стремились количественно оценить влияние пандемии COVID-19 на распространенность депрессивных расстройств на амбулаторном приеме невролога.

Ранняя диагностика депрессивного расстройства и адекватное лечение имеют решающее значение для предотвращения дальнейшего ухудшения состояния.

Целью данной работы является оценка распространенности депрессивного расстройства среди пациентов, перенесших Covid-19.

Методы: диагностика депрессий включала: жалобы пациента, анамнез жизни и заболевания, а также нейропсихологическое тестирование: шкала Бэка, шкала депрессии Гамильтона, шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований (CES-D). Из инструментальных методов исследования использовали полисомнографию (для выявления характерных паттернов депрессивного расстройства).

Результаты: общее количество пациентов, обратившихся на амбулаторном приеме к неврологу с жалобами на ощущение подавленности, изменения настроения, нарушения сна и аппетита, снижение настроения (по шкале депрессии Гамильтона – от 15 баллов и выше, по шкале Бэка свыше 16б, по шкале CES-D-свыше 26 б) – 97, из них перенесших Новую коронавирусную инфекцию – 74 человека (76%).

Резюме: По нашим данным выявлена высокая распространенность депрессивных расстройств у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию. Природа депрессии у данной категории пациентов является разнообразной. Для объективной верификации депрессивных расстройств необходимо проведение полисомнографии.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: МОДЕЛИ НА ДРОЗОФИЛЕ

**Никитина Е.А., Медведева А.В., Журавлев А.В., Заломаева Е.С.,
Васильева С.А., Каровецкая Д.М., Егозова Е.С., Токмачева Е.В.,
Иванова П.Н., Савватеева-Попова Е.В.**

Институт физиологии им. И.П. Павлова Российской академии наук, Российский
государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
Санкт-Петербург

MOLECULAR GENETIC MECHANISMS OF NEURODEGENERATIVE DISEASES: DROSOPHILA MODELS

Nikitina E.A., Medvedeva A.V., Zhuravlev A.V., Zalomaeva E.S., Vasilyeva S.A., Karovetskaya D.M., Egozova E.S., Tokmacheva E.V., Ivanova P.N., Savvateeva-Popova E.V.

Центральной проблемой современной нейронауки является выявление функций нейрональных сетей головного мозга, проявляющихся в долговременной потенциации синаптической трансмиссии, что лежит в основе механизмов формирования памяти. Традиционно считается, что нарушение этих механизмов приводит к нейродегенеративным заболеваниям (НДЗ). Несмотря на интенсивность исследований молекулярных основ памяти, они до сих пор сосредоточены на роли модификаций белков при формировании краткосрочной памяти. При этом игнорируется тот факт, что формирование долгосрочной памяти требует эпигенетической модификации в нервных клетках мозга, к которым относятся ремоделирование хроматина, метилирование ДНК, ацетилирование гистонов и микроРНК регуляция. Современное понимание механизмов генетической и эпигенетической регуляции нервных сетей мозга при формировании памяти может быть достигнуто только совместными усилиями физиологии и генетики. Это открывает новые перспективы для разработки инновационных средств терапии при прогрессирующих нейродегенеративных заболеваниях. Среди диагностических

признаков НДЗ выделяют три основных, выраженных при разных заболеваниях в различной степени: 1) нарушение памяти, 2) моторную дисфункцию и 3) образование белковых агрегатов. Именно эта триада симптомов должна быть воспроизведена при создании животных моделей НДЗ.

Животные модели, особенно с коротким жизненным циклом, позволяют изучать механизмы функциональных нарушений, лежащих в основе НДЗ человека, большинство из которых являются болезнями старения, и помогают в разработке терапевтических подходов. К таким модельным объектам относится дрозофила. Секвенирование геномов человека и дрозофилы выявило, что более 70% локусов человека, связанных с развитием наследственных заболеваний, имеют аналоги у *D. melanogaster*. Молекулярная основа патологических процессов, влекущих развитие НДЗ и иных функциональных расстройств, одинакова у млекопитающих и высших беспозвоночных. Это обуславливает удобство использования дрозофилы в качестве модельного объекта при изучении молекулярно-физиологических механизмов нормальных и патологических процессов, протекающих в центральной нервной системе (ЦНС). Важнейшую роль в обеспечении пластичности нервной системы играет реорганизация актинового цитоскелета. Ключевым ферментом этого процесса является LIMK1. LIMK1 представляет собой центральный узел взаимодействия между различными генными сетями, участвующими в регуляции функциональных процессов мозга в норме и при патологии. Начальным звеном системы ремоделирования актина является глутаматэргический сигнальный каскад. Функционирование основного рецепторного субтипа этого каскада – N-метил-D-аспартатных (NMDA) рецепторов – рассматривают как молекулярно-физиологическую основу процессов обучения и памяти. Важным эндогенным лигандом NMDA-рецепторов служат метаболиты кинуренинового пути обмена триптофана (КПОТ), участвующие в возникновении и течении многих воспалительных и дегенеративных болезней нервной системы. Нельзя упускать из вида и столь важный компонент регуляции активности LIMK1 как система белков теплового шока (БТШ).

Нами предложен оригинальный комплексный подход к изучению диагностических признаков НДЗ, сочетающий методы анализа формирования памяти, а также локомоторной активности (с использованием оригинальных установок), иммуногистохимический анализ распределения компонентов сигнальных каскадов в различных органах дрозофилы (в том числе с использованием конфокальной микроскопии), молекулярно-генетические методы и биоинформационный анализ. Используя в качестве лейтмотива нашего исследования комплексный подход к изучению генетических аспектов этиопатогенеза НДЗ, мы исследовали линии, проявляющие полиморфизм в гене *limk1*, несущие мутации по КПОТ, дефектные по синтезу БТШ. Выявлена приоритетная роль LIMK1 как ключевого узла взаимодействия между различными генными сетями, участвующими в регуляции функциональных процессов мозга. Высокая скорость и относительно низкая цена исследований на дрозофиле служат неоспоримым преимуществом для использования ее в качестве объекта предварительного экспериментального тестирования терапевтических средств. Поэтому разработка установок и экспериментальных схем в ходе создания модели для изучения генеза нейропатологии при нейродегенеративных и геномных болезнях имела прицельный характер, направленный на изучение основных нарушений, возникающих при подобных заболеваниях. Используемый комплексный подход является уникальным и может служить для экспресс-отбора лекарственных средств. Проведенные исследования с одной стороны подчеркивают значимость дальнейшего изучения интеграции различных генных сетей, участвующих в

регуляции функционирования мозга, а с другой - открывают новые пути исследования лекарственных средств для лечения когнитивных расстройств. Работа выполнена при поддержке Государственной программы РФ 47 ГП «Научно-технологическое развитие Российской Федерации» (2019-2030) (тема 63.1).

ЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ COVID-19 У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Попова М.А., Чистова В.В.

Сургутский государственный педагогический университет
Сургут

ENCEPHALOGRAPHIC CHANGES IN THE LONG-TERM PERIOD AFTER COVID-19 IN HIGHER EDUCATION TEACHERS

Popova M.A., Chistova V.V.

Цель исследования: оценить изменения электроэнцефалограммы (ЭЭГ) в отдаленном периоде после COVID-19.

Материалы и методы. Обследовано 52 преподавателя Сургутского педагогического университета (32 мужчины, 20 женщин), перенесших COVID-19 легкой и среднетяжелой степени через 8-12 недель от начала заболевания и повторно через год после перенесенной коронавирусной инфекции. Возраст преподавателей 51,0 [41,0;56,0] лет.

ЭЭГ проводили с помощью компьютерно-диагностического комплекса «Нейро-Спектр 1» (Нейрософт, Россия) по протоколу Международной федерации электроэнцефалографии и нейрофизиологии IFCN (2017). Анализ ЭЭГ осуществляли согласно рекомендациям экспертного совета по нейрофизиологии Российской противозащитной лиги по проведению рутинной ЭЭГ (2016). Оценивали α -, β -, θ -, δ -компоненты по степени выраженности, частоте и амплитуде (очень низкая до 10 мкВ, низкая до 20 мкВ, средняя до 40-45 мкВ, высокая до 70-80 мкВ, очень высокая – выше 80 мкВ), зональным различиям; наличие пароксизмальной активности и локальных патологических знаков. Определяли функциональные пробы (реакция активации, гипервентиляция). По принятой классификации выделяли нормальные, пограничные и патологические изменения ЭЭГ.

Непосредственно после ЭЭГ-исследования оценивали функциональное состояние центральной нервной системы по простой зрительно-моторной реакции (ПЗМР) с помощью компьютерно-диагностической системы «НС ПсихоТест» (Нейрософт, Россия) по показателям времени сенсомоторной реакции, функционального уровня системы, устойчивости реакции, уровня функциональных возможностей, интегральному показателю работоспособности. Статистический анализ результатов проведен с помощью пакета программ «Statistica 13.0 StatSoft». Количественные данные приведены в формате Me [Q25, Q75], динамику показателей оценивали с помощью критерия Вилкоксона (W). Качественные показатели представлены в формате абс. (%), значимость различий качественных показателей определена по критерию χ^2 . Критический уровень значимости различий- $p < 0,05$.

Результаты. В постковидном периоде через 8-12 недель от начала заболевания у 49 из 52 преподавателей (94,2%) отмечено снижение представленности амплитуды и частотности α -ритма, снижение реакции на функциональные пробы, повышение представленности β - и θ -ритмов. В большинстве случаев изменения были связаны со снижением амплитуды α -ритма, которые не коррелировали с тяжестью COVID-19 и регистрировались у пациентов, как со среднетяжелым течением, так и с легкой формой заболевания. Амплитуда α -ритма у педагогов, перенесших COVID-19, через 8 и более недель после заболевания была очень низкой (до 10 мкВ) в 7,8% случаев,

низкой (до 20 мкВ) в 28,8%, средней (до 40-45 мкВ) в 57,7%, высокой (до 70-80 мкВ) в 3,8%, очень высокой (выше 80 мкВ) в 1,9% случаев. Гендерных различий ЭЭГ-показателей через 8-12 недель после COVID-19 не выявлено. Аномальная активность мозга зарегистрирована в 5 случаях из 52 (9,6%): в двух случаях у женщин и у трех мужчин. После COVID-19 нормальная ЭЭГ выявлена у 11,5% педагогов, пограничные изменения ЭЭГ зарегистрированы в 57,7 % случаев, патологические в 30,8% случаев. Необходимо отметить, что психоневрологические проявления постковидного синдрома (головная боль, головокружение, слабость, утомляемость, тревожность, бессонница, сонливость и др.) выявлены через 8-12 недель у преподавателей в 75,6% случаев. По данным ПЗМР через 8-12 недель после COVID-19 выявлено снижение скорости сенсомоторной реакции, уровня функциональных возможностей ЦНС и интегрального показателя работоспособности педагогов. Работоспособность у преподавателей после COVID-19 была значительно снижена в 48,1% (40,6% мужчин, 60,0% женщин), незначительно снижена в 42,3% (46,9% мужчин и 35,0% женщин), оптимальная работоспособность регистрировалась только в 9,6% (12,5% мужчин, 5,0% женщин).

Повторное обследование через год после перенесенной коронавирусной инфекции выявило пограничные изменения ЭЭГ у 11 обследованных преподавателей (21,2%), патологические изменения сохранились у 6 обследованных лиц (11,5%). Реакция на стимулы была снижена у 16 пациентов (30,8%). Астенический синдром, частые головные боли, снижение памяти и концентрации внимания сохранились через год у 29 преподавателей (55,8%). По данным ПЗМР скорость сенсомоторной реакции была снижена у 16 обследованных (30,8%), работоспособность была в пределах нормы у 2 преподавателей-мужчин (3,8%), незначительно снижена у 34 преподавателей (65,4%), значительно снижена у 16 преподавателей (30,8%).

Заключение. Через 8-12 недель после COVID-19 снижение электрофизиологической активности мозга и функционального состояния центральной нервной системы регистрировалось в 94,2% случаев, независимо от тяжести перенесенного заболевания. Через год после перенесенной коронавирусной инфекции электрофизиологическая активность мозга восстанавливалась у 67,3% преподавателей, при этом значимое снижение скорости сенсомоторной реакции и работоспособности регистрировалось в 30,8% случаев.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ И ПСИХОГЕННЫМИ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИСТУПАМИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.

**Ридер Ф.К., Тихонова О.А., Турчинец А.М., Кустов Г.В., Трифонов И.С.,
Синкин М.В., Гехт А.Б.**

ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ

Клинический медицинский центр «Кусково» ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России

ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Москва

**MODERN APPROACHES TO THE DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS BETWEEN EPILEPTIC AND
PSYCHOGENIC NON-EPILEPTIC SEIZURES ON THE EXAMPLE OF CLINICAL CASE.**

**Rider F.K., Tikhonova O.A., Turchinets A.M., Kustov G.V.,
Trifonov I.S., Sinkin M.V., Guekht A.B.**

Актуальность. Психогенные неэпилептические приступы (ПНЭП) - пароксизмальные состояния, проявляющиеся внезапными изменениями поведения и/или сознания, напоминающие эпилептические приступы (ЭП), но не сопровождающиеся типичной

эпилептиформной активностью на ЭЭГ или клиническими признаками эпилепсии (Зинчук М.С. и соавт., 2021). Современная психиатрия рассматривает ПНЭП как диссоциативный феномен, отражающий защитный процесс, который не позволяет выраженным эмоциям оказывать разрушительное влияние на психику.

Заболеваемость ПНЭП, по разным данным, составляет 1,4-4,9/100 000 населения в год (Duncan R. et al., 2011, Sigurdardottir K. et al., 1998). Нередки и сложны в диагностике случаи сочетания эпилепсии и ПНЭП. По данным мета-анализа (Kutlubaev M. et al. 2019), распространенность ПНЭП среди лиц с эпилепсией составляет 12%, а распространенность ЭП среди лиц с ПНЭП - 22%. В ряде случаев пациенты с ПНЭП или сочетанием ПНЭП и эпилепсии направляются на консультацию к нейрохирургу как пациенты с фармакорезистентной эпилепсией для проведения хирургического лечения.

Клинический случай. Пациентка Г. 27 лет, направлена на консультацию в ГБУЗ НПЦ им. З.П. Соловьева нейрохирургом в рамках предоперационного обследования с жалобами тревожность, раздражительность, подавленное настроение, снижение памяти, плохой сон, боязнь закрытых пространств; подозрением на ПНЭП. Анамнез по эпилепсии не отягощен, перинатальный анамнез и раннее развитие без особенностей. ЧМТ, фебрильные судороги, нейроинфекции отрицает. Образование неоконченное высшее, состоит в гражданском браке, вредные привычки отрицает.

Дебют пароксизмальных состояний - в 19 лет: на фоне длительного психоэмоционального стресса ночные эпизоды: пациентку «выбрасывало из сна», отмечалось сердцебиение и ощущение «внутреннего жара», далее она теряла сознание, дралась с мужем, хаотично двигала руками и ногами, спустя некоторое время постепенно приходила в себя, слышала, что кричит (со слов пациентки, «как в фильме “Изгоняющий Дьявола”»), но не могла себя контролировать, иногда прикусывала язык и упустила мочу. Приступы быстро участились до еженочных, до 3-6 раз в течение ночи. Спустя четыре года приступы стали случаться днем, могла упасть, травмироваться. Приступы провоцировались конфликтными ситуациями, громкими звуками, испугом, учащались перед и во время менструаций.

Неоднократно проводились ЭЭГ, не выявлявшие эпилептиформной активности. На МРТ головного мозга была выявлена неполная ротация левого гиппокампа, в ряде заключений – указания на фокальную кортикальную дисплазию (ФКД) левой височной доли. Принимала несколько комбинаций ПЭП, а также антидепрессанты, транквилизаторы и нейролептики – без значимого эффекта. В 2022 году пациентке был выставлен диагноз фокальной фармакорезистентной эпилепсии, рекомендована консультация нейрохирурга. Нейрохирургом был предположен неэпилептический генез приступов, и пациентка направлена в НПЦ им. Соловьева на консультацию психиатра для уточнения диагноза.

На момент поступления неврологический статус – без очаговой неврологической симптоматики. MMSE: 25 баллов (умеренные когнитивные нарушения). Психический статус определяется тревожно-фобической симптоматикой с явлениями эпилептофобии и избегающим/охранительным поведением у личности со склонностью к эксплозивным реакциям, застреванию аффекта. Сделан вывод, что все или часть приступов может носить неэпилептический характер, для уточнения диагноза показано проведение ВЭЭГМ. В течение ВЭЭГМ зарегистрировано 5 клинических событий. Четыре из них были стереотипными, продолжались от 30 до 90 секунд. Пациентка из положения лежа на спине сгибает левую руку в кулак, сгибает левую руку в локте, закидывает ее за голову, одновременно поворачиваясь на левый бок и сгибая обе ноги, затем опирается на таз и пятки, мечется по кровати и поворачивается влево-вправо в положении лежа на спине с согнутыми руками и ногами, далее постепенно поворачивается вправо, голова повернута вправо,

постепенно вытягиваются правая рука и нога. Спустя несколько секунд пациентка поворачивается на спину, открывает глаза, проводит руками по лицу, начинает глубоко дышать, резко выдыхает, делает педалирующие движения ногами, громко вокализирует, встает на стопы и плечи, выгибается, формируя «дугу», часто дышит, оправляя одежду. В конце приступа резко выдыхает, убирает руки под себя, вытягивается, поворачивается на правый бок, держась за ограждение кровати, и приходит в сознание. На ЭЭГ во время приступов: без эпилептиформной активности. Во время пятого эпизода пациентка стала поворачиваться из стороны в сторону, повернула голову вправо, замерев с согнутыми в локтях руками, согнутой левой ногой, частично согнутой правой ногой с открытыми глазами, после чего развивается генерализованный судорожный приступ с версивным поворотом головы вправо, с постприступной спутанностью. Продолжительность эпизода - 3 минуты, на ЭЭГ при этом регистрировалась ритмичная тета-активность с началом в лобно-центральной области билатерально, постепенным замедлением до дельта-диапазона с некоторым амплитудным преобладанием в левой лобной области, формированием комплексов спайк-медленная волна и последующей генерализацией, появлением множественных миографических артефактов, в конце диффузная активность дельта-диапазона. Пятый приступ расценен как билатеральный тонико-клонический приступ с неуточненным началом, остальные четыре приступа также были расценены как эпилептические. Врачом-эпилептологом предположен диагноз эпилепсии с гиперкинетическими приступами сна. Пациентка направлена к нейрохирургу, проведен инвазивный ВЭЭГМ с установкой электродов в глубинные и корковые области лобной и височной долей в условиях нейрохирургического стационара, в течение которого было отмечено 14 клинических событий, аналогичных зафиксированным в НПЦ наличием иктальной активности в области левого гиппокампа. Оперативное лечение: костно-пластическая трепанация, амигдалогиппокампэктомия слева. При гистологическом исследовании описаны сочетанная форма фокальной кортикальной дисплазии III А типа, мезиальный темпоральный склероз (склероз гиппокампа). Спустя три месяца после операции дневные приступы не отмечаются, частота и интенсивность ночных приступов снизилась - возникают только во время менструации, не чаще 4-5 дней в месяц. Продолжает прием ПЭП (леветирацетам 2000 мг/сут), планомерно наблюдается неврологом-эпилептологом, планируется коррекция противосудорожной терапии.

Обсуждение. Данный клинический случай демонстрирует сложность дифференциальной диагностики ЭП и ПНЭП. В случае с пациенткой Г., многое указывало на психогенный характер приступов: психиатрическая коморбидность, возникновение приступов в период психотравмирующих ситуаций, своеобразная семиология и высокая частота приступов, фармакорезистентность, отсутствие типичной эпилептиформной активности на ЭЭГ в межприступный и приступный период, неоднозначные результаты нейровизуализации. Однако стереотипность эпизодов, их небольшая продолжительность и особенности семиологии позволили врачу-эпилептологу предполагать диагноз эпилепсии, который был подтвержден при помощи качественно проведенного ВЭЭГМ. На настоящий момент именно ВЭЭГМ в момент приступа считается эталонным методом исследования, позволяющим дифференцировать ЭП и ПНЭП (LaFrance W.C. et al. 2013). Однако в ряде случаев разрешающая способность скальпового ВЭЭГМ недостаточна.

Заключение. Установление диагноза ПНЭП является длительным, трудоемким и ресурсоемким процессом, требует участия мультидисциплинарной команды: врача-эпилептолога с опытом диагностики пароксизмальных состояний, врача-психиатра, врача-нейрофизиолога, врача-радиолога, врача-нейрохирурга и др. Важно помнить о

возможности сочетания ЭП и ПНЭП, в особенности у пациентов с фармакорезистентной эпилепсией. Необходимо дальнейшее изучение природы ПНЭП, направленное на четкое понимание этиологии и патогенеза данных состояний для улучшения диагностики и ведения этих пациентов с использованием мультидисциплинарного подхода.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ЛИМФОЦИТОВ В КРОВИ, ПРОЛАКТИНА И ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК ПОСЛЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ И ПСИХОГЕННЫХ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ: ВОЗМОЖНОСТИ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ.

**Ридер Ф.К., Турчинец А.М., Дружкова Т.А.,
Яковлев А.А., Кустов Г.В., Гехт А.Б.**

ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ

Москва

DYNAMICS OF CHANGES IN THE LEVEL OF LYMPHOCYTES IN THE BLOOD, PROLACTIN AND CYTOKINES IN THE BLOOD SERUM DURING 24 HOURS AFTER EPILEPTIC AND PSYCHOGENIC NON-EPILEPTIC SEIZURES: THE POSSIBILITY OF A COMPARATIVE ASSESSMENT FOR DIFFERENTIAL DIAGNOSIS.

Rider F.K., Turchinets A.M., Druzhkova T.A., Yakovlev A.A., Kustov G.V., Guekht A.B.

Цель исследования. Психогенные неэпилептические приступы (ПНЭП) являются актуальной проблемой современной неврологии, эпилептологии и психиатрии. В настоящее время заболеваемость ПНЭП оценивается на уровне 2–4 на 100 000 населения в год, а распространенность – от 2 до 33 на 100 000 (Asadi-Pooya A.A. et al. 2015). Низкая осведомленность врачей о данном состоянии, сложности клинической диагностики и отсутствие надежных лабораторных и инструментальных методов верификации диагноза нередко приводят к тому, что ПНЭП ошибочно трактуются как эпилептические приступы (ЭП), что приводит к неоправданному назначению или повышению доз противоэпилептических препаратов (ПЭП). В среднем, с момента появления ПНЭП у пациента до установки диагноза проходит до 7 лет, что влечет за собой серьезные экономические и социальные последствия (Myers L. et al. 2017). Особую сложность представляют ситуации, в которых у пациента наблюдается сочетание ЭП и ПНЭП.

Стандартом диагностики в настоящее время считается иктальный видео-ЭЭГ-мониторинг (ВЭЭГМ), с помощью которого подтверждается или опровергается отсутствие эпилептической активности в момент пароксизмального состояния, типичного для пациента (LaFrance C.W. et al. 2013). Однако использование ВЭЭГМ сопряжено с рядом ограничений. Это трудоемкое и дорогостоящее исследование, требующее работы специально подготовленной высококвалифицированной команды медицинских работников. В связи с этим постоянно проводится интенсивный поиск биомаркеров для дифференциальной диагностики ЭП и ПНЭП. В качестве кандидатов на роль подобных биомаркеров предлагались пролактин, кортизол, КФК, а также грелин, несфатин, нейротрофический фактор мозга (НФГМ, brain-derived neurotrophic factor - BDNF) и многие другие вещества, однако в большинстве исследований получены неоднозначные результаты. Ранее Shpak A.A. et al. (2017) было показано, что в крови и слезной жидкости пациентов с фокальной эпилепсией наблюдается повышенный уровень цилиарного нейротрофического фактора (ЦНТФ, ciliary neurotrophic factor - CNTF).

Целью нашего исследования была попытка провести сравнительный анализ динамики изменения уровня лабораторных показателей крови в течение первого часа и через 6, 12, 24 часов после ЭП и ПНЭП.

Материал и методы. Биологический материал (цельная кровь, сыворотка крови) были проанализированы у 43 пациентов, проходивших лечение в ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ в 2021–2022 гг. У пациентов, включенных в исследование, на всех указанных сроках производили забор крови из локтевой вены (контрольный при поступлении + 4 пробы после приступа) и выполняли: клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы на гематологическом анализаторе LH-500 (Beckman Coulter, USA); определение уровней пролактина, интерлейкина-6 в сыворотке крови на иммунохемилюминисцентном ACCEESS 2 (Beckman Coulter, USA); определение уровня ЦНТФ в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа на иммуноферментном анализаторе CHEMWELL 2910 (AwarenessTechnology, Inc., PalmCity, FL). Контролем служил собственный биологический материал пациента, забранный сразу после его поступления в клинику (за 1–6 дней до приступа).

Сравнительный анализ динамики изменения показателей цельной крови и сыворотки крови был проведен у 14 человек с фокальной эпилепсией после ЭП (3 мужчин, 11 женщин, средний возраст 40,7 (25–70) лет), и у 29 человек после ПНЭП (5 мужчин, 24 женщины, средний возраст 32,1 (19–56) года). Различия между группами выявляли с помощью теста Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Статистический анализ выявил достоверные различия по динамике изменения количества лимфоцитов (увеличение в период приступа, с $2,05 \pm 0,23 * 10^9/л$ до $2,86 \pm 0,28 * 10^9/л$, $p=0.02$) в цельной крови и уровня пролактина (значительное повышение в момент приступа, с $13,3 \pm 3,1$ нг/мл до 41 ± 8 нг/мл, $p=0.04$) в сыворотке крови после ЭП. Впервые были получены данные об изменении уровня ЦНТФ после ПС. Было выявлено достоверное повышение уровня ЦНТФ через 12 часов после ЭП (с $4,6 \pm 0,7$ в базовой пробе до $10,5 \pm 1,5$ нг/мл, $p=0.04$). Увеличение уровня ИЛ-6 у пациентов через 12 часов после ЭП были на уровне тенденции, не достигнув уровня достоверности, из-за высокой индивидуальной вариабельности ($p=0.057$). У пациентов после ПНЭП достоверных изменений количества лимфоцитов, уровней пролактина, ИЛ-6 и ЦНТФ зафиксировано не было. О повышении количества лейкоцитов в крови после судорожных приступов известно уже более ста лет. В настоящее время этот феномен объясняется физиологическим ответом организма на стресс: выброс катехоламинов приводит к перераспределению кровотока к наиболее важным системам органов, в первую очередь – сердечно-легочной. Ускорение кровотока в альвеолярных капиллярах приводит к демаргинации покоящихся там лейкоцитов и их поступлению в системный кровоток. Определенную роль в этом процессе могут играть также икталные дыхательные нарушения. Отмечено, что в первую очередь (в течение 30 минут) в кровотоке увеличивается количество лимфоцитов, с некоторой задержкой (в течение 2–4 часов) повышается количество гранулоцитов. Согласно данным одного из исследований, кратковременное увеличение лейкоцитов в крови наблюдалось у 36% пациентов с генерализованными судорожными приступами (ГСП), 7% пациентов с парциальными приступами и не наблюдалось у пациентов с ПНЭП (Vega J.L. et al. 2022).

С момента появления статьи Trimble M.R. в 1978 году, в которой оценка уровня сывороточного пролактина была представлена как способ дифференциальной диагностики эпилептических и неэпилептических приступов, было опубликовано более 300 статей по этой тематике. Однако по-прежнему роль сывороточного пролактина в диагностике пароксизмальных состояний остается неопределенной.

Предположительно, высвобождение гормона вызвано распространением эпилептической активности от височной доли (чаще) к гипоталамической оси гипофиза. В целом, большинство авторов указывают на то, что пролактин повышен почти у всех пациентов с ГСП, примерно у 80% пациентов со сложными парциальными приступами и у 25–30% пациентов с ПНЭП (Fisher R.S. 2016).

Полагают, что пароксизмальные состояния ассоциированы с системным воспалением и гиперпродукцией провоспалительных цитокинов, повышающих проницаемость гематоэнцефалического барьера и функциональную активность резидентных клеток мозга, которые участвуют в генерации судорог. В некоторых исследованиях показано, что ЭП индуцируют выработку ИЛ-6, уровень которого увеличивается во все моменты времени между 3 и 24 часами после приступа по сравнению с базальным уровнем. При этом было показано, что концентрации ИЛ-6 были значительно выше в 3-часовой и 6-часовой период времени после ГСП, по сравнению с простыми парциальными и сложными парциальными приступами (Alapirtti T. et al. 2018).

ЦНТФ, являясь цитокином из семейства ИЛ-6, чаще всего ассоциируется с нейропротекцией при повреждении ЦНС и играет большую роль в дифференцировке глиальных клеток. Было показано, что ЦНТФ оказывает защитное действие на разные группы нейронов, включая дофаминовые нейроны, ингибируя активацию микроглии, окислительный стресс и нейровоспаление. На настоящий момент проведены единичные исследования по изучению уровня ЦНТФ у пациентов с эпилепсией (Shpak A.A. et al. 2017, Druzhkova T.A. et al. 2022).

Выводы.

Сравнительный анализ лабораторных данных, полученных при обследовании указанной выборки пациентов, свидетельствует о различной динамике изменения уровня лимфоцитов, пролактина, ИЛ-6 и ЦНТФ в течение суток после ПС и ПНЭП.

Были выявлены: достоверное повышение уровня лимфоцитов и сывороточного пролактина в течение часа после ЭП, увеличение уровня ИЛ-6 и ЦНТФ через 12 часов после ЭП.

Указанные изменения отсутствовали после ПНЭП.

Полученные данные являются предварительными и требуют дальнейшего изучения на более представительной выборке пациентов.

Работа выполнена при поддержке гранта Московского Центра Инновационных Технологий в Здравоохранении, грант №2412–45.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ЛИМФОЦИТОВ В КРОВИ, ПРОЛАКТИНА И ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК ПОСЛЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ И ПСИХОГЕННЫХ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ: ВОЗМОЖНОСТИ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ.

**Ридер Ф.К., Турчинец А.М., Дружкова Т.А.,
Яковлев А.А., Кустов Г.В., Гехт А.Б.**

ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ

Москва

DYNAMICS OF CHANGES IN THE LEVEL OF LYMPHOCYTES IN THE BLOOD, PROLACTIN AND CYTOKINES IN THE BLOOD SERUM DURING 24 HOURS AFTER EPILEPTIC AND PSYCHOGENIC NON-EPILEPTIC SEIZURES: THE POSSIBILITY OF A COMPARATIVE ASSESSMENT FOR DIFFERENTIAL DIAGNOSIS.

Rider F.K., Turchinets A.M., Druzhkova T.A., Yakovlev A.A., Kustov G.V., Guekht A.B.

Цель исследования. Психогенные неэпилептические приступы (ПНЭП) являются актуальной проблемой современной неврологии, эпилептологии и психиатрии. В настоящее время заболеваемость ПНЭП оценивается на уровне 2–4 на 100 000 населения в год, а распространенность – от 2 до 33 на 100 000 (Asadi-Pooya A.A. et al. 2015). Низкая осведомленность врачей о данном состоянии, сложности клинической диагностики и отсутствие надежных лабораторных и инструментальных методов верификации диагноза нередко приводят к тому, что ПНЭП ошибочно трактуются как эпилептические приступы (ЭП), что приводит к неоправданному назначению или повышению доз противоэпилептических препаратов (ПЭП). В среднем, с момента появления ПНЭП у пациента до установки диагноза проходит до 7 лет, что влечет за собой серьезные экономические и социальные последствия (Myers L. et al. 2017). Особую сложность представляют ситуации, в которых у пациента наблюдается сочетание ЭП и ПНЭП.

Стандартом диагностики в настоящее время считается иктальный видео-ЭЭГ-мониторинг (ВЭЭГМ), с помощью которого подтверждается или опровергается отсутствие эпилептической активности в момент пароксизмального состояния, типичного для пациента (LaFrance C.W. et al. 2013). Однако использование ВЭЭГМ сопряжено с рядом ограничений. Это трудоемкое и дорогостоящее исследование, требующее работы специально подготовленной высококвалифицированной команды медицинских работников. В связи с этим постоянно проводится интенсивный поиск биомаркеров для дифференциальной диагностики ЭП и ПНЭП. В качестве кандидатов на роль подобных биомаркеров предлагались пролактин, кортизол, КФК, а также грелин, несфатин, нейротрофический фактор мозга (НФГМ, brain-derived neurotrophic factor - BDNF) и многие другие вещества, однако в большинстве исследований получены неоднозначные результаты. Ранее Shpak A.A. et al. (2017) было показано, что в крови и слезной жидкости пациентов с фокальной эпилепсией наблюдается повышенный уровень цилиарного нейротрофического фактора (ЦНТФ, ciliary neurotrophic factor - CNTF).

Целью нашего исследования была попытка провести сравнительный анализ динамики изменения уровня лабораторных показателей крови в течение первого часа и через 6, 12, 24 часов после ЭП и ПНЭП.

Материал и методы. Биологический материал (цельная кровь, сыворотка крови) были проанализированы у 43 пациентов, проходивших лечение в ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ в 2021–2022 гг. У пациентов, включенных в исследование, на всех указанных сроках производили забор крови из локтевой вены (контрольный при поступлении + 4 пробы после приступа) и выполняли: клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы на гематологическом анализаторе LH-500 (Beckman Coulter, USA); определение уровней пролактина, интерлейкина-6 в сыворотке крови на иммунохемилюминисцентном ACCESS 2 (Beckman Coulter, USA); определение уровня ЦНТФ в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа на иммуноферментном анализаторе CHEMWELL 2910 (AwarenessTechnology, Inc., PalmCity, FL). Контролем служил собственный биологический материал пациента, забранный сразу после его поступления в клинику (за 1–6 дней до приступа).

Сравнительный анализ динамики изменения показателей цельной крови и сыворотки крови был проведен у 14 человек с фокальной эпилепсией после ЭП (3 мужчин, 11 женщин, средний возраст 40,7 (25–70) лет), и у 29 человек после ПНЭП (5 мужчин, 24 женщины, средний возраст 32,1 (19–56) года). Различия между группами выявляли с помощью теста Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Статистический анализ выявил достоверные различия по динамике изменения количества лимфоцитов (увеличение в период приступа, с

2,05 ± 0,23 * 10⁹/л до 2,86 ± 0,28 * 10⁹/л, p=0.02) в цельной крови и уровня пролактина (значительное повышение в момент приступа, с 13,3 ± 3,1 нг/мл до 41 ± 8 нг/мл, p=0.04) в сыворотке крови после ЭП. Впервые были получены данные об изменении уровня ЦНТФ после ПС. Было выявлено достоверное повышение уровня ЦНТФ через 12 часов после ЭП (с 4,6 ± 0,7 в базовой пробе до 10,5 ± 1,5 нг/мл, p=0.04). Увеличение уровня ИЛ-6 у пациентов через 12 часов после ЭП были на уровне тенденции, не достигнув уровня достоверности, из-за высокой индивидуальной вариабельности (p=0.057). У пациентов после ПНЭП достоверных изменений количества лимфоцитов, уровней пролактина, ИЛ-6 и ЦНТФ зафиксировано не было. О повышении количества лейкоцитов в крови после судорожных приступов известно уже более ста лет. В настоящее время этот феномен объясняется физиологическим ответом организма на стресс: выброс катехоламинов приводит к перераспределению кровотока к наиболее важным системам органов, в первую очередь – сердечно-легочной. Ускорение кровотока в альвеолярных капиллярах приводит к демаргинации покоящихся там лейкоцитов и их поступлению в системный кровоток. Определенную роль в этом процессе могут играть также икталы дыхательные нарушения. Отмечено, что в первую очередь (в течение 30 минут) в кровотоке увеличивается количество лимфоцитов, с некоторой задержкой (в течение 2–4 часов) повышается количество гранулоцитов. Согласно данным одного из исследований, кратковременное увеличение лейкоцитов в крови наблюдалось у 36% пациентов с генерализованными судорожными приступами (ГСП), 7% пациентов с парциальными приступами и не наблюдалось у пациентов с ПНЭП (Vega J.L. et al. 2022).

С момента появления статьи Trimble M.R. в 1978 году, в которой оценка уровня сывороточного пролактина была представлена как способ дифференциальной диагностики эпилептических и неэпилептических приступов, было опубликовано более 300 статей по этой тематике. Однако по-прежнему роль сывороточного пролактина в диагностике пароксизмальных состояний остается неопределенной. Предположительно, высвобождение гормона вызвано распространением эпилептической активности от височной доли (чаще) к гипоталамической оси гипофиза. В целом, большинство авторов указывают на то, что пролактин повышен почти у всех пациентов с ГСП, примерно у 80% пациентов со сложными парциальными приступами и у 25–30% пациентов с ПНЭП (Fisher R.S. 2016).

Полагают, что пароксизмальные состояния ассоциированы с системным воспалением и гиперпродукцией провоспалительных цитокинов, повышающих проницаемость гематоэнцефалического барьера и функциональную активность резидентных клеток мозга, которые участвуют в генерации судорог. В некоторых исследованиях показано, что ЭП индуцируют выработку ИЛ-6, уровень которого увеличивается во все моменты времени между 3 и 24 часами после приступа по сравнению с базальным уровнем. При этом было показано, что концентрации ИЛ-6 были значительно выше в 3-часовой и 6-часовой период времени после ГСП, по сравнению с простыми парциальными и сложными парциальными приступами (Alapirtti T. et al. 2018).

ЦНТФ, являясь цитокином из семейства ИЛ-6, чаще всего ассоциируется с нейропротекцией при повреждении ЦНС и играет большую роль в дифференцировке глиальных клеток. Было показано, что ЦНТФ оказывает защитное действие на разные группы нейронов, включая дофаминовые нейроны, ингибируя активацию микроглии, окислительный стресс и нейровоспаление. На настоящий момент проведены единичные исследования по изучению уровня ЦНТФ у пациентов с эпилепсией (Shpak A.A. et al. 2017, Druzhkova T.A. et al. 2022).

Выводы. Сравнительный анализ лабораторных данных, полученных при обследовании указанной выборки пациентов, свидетельствует о различной динамике изменения уровня лимфоцитов, пролактина, ИЛ-6 и ЦНТФ в течение суток после ПС и ПНЭП.

Были выявлены: достоверное повышение уровня лимфоцитов и сывороточного пролактина в течение часа после ЭП, увеличение уровня ИЛ-6 и ЦНТФ через 12 часов после ЭП.

Указанные изменения отсутствовали после ПНЭП.

Полученные данные являются предварительными и требуют дальнейшего изучения на более представительной выборке пациентов.

Работа выполнена при поддержке гранта Московского Центра Инновационных Технологий в Здравоохранении, грант №2412–45.

НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТЬ И ЕЕ МРТ-МАРКЕРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ

Сафонова Н.Ю.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Санкт-Петербург

NEUROPLASTICITY AND ITS MRI MARKERS IN REHABILITATION

Safonova NY

В настоящее время заболевания нервной системы занимают одно из ведущих мест среди причин инвалидности. Доля их в общей заболеваемости и инвалидизации непрерывно увеличивается, что вызвано не только существенным ростом цереброваскулярной и нейродегенеративной патологиями, но и увеличением ДДП, пациентов с сахарным диабетом, почечной патологией, экологической обстановкой и увеличением доли лиц пожилого возраста. Стремление снизить рост инвалидизации населения от патологии нервной системы, вызывает в научном обществе интерес к нейрореабилитации.

Методы изучения центральной нервной системы постоянно развиваются и были обнаружены многочисленные пути восстановления утраченных функций — механизмы нейропластичности.

Как известно, в основе компенсаторно - восстановительных реакций и процессов в организме при травматических и других патологиях ЦНС лежит адаптивная нейропластичность. При этом происходят морфофункциональные изменения, ведущие к восстановлению и компенсации нарушенных функций за счет реорганизации нервной системы, как на молекулярном, так и на клеточном уровнях. В работах А. Г. Нарышкина с соавторами подтверждены уникальные пластические механизмы головного мозга (в перивентрикулярной зоне гиппокампа регулярно обновляется 1400 клеток в сутки). Кроме того, юные нервные клетки регулярно формируются в субгранулярной зоне зубчатой извилины, субвентрикулярной зоне ниже бокового желудочка, а также в обонятельных луковицах. Процесс нейропластичности продолжают до смерти мозга.

Нейропластичность изучается в 2 основных направлениях: как на нее влиять и усиливать в процессе нейрореабилитации и как подтверждать ее с помощью методов объективных обследований.

Концепция нейропластичности важна не только для понимания протекания патологических и восстановительных процессов в ЦНС, но для углубления знания о функционировании ЦНС в целом.

Концепция нейропластичности позволяет прогнозировать возможности для реабилитации утраченных функций. Так, сейчас продолжают активные исследования, касающиеся изучения эндогенных и экзогенных факторов, которые

могут повышать нейрональную и глиальную активность, увеличивать продолжительность жизни клетки, стимулировать аксональный рост и развитие новых межнейрональных связей

Интересны данные морфометрии, которые позволяют предоставить доказательства структурной нейропластичности (т. е. увеличения или уменьшения количества серого вещества) в результате увеличения или уменьшения афферентного входа в неповрежденную центральную нервную систему.

Так в литературе описано, что при нейровизуализации головного мозга лиц с ампутацией конечностей выявлено уменьшение серого вещества таламуса, структурным изменением мозга, предположительно отражающим потерю сенсорного ввода от этой части тела.

И наоборот, повышенная целенаправленная активность, такая как частое использование улиц и схем движения опытными лондонскими таксистами и обучение жонглированию, приводит к увеличению серого вещества у этих здоровых людей. Т.е., структурная нейропластичность также может быть использована в поврежденном мозге человека для влияния на результаты реабилитации среди группы пациентов с последствиями ОНМК, например.

Интересны данные об изменении толщины первичной сенсомоторной коры, вторичных моторных зон, объема, средних показателей аксиальной и радиальной диффузивности при реабилитации периферического поражения плечевого сплетения как нейровизуализационные маркерами нейропластичности.

В свете полученных данных использование препаратов повышающих нейропластичность оправдано в комплексной терапии больных не только с поражениями ЦНС, но и с периферическими поражениями.

МР-морфометрия, как метод позволяющий отслеживать прижизненно объем различных структур головного мозга, являются надежным инструментом для контроля эффективности лечения и прогноза исхода заболеваний нервной системы.

НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ И ПРЕАСТЕНИИ

**Соснина А.С., Тарасова И.В., Кухарева И.Н., Сырова И.Д.,
Трубникова О.А., Барбараш О.Л.**

**ФГБНУ «НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Министерства науки и высшего образования РФ
Кемерово**

**COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS OF CARDIAC SURGERY WITH SYNDROME OF
INITIAL ASTHENIA AND PREASTENIA**

**Sosnina A.S., Tarasova I.V., Kupriyanova D.S., Kukhareva I.N., Syrova I.D., Trubnikova O.A.,
Barbarash O.L.**

Цель исследования. Выявить особенности нарушений когнитивного статуса у пациентов кардиохирургического профиля с синдромом старческой астении (ССА) и преастении.

Материал и методы. В исследование включены 272 пациентов, поступивших для проведения коронарного шунтирования (КШ). Скрининг преастении и ССА у пациентов перед операцией выполнен с помощью Краткой батареи тестов физического функционирования (The Short Physical Performance Battery, (SPPB)). Краткая батарея тестов физического функционирования — это тест, включающий оценку скорости ходьбы, проверку равновесия и пробу подъема со стула. Этот тест

фокусируется на функции нижних конечностей, поскольку последние, как было показано, коррелируют с мобильностью, инвалидностью и исходами пациентов, включая повторные госпитализации и смертность (Ткачева О.Н., 2019). Максимальная сумма баллов за данный тест составляет 12 баллов. Интерпретация результатов:

- 10-12 баллов — Нет старческой астении;
- 8-9 баллов — Преастения;
- 7 и менее баллов — Старческая астения.

Все обследованные пациенты были разделены на группы на основании Краткой батареи тестов физического функционирования. ССА выявлен у 1,47 % пациентов (4 человека), а преастения – у 13,6 % (37 пациентов), без астении оказалось 187 пациентов. В связи с низким количеством пациентов группы ССА и для повышения качества статистического анализа пациентов с ССА и преастенией объединили в одну группу исследования (n=41). Из группы пациентов без астении было выбрано псевдослучайным образом 75 пациентов.

Оценка состояния когнитивных функций производилась с помощью скрининговых нейропсихологических шкал – MMSE и MoCA (Тарасова И.В., Трубникова О.А., Соснина А.С. и др. 2021). Нейропсихологическое тестирование проводилось перекрестно двумя квалифицированными специалистами-неврологами, в первой половине дня, в хорошо освещенной, шумоизолированной комнате. Согласно показателям шкалы MMSE, сумма которых может варьировать от 0 до 30 баллов, нормальное состояние когнитивных функций пациентов находится в диапазоне 28-30 баллов, 24-27 балла – синдром УКР, менее 24 баллов – тяжелые когнитивные нарушения (деменция). Шкала MoCA (сумма баллов от 0 до 30), 26-30 баллов - отсутствие когнитивных нарушений, 24–26 балла - УКР, ниже 24 баллов - тяжелые когнитивные нарушения.

Все виды статистического анализа полученных данных проводили по программе STATISTICA 10 (StatSoft, Inc., USA), близкое к нормальному распределение данных было только у части показателей. В связи с ненормальным распределением большинства исследуемых показателей, межгрупповое сравнение данных проводили с использованием критерия Манна-Уитни, $p < 0,05$ считалось статистически значимым. Корреляционный анализ проводили с использованием критерия Спирмена. Множественную линейную регрессию проводили с помощью пошаговой процедуры (Forward stepwise).

Результаты исследования. Следует отметить, что в группе без астении пациенты были моложе, чем в группе с астенией и преастенией. В обеих группах преобладали пациенты мужского пола, со средним и средне-специальным образованием. Индекс коморбидности Чарльсона был значимо выше в группе с преастенией-астенией. В обеих группах чаще встречались пациенты с II ФК классом стенокардии и с II ФК сердечной недостаточности по NYHA. Инфаркт миокарда в анамнезе был одинаково часто у пациентов обеих групп, как и сахарный диабет 2 типа. По уровню стенозов сонных артерий и анамнезу острых нарушений мозгового кровообращения группы были также сопоставимы.

Были проанализированы показатели нейропсихологических шкал MMSE и MoCA. Выявлены статистически значимые межгрупповые различия, согласно которым как медианный показатель шкалы MMSE (27 [26; 28] и 28 [27; 29], соответственно, $p=0,04$), так и шкалы MoCA (23 [19; 25] и 25 [23; 27], соответственно, $p=0,0085$) был значимо ниже у пациентов с астенией и преастенией по сравнению с пациентами без астении. Отмечено также, что по данным шкалы MMSE у большинства пациентов без астении отсутствовали когнитивные нарушения, а УКР чаще выявляли в группе пациентов с астенией, однако эти различия не достигли статистической значимости

($p=0,1$). По данным шкалы MoCA в группе преастении и астении только 10% пациентов имели нормальный уровень когнитивных функций, преобладали тяжелые когнитивные нарушения, тогда как в группе без астении более чем в 30% случаев когнитивные функции были без отклонений ($p=0,003$).

Также в общей группе пациентов был выполнен корреляционный анализ для определения связи когнитивных нарушений и наличия астении (по показателю Краткой батареи тестов физического функционирования) с возрастом и индексом коморбидности Чарльсона. Обнаружена отрицательная обратная связь между возрастом и наличием старческой астении, чем выше возраст, тем чаще встречается астения и преастения (индекс Спирмена - $R = -0,38$, $p \leq 0,0001$). Также отмечена отрицательная обратная связь между индексом коморбидности и астенией ($R = -0,41$, $p \leq 0,0001$), чем выше был индекс коморбидности, тем ниже показатели физического функционирования.

Продемонстрированы отрицательные взаимосвязи между возрастом и суммарным результатом шкал MMSE и MoCA ($R = -0,28$, $p=0,0025$ и $R = -0,46$, $p \leq 0,0001$, соответственно). Индекс коморбидности Чарльсона отрицательно коррелировал со шкалой MoCA ($R = -0,34$, $p=0,0003$), чем выше был уровень коморбидности у кардиохирургических пациентов, тем ниже уровень когнитивных функций. Аналогичные корреляции со шкалой MMSE не достигли статистической значимости. Индекс физического функционирования, говорящий о выраженности ССА, положительно коррелировал с уровнем когнитивных функций по шкалам MMSE и MoCA ($R = 0,19$, $p=0,039$ и $R = -0,33$, $p=0,0004$, соответственно).

Для выяснения вклада факторов возраста, ССА и коморбидности был проведен регрессионный анализ. В качестве зависимой переменной был выбран суммарный балл по шкале MoCA как показавший свою более высокую информативность. В качестве независимых предикторов когнитивного статуса были рассмотрены возраст, индекс коморбидности Чарльсона и показатель Краткой батареи тестов физического функционирования. Коэффициенты корреляции между показателями, выбранными в качестве независимых предикторов, были меньше 0,7, что позволяет говорить об отсутствии мультиколлинеарности между ними. Была получена статистически значимая модель. Наибольший вклад в базовый когнитивный статус вносят возраст и показатель физического функционирования (выраженность астении). Эти переменные объясняют 27% вариабельности показателя шкалы MoCA. Выводы. По результатам проведенного исследования выявлено, что базовый когнитивный статус, определяемый по показателям шкал MMSE и MoCA был значимо ниже у пациентов с астенией и преастенией по сравнению с пациентами без астении. При этом по данным шкалы MoCA в группе преастении и астении только 10% пациентов имели нормальный уровень когнитивных функций, около 60% пациентов имели тяжелые когнитивные нарушения, тогда как в группе без астении когнитивные функции были без отклонений у 30% пациентов. В настоящем исследовании также продемонстрированы особенности нейропсихологического профиля кардиохирургических пациентов с ССА, которые включают ухудшение образно-пространственного мышления, вербальной беглости, абстрактного мышления и рабочей памяти.

На основании полученных данных можно также утверждать, что шкала MoCA более информативна при определении базового когнитивного статуса кардиохирургических пациентов и ее изменения ассоциированы с коморбидностью и ССА. Стоит отметить, что согласно данным проведенного регрессионного анализа наибольший вклад в базовый когнитивный статус (шкала MoCA) вносят возраст и показатель физического функционирования.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ВИДЕОНИСТАГМОГРАФИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОММЕРЧЕСКОЙ ВЕБ-КАМЕРЫ

Федцов А.В., Еремин И.Е., Шова Н.И., Михайлов В.А.

ФГБОУ ВО "АмГУ"

Благовещенск

VIDEONYSTAGMOGRAPHY DEVICE USING COMMERCIAL WEB-CAMERA

Fedtsov A. V., Eremin I. E., Shova N. I., Mikhailov V. A.

Предлагается метод и устройство для проведения видеонистагмографии, с использованием веб-камер и алгоритмов компьютерного зрения. Представлен прототип устройства, описаны технические характеристики и настройки, разработана математическая модель и программное обеспечение для анализа видеопотока с веб-камеры и расчета результатов измерений. Исследуется точность получаемых измерений. Результатом проведенных исследований является разработка устройства с точностью измерений выше, чем у коммерческих аналогов. Ежедневно врачам–неврологам в практике приходится иметь дело с пациентами с вестибулярными нарушениями. Глазодвигательные расстройства служат симптомами различных неврологических заболеваний. В современных условиях популярность и активную практическую направленность получил метод видеонистагмография (способ записи и анализа нистагма при помощи технологии, которая использует встроенные в специальные очки инфракрасные видеокамеры, регистрирующие движения глаз в ходе выполнения различных тестов). Диагностика проводится на специальном оборудовании, рыночная стоимость которого достигает \$250 000. В комплект поставки входят очки Френзеля, видеокамеры и специализированное программное обеспечение.

В качестве диагностики установки типа нистагма очки Френзеля являются инструментом для дифференциальной диагностики причин нистагма.

Сертифицированное оборудование для видеонистагмографии имеет высокую стоимость, однако есть способ проведения данной диагностики на альтернативном устройстве, что делает диагностику доступнее. В основе предлагаемого устройства используются стандартные веб-камеры. Технические характеристики коммерческих комплексов сопоставимы с характеристиками среднестатистических веб-камер, а иногда и уступают последним. Средняя точность измерений положения зрачка глаза согласно общедоступным результатам диагностики на сертифицированном оборудовании составляет 0.5° от угла поворота зрачка глаза при частоте дискретизации 30–60 Гц и 4 каналах измерений угол наклона значка по вертикали и горизонтали для левого и правого глаза. Для получения такой точности требуется проводить видеосъемку глаза веб-камерой, где часть изображения, содержащая зрачок и глазное яблоко, будет иметь разрешение не менее 360x360 пикселей.

В качестве основы корпуса устройства используются очки виртуальной реальности для смартфонов. В данном исследовании используются очки VirtualReality (VR) Shinecon SC-G04C. Для захвата изображения используются 2 вебкамеры Logitech HD Pro C920 (разрешение 1920x1080, частота 30 кадров в секунду). Для соединения веб-камер с очками разработан и распечатан на 3D принтере переходник, позволяющий зафиксировать камеры, которые крепятся к нижней части очков. Линзы VR очков при этом удаляются. Устройство подключается к компьютеру через USB порт для каждой из камер.

Исследование проводилось на 10 здоровых добровольцах с целью получить требуемую точность измерений. Исследование включало в себя 3 основных теста: оценка саккадических движений (обвести взглядом контуры больших предметов),

следящий тест (наблюдение за движением объекта на видео), позиционный тест (оценка движений глаз при повороте головы).

Тест проводился 10 раз. Максимальное значение разницы составило 0.22° , абсолютная погрешность 0.021, относительная погрешность 0.1461%, коэффициент Стьюдента 2.0154. Таким образом, удалось достичь точность измерений более чем 0.5° от угла поворота зрачка глаза.

В ходе исследования разработано устройство для видеонистагмографии, с использованием веб-камер и алгоритмов компьютерного зрения. Получена точность измерений не ниже чем у коммерческих аналогов, что говорит о перспективности предложенного решения. Возможно дальнейшее усовершенствование математической модели, учитывающее шарообразную форму глаза и более точно рассчитывающее вектор наклона глаза. Следующим шагом станет сравнение результатов тестов на сертифицированном оборудовании видеонистагмографии и описанной разработкой под контролем специалиста – невролога.

Оформленный текст в формате doc с изображениями предоставлю на почту при необходимости.

СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

Шова Н.И., Михайлов В.А.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Санкт-Петербург

SUICIDAL RISK IN PATIENTS WITH EPILEPSY DEPENDING ON GENDER

Shova N.I., Mikhailov V.A.

Введение. Распространенность завершенных суицидов у пациентов, страдающих эпилепсией, в 4 – 5 раз выше, чем в общей популяции. При локализации эпилептогенного очага в височной области риск совершения суицида увеличивается в 25 раз по сравнению с другими формами заболевания, при которых наблюдаются суицидальные намерения. Основными причинами смерти среди больных являются: несовместимая с жизнью травма, полученная в результате падения; нарушения витальных функций как осложнение эпилептического статуса и самоубийства. На данный момент отсутствуют достоверные сведения о связи формирования суицидальных намерений и гендерной принадлежности.

Цель. Изучить степень формирования суицидального риска у больных эпилепсией в зависимости от гендерной принадлежности.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач всего было обследовано 112 больных (54 мужчины и 58 женщин) с установленным диагнозом эпилепсия, возраст респондентов $33,21 \pm 12,25$. Все больные проходили стационарное лечение на отделении. Набор пациентов производился методом сплошной выборки для обеспечения репрезентативности и однородности материала. 1 группа: 41 пациент с эпилепсией, имеющих суицидальные мысли, средний возраст респондентов – $32,20 \pm 11,31$, из них 15 мужчин (36,59%) в возрасте $29,33 \pm 9,18$ и 26 женщин (63,41%) в возрасте $33,85 \pm 12,23$, длительность заболевания - $15,22 \pm 9,70$.

2 группа: 71 пациент с диагнозом эпилепсия без суицидальных идеаций и попыток суицида в анамнезе в возрасте $33,79 \pm 12,80$, из них 39 мужчин (54,93%) в возрасте $32,26 \pm 12,51$ и 32 женщины (45,07%) в возрасте $35,66 \pm 13,10$, длительность заболевания $14,63 \pm 11,90$. Клинико-психологические шкалы и опросники: опросник суицидального риска Шмелева А.Г. в модификации Разуваевой Т.Н.

Результаты. Наиболее выраженными факторами суицидального риска в обеих группах являются «социальный пессимизм» (1 группа – 3,61±1,43 баллов, 2 группа – 3,46±1,59 баллов), «аффективность» (1 группа – 3,09±1,59 баллов, 2 группа – 2,64±1,50 баллов) и «несостоятельность» (1 группа – 2,75±1,24, 2 группа – 1,90±1,08). Кроме перечисленных факторов, стоит отметить, что важным для пациентов 1 группы является невозможность конструктивного планирования будущего (диагностический концепт «временная перспектива», 1 группа – 2,56±1,78 баллов, 2 группа – 1,35±1,43 баллов). Наименее выраженными факторами суицидального риска в обеих группах являются «слом культурных барьеров» (1 группа – 1,04±1,16 баллов, 2 группа – 0,91±0,63 баллов) и «максимализм» (1 группа – 1,02±1,01 баллов, 2 группа – 0,63±0,62 баллов). На наш взгляд, интересной является выявленная нами отрицательная связь между показателем «социальный пессимизм» и длительностью заболевания ($r=-0,230$; $p\leq 0,015$). Обнаруженная нами связь может свидетельствовать о том, что при увеличении длительности заболевания социальный пессимизм со временем снижается, то есть пациент начинает воспринимать мир как менее враждебный, возможно, происходит принятие своего заболевания человеком, он начинает иначе воспринимать его, что и приводит к более позитивной концепции окружающего мира.

Между пациентами двух групп в результате сравнительного анализа с помощью U-Манна-Уитни были выявлены достоверно значимые различия по ряду субшкалам: «уникальность» (1 группа – 1,97±1,49 баллов, 2 группа – 1,18±1,30 баллов), «несостоятельность» (1 группа – 2,75±1,24, 2 группа – 1,90±1,08), «максимализм» (1 группа – 1,02±1,01 баллов, 2 группа – 0,63±0,62 баллов), «временная перспектива» (1 группа – 2,56±1,78 баллов, 2 группа – 1,35±1,43 баллов). Выраженность названных факторов выше в группе пациентов с суицидальным поведением ($0,020\leq p\leq 0,001$).

Сравнительный анализ факторов суицидального риска у мужчин и женщин в каждой группе позволил выявить ряд различий. Так, в группе пациентов без суицидальных идеаций было обнаружено, что показатель «аффективность» у женщин более выражен, чем у мужчин (женщины – 3,313±1,38; мужчины – 2,103±1,39). Различия на уровне значимости $p\leq 0,001$. В группе пациентов с суицидальными мыслями было выявлено различие между мужчинами и женщинами по шкале «несостоятельность» (женщины – 3,077±1,20; мужчины – 2,200±1,15).

Кроме того, нами был проведен сравнительный анализ данных мужчин и женщин с суицидальными мыслями и без суицидальных идеаций. В ходе данного анализа был выявлен ряд различий между мужчинами с суицидальными намерениями и без суицидальных идеаций, а также между женщинами двух групп. Так, мужчины первой группы в сравнении с мужчинами второй группы характеризуются более выраженными показателями по шкалам: «демонстративность» (1 группа 2,47 баллов, 2 группа 1,49 баллов, $p=0,046$), «аффективность» (1 группа 3 балла, 2 группа 2,1 балла, $p=0,044$), «уникальность» (1 группа 2,07 баллов, 2 группа 1,21 балл, $p=0,045$). Женщины с суицидальными мыслями характеризуются более высокими показателями по шкалам: «уникальность» (1 группа 1,92 балла, 2 группа 1,16 баллов, $p=0,031$), «несостоятельность» (1 группа 3,08 баллов, 2 группа 1,91 балл, $p=0,000$) и «временная перспектива» (1 группа 2,73 балла, 2 группа 1,22 балла, $p=0,001$).

Заключение. При гендерном сопоставлении выявлено, что у мужчин без суицидальных мыслей в сравнении со всеми другими респондентами менее выражен фактор «аффективности», у женщин с суицидальными мыслями – «несостоятельность» (отрицательная концепция собственной личности). Также стоит сказать о том, что мужчины с суицидальными мыслями характеризуют более выраженным желанием привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания, чем мужчины без суицидальных мыслей. Для

женщин в большей мере характерно, чем для мужчин, доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации, что, вероятно, обусловлено большей эмоциональностью и импульсивностью женщин. Женщин с суицидальными мыслями характеризует более негативная концепция собственной личности, чем мужчин, что может быть объяснено большей склонностью женщин к рефлексии и самоанализу.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ МЫСЛЯМИ

Шова Н.И., Михайлов В.А., Большакова А.К.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Санкт-Петербург

FEATURES OF NEUROIMAGING IN PATIENTS WITH EPILEPSY WITH SUICIDAL THOUGHTS

Shova N.I., Mikhailov V.A., Bolshakova A.K.

Введение. В современной литературе отсутствуют данные о нейробиологических коррелятах, которые бы способствовали формированию групп риска с целью профилактики суицидальных попыток.

Цель. Изучить и проанализировать данные магнитно-резонансной томографии (МРТ) у больных эпилепсией с суицидальными намерениями.

Материалы и методы. Обследовано 112 больных (54 мужчины и 58 женщин) с установленным диагнозом эпилепсия (33,21±12,25 лет). Пациенты разделены на две группы: 1 группа с суицидальными мыслями (41); 2 группа без суицидальных идей (71). По этиологии эпилепсии, большинство пациентов в общей выборке (61,6, N=69; 1 группа – 61,0%, N=25; 2 группа – 62,0, N=44) имеют структурную форму. Второе место занимает эпилепсия неизвестной этиологии (31,1%, N=35). Иные этиологии (генетическая, иммунная, метаболическая и инфекционная) встречаются в единичных случаях (7,5%, N=8). Данная закономерность прослеживается при рассмотрении отдельно каждой группы ($p > 0,05$).

По семиотике эпилептических приступов 1 группе наиболее представленными являются билатеральные тонико-клонические с фокальным началом (73,2%, N=30), фокальные немоторные сенсорные и фокальные моторные клонические приступы без нарушения осознанности (14,6% случаев каждый, N=6 каждый). Во 2 группе пациентов второе место по представленности занимают фокальные моторные автоматизмы без нарушения осознанности (21,1%, N=15), третье – фокальные немоторные вегетативные приступы без нарушения осознанности (14,1%, N=10). В ходе сравнительного анализа частоты эпилептических приступов в двух группах было выявлено, что у пациентов 1 группы ежедневные приступы (24,4%, N=10) случаются статистически значимо чаще, чем во 2 группе (7,0%, N=5, $\varphi^* = 2,534$; $p \leq 0,01$). Наклонность к серийному течению приступов в 1 группе выше, чем у пациентов 2 группа (43,9%, N=18; 23,9%, N=17; $\varphi^* = 2,172$; $p \leq 0,05$). Было выявлено, что 23 пациента 1 группы (56,1%) и 30 пациентов 2 группы (42,3%) являются фармакорезистентными ($p \leq 0,05$).

Исследование групп проводилось при помощи метода магнитно-резонансной томографии, на аппарате 1,5 Тл. Оценка результатов проводилась по заключениям рентгенологов, с занесением в таблицу распределения частоты встречаемости патологических признаков.

Результаты. В 1 группе 70,7% (N=29) и во 2 группе 64,8% (N=46) имеются патологические изменения по данным МРТ головного мозга. Наиболее представленными в выборке в целом являются различные аномалии, которые

сложно систематизировать (12,5%, N=14), также встречаются гетеротопии серого вещества (8%, N=9) и кортикальной дисгенезии с аномальной клеточной дегенерацией (5,4%, N=6) ($p > 0,05$). При анализе данных было выявлено, что у порядка 15% пациентов всей выборки (N=16) имелись изменения гиппокампа (1 группа – 19,5% (N=8), 2 группа – 11,3% (N=8)). Выявленные изменения гиппокампа локализованы в 1 группе преимущественно слева (17,1% случаев, N=7), локализация изменений гиппокампа справа была обнаружена всего в одном случае (2,4%, N=1). Во 2 группе, напротив, больше случаев локализации изменений гиппокампа обнаружено справа (7% случаев – справа (N=5), 4,2% случаев – слева (N=3)), $\varphi^* = 2,243$; $p \leq 0,05$. Атрофические изменения в коре чаще встречаются с правосторонней (4,5%, N=5) или двусторонней (4,5%, N=5) локализаций. В обеих группах пациентов атрофические изменения коры головного мозга локализуются в височной области (1 группа – 12,2% (N=5); 2 группа – 2,8% (N=2)).

Заключение. Выявлено, что суицидальные намерения в большей степени характерны для пациентов с органическими изменениями левого гиппокампа. Это связано с тем, что более 70% синаптической передачи гиппокампа находится под контролем возбуждающих аминокислот. И соответственно стресс индуцированные изменения глутаматергической нейротрансмиссии в префронтальной коре и в гиппокампе могут лежать в основе нарушений дофаминергической нейротрансмиссии в подкорковых ядрах лимбического мозга, обнаруживаемых при психических заболеваниях.

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ НАМЕРЕНИЯМИ

Шова Н.И., Михайлов В.А., Грановская Е.А.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Санкт-Петербург

ATTITUDE TOWARDS THE DISEASE IN PATIENTS WITH EPILEPSY WITH SUICIDAL INTENTIONS

Shova N.I., Mikhailov V.A., Granovskaya E.A.

Особая роль в формировании клиники депрессий принадлежит реакции личности на эпилептическую болезнь, с выраженными мотивами ущербности, неполноценности, стигматизации, что может способствовать суицидальному поведению.

Цель исследования. Определить основные типы отношения к болезни у больных эпилепсией с суицидальными мыслями.

Материалы и методы. Было обследовано 112 больных (54 мужчины и 58 женщин) с установленным диагнозом эпилепсия, возраст респондентов 33.21 ± 12.25 . Набор пациентов производился методом сплошной выборки для обеспечения репрезентативности и однородности материала. Пациенты были разделены на две группы. Критерием для разделения стало наличие суицидальных мыслей (в исследование не входили пациенты с суицидальными попытками, а также с самоповреждениями истероидного и/или демонстративного характера): в 1 группу вошли пациенты с суицидальными мыслями (41 человек); во 2 группу составили пациенты без суицидальных идеаций (71 человек). Фиксирование наличия суицидальных мыслей проводилось с помощью клинического опроса. Для выявления типов отношения пациентов к болезни у пациентов нами была использована методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ, Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1987).

Результаты и обсуждение. При анализе данных по всей выборке было выявлено, что «чистый тип» встречается у 33 пациентов (29.5%), «смешанный» у 55 пациентов (49.1%) и у 24 человек (21.4%) определен «диффузный» тип отношения к болезни. Во всех группах пациентов доминирует «смешанный» тип отношения к болезни. Он встречается в 49.1% случаев (N=55). На втором месте в 1 группе пациентов находится «диффузный» тип отношения к болезни (31.7%, N=13), на третьем – «чистый» (17.1%, N=7); во 2 группе на втором месте по представленности – «чистый» тип отношения к болезни (36.6%, N=26), на третьем – «диффузный» (15.5%, N=11), $p \leq 0,05$.

Анализ «чистых» типов отношения к болезни в двух группах показал, что в группе пациентов с суицидальными мыслями меньше респондентов с «чистым» типом отношения к болезни, чем в группе пациентов без суицидальных идей ($p \leq 0,05$). При рассмотрении каждой группы в отдельности, стоит отметить, что в 1 группе сложно выделить преобладающий «чистый» тип, во 2 группе наиболее представленным является гармоничный тип (14.1%, N=10).

В ходе анализа «диффузных» и «смешанных» типов отношения к болезни нами было выявлено, что в обеих группах наиболее представленными типами отношения к болезни являются эргопатический (21.34 ± 12.8 баллов) и сенситивный типы (22.10 ± 10.2 баллов) отношения к болезни.

Наряду с эргопатическим и сенситивным типами во 2 группе пациентов также достаточно выраженным является анозогностический тип отношения к болезни (14.66 ± 12.9 баллов), а в 1 группе выявлены пациенты с анозогностическим (13.39 ± 9.1 баллов), тревожным (15.32 ± 7.42 баллов) и ипохондрическим (13.61 ± 8.5 баллов) типами отношения к болезни.

Данные методики ТОБОЛ указывают на то, что больным эпилепсией свойственно: ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые они могут произвести на окружающих сведениями о своей болезни; стремление, несмотря на тяжесть заболевания, продолжить работу; отсутствие критичности к собственному заболеванию.

Сравнительный анализ типов отношения к болезни в двух группах выявил определенные различия по преобладающим типам отношения к болезни: у пациентов с суицидальными мыслями более выраженными, чем у пациентов без суицидальной активности оказались тревожный (1 – 15.32 ± 7.42 , 2 – 10.66 ± 7.64), ипохондрический (1 – 13.61 ± 8.54 , 2 – 9.31 ± 5.06), неврастенический (1 – 12.85 ± 8.70 , 2 – 8.48 ± 7.57), меланхолический (1 – 11.56 ± 10.01 , 2 – 6.28 ± 5.83), апатический (1 – 8.83 ± 7.65 , 2 – 4.24 ± 5.40), эгоцентрический (1 – 12.81 ± 6.47 , 2 – 8.24 ± 4.57), паранойяльный (1 – 9.02 ± 5.22 , 2 – 6.25 ± 4.90) и дисфорический (1 – 10.07 ± 7.43 , 2 – 5.73 ± 5.47) типы отношения к болезни ($0.010 \leq p \leq 0.000$).

Таким образом, пациентам с суицидальными мыслями в большей степени, нежели чем пациентам без суицидальной активности, характерно непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, чрезмерная сосредоточенность на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, поведение по типу «раздражительной слабости», пессимистический взгляд на окружение, с другой стороны, на определенном этапе течения заболевания, полное безразличие к своей судьбе, исходу болезни, результатам лечения; выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие, подозрительность и настороженность.

Заключение. Одним из ключевых факторов, который определяет эффективность лечения и реабилитации, является мотивация больного к лечению, которая в свою очередь определяется восприятием болезни. В контексте построения профилактических программ особо важным является выявление типа реагирования

на болезнь, так как с помощью этого, становится возможным выявить необходимые мишени для психотерапевтического вмешательства.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ И ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИПАДКАМИ

Якунина О.Н., Михайлов В.А.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Санкт-Петербург

PSYCHOLOGICAL STATUS OF PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF CRANIOCEREBRAL INJURIES AND EPILEPTIC SEIZURES

Yakunina O.N., Mikhailov V.A.

Цель: Изучение особенностей личности пациентов, перенесших черепно-мозговые травмы, особенно актуально в связи с обсуждением вопроса о роли органической энцефалопатии в диагностике и лечении эпилепсии.

Материал и методы: Обследован 51 пациент мужского пола в возрасте от 16 до 25 лет. Выбор для обследования пациентов одного пола обусловлен тем, что мальчики и молодые люди чаще получают ЧМТ в родах, играх, драках, ДТП и др., а также для исключения гендерных различий. Все пациенты проходили стационарное обследование и лечение в отделении лечения больных с экзогенными органическими расстройствами и эпилепсией по поводу последствий черепно-мозговых травм, полученных в разные возрастные периоды.

В клинической картине заболевания этих пациентов имелись признаки посттравматической органической энцефалопатии в виде церебрального арахноидита, диффузноатрофических и глиозных изменений, ликвородинамических нарушений и др., диагностированных МРТ и ЭЭГ исследованиями. При психологической диагностике использовались экспериментально-психологические методики для оценки когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферы. Все методики разработаны или адаптированы в лаборатории клинической психологи НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью компьютерной программы Excel.

Результаты и обсуждение: Анализ результатов психологического исследования проводился в 2-х группах больных. Первую группу, которую можно назвать группой риска по эпилепсии, составили 32 пациента. 7 пациентов, предъявляли жалобы на головные боли, головокружение, слабость, вялость, повышенную утомляемость, ослабление памяти, колебания настроения. У них были выявлены пароксизмальные или пароксизмоподобные нарушения биоэлектрической активности головного мозга, проявляющейся в основном на фоне функциональных нагрузок. Психологическое исследование обнаружило астенические проявления, вегетативную лабильность, ослабление памяти, внимания при относительной сохранности мышления, отсутствии грубых нарушений эмоционального реагирования и поведения. У 12 пациентов в клинической картине и жалобах, основное место занимали приступы кратковременной утраты сознания без падения и судорог, пароксизмальные нарушения сна, состояния "уже виденного". Некоторые из этих проявлений больные амнезировали или не придавали им значение. Здесь психологическая диагностика выявила выраженные астено-вегетативные нарушения, более значительное ослабление когнитивных функций. У 50% больных имелась неустойчивость настроения с тенденцией к снижению, импульсивность, сенситивность, ослабление коммуникативных возможностей. У 13 пациентов при наличии цефалгий, астенических проявлений отсутствовали жалобы на приступы с

отключением сознания, но в анамнезе, в детские годы имелись фебрильные судороги, судорожные припадки. Были обнаружены более выраженные пароксизмальные нарушения биоэлектрической активности мозга. У 30% пациентов выявлено ослабление когнитивных функций, астеновегетативные и эмоциональные нарушения, без выраженного снижения уровня коммуникабельности. Все пациенты второй группы (19 человек) предъявляли жалобы на сильные и частые головные боли, приступы с утратой сознания, судорожного и парциального характера, повышенную утомляемость, колебания настроения, снижение когнитивных функций. У них имелись выраженные пароксизмальные нарушения биоэлектрической активности головного мозга, проводилось медикаментозное противоприступное лечение. Психологическое исследование выявило у 74% больных астенические проявления и вегетативную лабильность, 47% пациентов имели диффузное когнитивное снижение. Чаще чем в первой группе встречались эмоциональные и поведенческие расстройства, неадаптивные формы реагирования в ситуациях психоэмоционального напряжения.

Выводы. Таким образом, результаты психологического исследования свидетельствуют о преобладании у пациентов с последствиями черепно-мозговых травм астенических, вегетативных, когнитивных и эмоциональных нарушений, степень выраженности которых зависит от тяжести клинических проявлений заболевания.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПСИХИАТРИЯ.....	3
АДДИКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА Агибалова Т.В., Тухватуллина Э.И.....	3
КОМОРБИДНОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ Алексева П.Н., Морозова А.Ю.....	4
РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К СУБЪЕКТИВНОМУ БЛАГОПОЛУЧИЮ В ВАРИАТИВНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ШИЗОФРЕНИИ Алфимова М.В., Кондратьев Н.В., Лежейко Т.В., Голимбет В.Е.	6
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ Артемьева М.С., Шадрикова А.Д., Лазукова А.Г.	7
ИДЕНТИФИКАЦИЯ БИОМАРКЕРОВ НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ ДЕМЕНТНЫХ СОСТОЯНИЯХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА Асташонок А.Н., Докукина Т.В., Полещук Н.Н.	9
ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АУТОДЕСТРУКТИВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ Бабарахимова С.Б., Мухторов Б.О.....	12
НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ Бобров А.Е.	14
ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ COVID-19 Борисенко Е.Г., Овчарова К.Х., Бомов П.О., Киселева И.С.....	16
ОСЛАБЛЕННАЯ РЕАКЦИЯ НА СЛАБЫЙ СТРЕСС У КРЫС, ПЕРЕЖИВШИХ ПРЕНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ, СВЯЗАНА С ДЕПРЕССИВНОПОДОБНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ СИСТЕМЫ Ветровой О.В., Стратилев В.А., Тюлькова Е.И.....	18
ЭТОВИДЕОГРАФИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Виноградова О.С., Марченко А.А., Лобачев А.В., Хабаров И.Ю.	18
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ОКУЛОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Виноградова О.С., Марченко А.А., Лобачев А.В., Хабаров И.Ю., Колодин С.Н.....	20
ВЫЯВЛЕНИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ОКУЛОГРАФИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Виноградова О.С., Марченко А.А., Лобачев А.В., Хабаров И.Ю., Колодин С.Н.....	21
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Виноградова О.С., Марченко А.А., Лобачев А.В., Хабаров И.Ю., Колодин С.Н., Моисеев Д.В., Володарская А.А.....	22
СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ Волова Т.Л., Шельгин К.В., Меньшикова Л.И.	23

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ РАЗЛИЧНЫХ РЕГИСТРОВ Володарская А.А., Марченко А.А., Лобачев А.В., Хабаров И.Ю., Виноградова О.С., Моисеев Д.В., Сквородников Д.В., Фролова И.Д.....	26
ПСИХОПАТОЛОГИЯ, НЕЙРОБИОЛОГИЯ, ПСИХОЛОГИЯ - СОЮЗНИКИ ИЛИ СОПЕРНИКИ? Воскресенский Б.А., Бегматов Р.И.....	27
КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПОЛИГЕННОГО РИСКА ДЛЯ ШИЗОФРЕНИИ И РАКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ИЗ РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Голимбет В.Е., Кондратьев Н.В., Лежейко Т.В.....	30
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ, СВЯЗАННЫХ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ И ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ, ЗНАЧИМЫХ ДЛЯ ПОПУЛЯЦИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ Голубева Т.С., Докукина Т.В., Объедков В.Г., Голоенко И.М., Хлебоказов Ф.П.....	31
ИММУННЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ТОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ ДО ЛЕЧЕНИЯ Голыгина С.Е., Терешков П.П., Сахаров А.В.	34
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ Гольдин Б.Г., Гольдина И.А.....	35
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С АУТОИММУННЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ С АНТИТЕЛАМИ К NMDA РЕЦЕПТОРАМ Гранкина И.В., Крахмалева О.Е., Иванова Т.И.....	38
КЛИНИКО-ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ И ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМ ТИПАМИ ТРЕВОГИ В ПРОЦЕССЕ АНКСИОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Григорова О.В.	40
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ Г. МИНСКА (БЕЛАРУСЬ) Давидовский С.В., Игумнов С.А.....	42
ИЗМЕНЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЙ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ Демидова Л.Ю., Староверов И.И., Самылкин Д.В., Никитский И.С., Ткаченко А.А.....	43
ДОДЕМЕНТНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА КАК ПРЕДИКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕЛИРИЯ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА Дик К.П., Мельник А.А.....	46
ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА У СТУДЕНТОВ Дмитриев М.Н., Худина Ю.С., Дмитриева Н.С.....	47
ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА ПО ДАННЫМ АФФЕКТИВНОГО СТРУП-ТЕСТА Дмитришина Е.М., Марченко А.А., Лобачев А.В., Хабаров И.Ю., Лыткин В.М., Виноградова О.С., Колодин С.Н.	50
ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ И ДРУГИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ Докукина Т.В., Кучинская А.А., Подоляк М.В., Иваницкая В.Б., Главинский И.С., Громова Н.В., Байкова А.В., Василенко В.А., Мухина Е.С.....	51
ИНДУЦИРОВАННОЕ БРЕДОВОЕ РАССТРОЙСТВО: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ С НЕОБЫЧНЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ Дядичко А.Н., Сырцев М.А., Мартынова Т.О.	54

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Евдокимова А.Л., Винникова И.Н.....	56
РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЧИН В ФОРМИРОВАНИИ ТАКОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК САМОПОРЕЗЫ У ПОДРОСТКОВ Ендржеевская Д.В.	58
АССОЦИАЦИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 СЫВОРОТКИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ С КЛИНИЧЕСКИМИ И СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ Жилыева Т.В., Рукавишников Г.В., Мичурина И.А., Скоблик С.В., Гарбуз М.Е., Мазо Г.Э.	60
ОТКЛОНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ Жилыева Т.В., Пятойкина А.С., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Костина О.В., Богданова Т.В., Мичурина И.А., Мазо Г.Э.	62
ОСНОВЫ ФЕНОМЕНОЛОГИИ ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ ЖИЛЬ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА Зайцев И.Д., Зайцев Д.Е., Титов Н.А.....	64
МЕТОДЫ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНОЙ ИДЕАЦИЕЙ Зинчук М.С., Кустов Г.В., Попова С.Б., Войнова Н.И., Аведисова А.С., Гехт А.Б.	65
ИМПУЛЬСИВНОСТЬ ПРИ РИСКЕ МАНИФЕСТАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ Зинькевич А.С., Омельченко М.А.	67
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ Злоказова М.В., Семакина Н.В.	69
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ВТОРИЧНОЙ СУГГЕСТИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОНВЕРСИОННОЙ ПАТОЛОГИИ Зобин Я.С., Курасов Е.С.....	71
ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ Зозуля С.А., Романов Д.В., Лобанова В.М., Смулевич А.Б., Ключник Т.П.	72
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА Зоркина Я.А., Алексеева П.Н.....	74
КОМПЛЕКСНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ДЕТСТВЕ Иванов М.В., Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г., Куликов А.В., Балакирева Е.Е.....	76
КЛИНИКО-НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 Изнак А.Ф., Изнак Е.В., Зозуля С.А., Дамянович Е.В., Олейчик И.В.	78
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА, СВЯЗАННОГО С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19, НА СПЕКТРАЛЬНО-КОГЕРЕНТНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЭЭГ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ Изнак А.Ф., Изнак Е.В., Олейчик И.В.....	80
КОРРЕЛЯЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ЭЭГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 Изнак А.Ф., Изнак Е.В., Олейчик М.И.	82
ЭЭГ И НЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ Изнак Е.В., Дамянович Е.В., Зозуля С.А., Изнак А.Ф.....	85

КЛИНИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ Калинина М. А., Борова А. И., Козловская Г. В., Балакирева Е.Е., Шимонова Г.Н.....	87
ОЦЕНКА ПЕДОФИЛЬНОГО ИНТЕРЕСА ПОСРЕДСТВОМ КОРНЕАЛЬНОГО И ПУПИЛЛЯРНОГО РЕФЛЕКСОВ Каменсков М.Ю.	89
МИКРОТРЕМОР ГЛАЗ И КОНТРАСТНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В НОРМЕ И ПРИ ШИЗОФРЕНИИ С ГАЛЛЮЦИНАТОРНОЙ И БРЕДОВОЙ СИМПТОМАТИКОЙ Карлова А. В., Гусейнова З.Т., Ляпунов И.С., Ляпунов С.И., Иванов М.В., Шошина И.И.	92
РАЗРАБОТКА И ВАЛИДАЦИЯ ЭЛЕКТРОННОГО СТРУКТУРИРОВАННОГО ОПРОСНИКА ДЛЯ СКРИНИНГА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ Касьянов Е.Д., Яковлева Я.В., Мудракова Т.А., Касьянова А.А., Вербицкая Е.В., Мазо Г.Э.	93
НАРУШЕНИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ЧИСЛОМ КЛЕТОК СЕМЕЙСТВА ОЛИГОДЕНДРОЦИТОВ В РАЗЛИЧНЫХ ОБЛАСТЯХ АССОЦИАТИВНОЙ КОРЫ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ Коломеец Н.С., Уранова Н.А.	94
МОДЕЛЬ АССЕРТИВНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ТЕРАПИИ В КОНТЕКСТЕ НОВОГО ПОРЯДКА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ Конопленко Э.Р., Полякова А.С.	96
БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ КАК КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ОСНОВА ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г.	98
НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА С СИМПТОМАМИ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА В АНАМНЕЗЕ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) Кошевой Р.С., Сергиенко А.А.	100
ДИАГНОСТИКА РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА С ПОЗДНИМ НАЧАЛОМ Кунафина Е.Р.	103
ВЛИЯНИЕ ПСИХОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ Кунафина Е.Р.	105
КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ (ПО ДАННЫМ СОМАТОГЕРИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ) Кунафина Е.Р., Гизатуллин Т.Р.	107
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА Кунафина Е.Р., Кунафина А.А.	109
ОСНОВНОЙ БЕЛОК МИЕЛИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Левчук Л.А., Рощина О.В., Симуткин Г.Г., Бохан Н.А., Иванова С.А.	111
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА IL-1В И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Лежейко Т.В., Плакунова В.В., Голимбет В.Е.	113
К ВОПРОСУ О СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМАТИКЕ КАТАТОНИИ Лобанова В.М., Пискарев М.В., Ильина Н.А.	115

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Лобачева О.А., Корнетова Е.Г., Никитина В.Б.....	116
КЛИНИКО-НЕЙРОХИМИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Макушкина О.А.....	118
РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Марголина И.А., Платонова Н.В., Балакирева Е.Е., Иванов М.В., Голубева Н.И.	120
ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ (ТМС) В ЛЕЧЕНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНОГО ВЕРБАЛЬНОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ Маслеников Н.В., Потапов И.В., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н.	122
НАРУШЕНИЯ ОБРАБОТКИ АУДИОВИЗУАЛЬНЫХ СТИМУЛОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ В ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ COVID-19 Масленникова А.В., Портнова Г.В., Мартынова О.В., Захарова Н.В.....	124
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ АГОМЕЛАТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИИ, ВОЗНИКШЕЙ ПОСЛЕ ИНФЕКЦИИ COVID-19, В ПОВСЕДНЕВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПСИХИАТРА И НЕВРОЛОГА В РОССИИ (ИССЛЕДОВАНИЕ TELESFOR) Медведев В.Э., Морозов Д.П., Квасников Б.Б.....	126
ОПРЕДЕЛЕНИЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО И ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО РАССТРОЙСТВА Мельник А.А., Дик К.П.	128
НЕЙРОЛЕПТИКИ ФЕНОТИОЗИНОВОГО РЯДА МОДУЛИРУЮТ ТРАНСПОРТ NA ⁺ В ЭПИТЕЛИИ КОЖИ ЛЯГУШКИ Мельницкая А.В., Крутецкая З.И., Антонов В.Г.	130
ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БОС-ТЕРАПИИ ПРИ ЮНОШЕСКИХ ДЕПРЕССИЯХ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО ШИЗОФРЕНИИ Мигалина В.В., Омельченко М.А.....	132
ФЕНОТИАЗИНОВЫЕ НЕЙРОЛЕПТИКИ ПОДАВЛЯЮТ CA ²⁺ -ОТВЕТЫ В МАКРОФАГАХ Миленина Л.С., Крутецкая З.И., Антонов В.Г., Крутецкая Н.И., Бадюлина В.И., Симонян А.О.....	134
РАЗЛИЧИЯ МОДУЛЯЦИИ ОТВЕТОВ МОЗГА НА ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СТИМУЛЫ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПРИ РЕКУРРЕНТНОЙ И БИПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИИ Мнацаканян Е.В., Крюков В.В., Краснов В.Н.....	137
ОСОБЕННОСТИ СЕНСОМОТОРНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Моисеев Д.В., Марченко А.А., Володарская А.А., Сквородников Д.В., Фролова И.Д., Хабаров И.Ю., Лобачев А.В.....	138
ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ КОНТЕНТА ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ ДЛЯ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Москвитина У.С., Сорокин М.Ю.....	140
ПРЕВЕНЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ СРЕДИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ Мошкина А.Ю.	142
ПРЕДИКТОРЫ ПОДРОСТКОВЫХ АУТОАГРЕССИЙ Мухторов Б.О.	143
ДЛИТЕЛЬНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ ГЛУТАМАТА НАТРИЯ ФОРМИРУЕТ ДЕПРЕССИВНО-ПОДОБНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ИЗМЕНЯЕТ ДВИГАТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ У КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР Назарова Г.А., Богданова Н.Г., Судаков С.К.....	145

ПОИСК И УСТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА, СОПРЯЖЕННЫХ С РАЗВИТИЕМ КОГНИТИВНЫХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Нейфельд Е.А.	146
РОЛЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН Никитина В.Б., Белокрылова М.Ф., Лобачева О.А., Рудницкий В.А., Ветлугина Т.П.	147
СЕНСОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ТРЕВОГА У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА. Никитина С.Г., Балакирева Е.Е., Блинова Т.Е., Куликов А.В., Шалина Н.С., Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В.	150
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ И ШИЗОФРЕНИЕЙ Новик Н.О., Станько Э.П.	152
РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ, СЕТИ «ИНТЕРНЕТ» И ПРАВОНАРУШЕНИЯ Осколкова С.Н.	153
АБЕРРАНТНАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СВЯЗАННОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПОКОЕ У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЧЕСКИМ БРЕДОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТАЖНОГО ФМРТ-ИССЛЕДОВАНИЯ Паникратова Я.Р., Абдуллина Е.Г., Лебедева И.С., Андрющенко А.В., Костюк Г.П., Воронова Е.И., Юзбашян П.Г., Ильина Е.В., Магомедгаев М.М., Романов Д.В.	156
ФОРМИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РЕГИСТРА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2022 Г. Патрикеева О.Н., Мохначева Я.В.	158
ПОДРОСТКИ И СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ: ГРАНИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ Пережогин Л.О.	160
ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИИАЦИИ ГЕНА GRM3 С ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ Полтавская Е.Г.	162
НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ В ПСИХИАТРИИ: НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ Попов М.Ю., Козловский В.Л., Лепик О.В., Костерин Д.Н.	163
СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА. ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Прокопович Г.А., Синенченко А.Г., Гвоздецкий А.Н., Добровольская А.Е., Софронов А.Г.	166
ДВОЙНОЕ СЛЕПОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ N-АЦЕТИЛЦИСТЕИНА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ Пятойкина А.С., Жилиева Т.В., Костина О.В., Мазо Г.Э.	168
ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИИ В СТРУКТУРЕ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА У ЖЕНЩИН Раева Т.В., Белаш К.Д., Юдина Н.В.	171
СТРЕСС-УЯЗВИМОСТЬ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (ЭПИГЕНЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПОДРОСТКОВОГО СУИЦИДА) Розанов В.А.	173
ВЗАИМОСВЯЗЬ СОДЕРЖАНИЯ МАРКЕРА НЕЙРОНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ S-100 СЫВОРОТКИ КРОВИ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ АГРЕССИВНОСТИ ПРИ ДЕПРЕССИВНОМ ЭПИЗОДЕ Рощина О.В., Левчук Л.А.	175
ТРАНСДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ, ПСИХИАТРИИ И НЕЙРОПСИХИАТРИИ Савина М.А., Петрова Е.А., Поневежская Е.В.	177
ФАКТОРЫ РИСКА КОРОТКИХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА Савина М.А., Серпуховитина И.А., Петрова Е.А.	179

КЛАСТЕРИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С АТТЕНУИРОВАННЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ПО БИОХИМИЧЕСКИМ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ: ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ Савушкина О.К., Бокша И.С., Зозуля С.А., Отман И.Н., Омельченко М.А., Прохорова Т.А., Терешкина Е.Б., Воробьева Е.А., Бурбаева Г.Ш.....	180
НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭНДОФЕНОТИПЫ КАК МИШЕНЬ ТРАНСДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Самылкин Д.В., Киренская А.В., Мямлин В.В., Ткаченко А.А.	183
ПРЕВЕНТИВНЫЕ СВОЙСТВА ЦЕРЕБРОЛИЗИНА ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У РОДСТВЕННИКОВ 1-Й СТЕПЕНИ РОДСТВА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.....	185
ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ЛИЦ С ЛЕГКИМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ИЗ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА ПО БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.	187
ПОЛУКОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ПРОТЕОМА СЫВОРОТКИ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ Серегин А.А, Смирнова Л.П., Дмитриева Е.М., Симуткин Г.Г., Иванова С.А.	190
ТАТУИРОВКИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА Серова А.Е.....	192
СРАВНЕНИЕ НЕСУИЦИДНОГО САМОВОРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ (НССП) ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ, ЛИЧНОСТИ Серова А.Е.....	193
ПОКАЗАТЕЛИ ИМПУЛЬСИВНОСТИ КАК МАРКЕР ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Сковородников Д.В., Фролова И.Д., Марченко А.А., Лобачев С.А., Хабаров И.Ю., Виноградова О.С., Моисеев Д.В., Володарская А.А.	194
ЭЭГ МАРКЕРЫ ПРОЦЕССОВ ПОДГОТОВКИ К ДЕЙСТВИЮ В НОРМЕ И У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ Славуцкая М.В., Лебедева И.С., Котенев А.В., Тихонов Д.В., Каледя В.Г.....	196
БЕЛКИ, УЧАСТВУЮЩИЕ В РЕГУЛЯЦИИ ПРОЛИФЕРАЦИИ И ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ НЕЙРОНОВ, ЗАДЕЙСТВОВАНЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА Смирнова Л.П., Серегин А.А., Дмитриева Е.М., Симуткин Г.Г., Иванова С.А.....	197
НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ГОРМОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СРЕДИ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА Собенников В.С., Манданов Н.А.....	199
КОМОРБИДНОСТЬ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ Собенникова В.В., Черняк Н.Б., Лобков С.А.	200
ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСМЕРТНЫХ КОМПЛЕКСНЫХ СУДЕБНЫХ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ («СУИЦИД НЕ СУИЦИД?») Спадерова Н.Н., Родяшин Е.В., Горохова О.В., Ниязов В.М., Абрамова Т.А.....	202
ВЛИЯНИЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ И АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ. Степанова А.А., Тумова М.А., Гусейнова З.Т., Зайцева М.М., Дымент И.В., Коцюбинский А.П., Иванов М.В.	204
ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА ДОФАМИНОВОГО РЕЦЕПТОРА 2 ТИПА (DRD2) НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПРЕФРОНТАЛЬНОЙ КОРЫ В НОРМЕ И ПРИ	

ШИЗОФРЕНИИ (ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ВЫПОЛНЕНИЯ ТЕСТА С АНТИСАККАДАМИ) Сторожева З.И., Киренская А.В., Меркулова Т.В., Новотоцкий-Власов В.Ю., Кибитов А.О.	206
ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ КАК БИОМАРКЕРОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ Стрельник А.И., Смирнова Д.А., Шнайдер Н.А., Насырова Р.Ф.....	208
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ Султанова Ю.А.	210
ОПЫТ ВЕДЕНИЯ СУИЦИДАЛОГИЧЕСКОГО РЕГИСТРА В ГБУЗ АО «ОКПБ» ПО НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ, СОВЕРШИВШИМ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ ЗА ПЕРИОД 2017-2022 ГОДА Тарханов В.С., Соколова Н.Н., Сабирова Н.Г., Бакирова Л.М.	212
ПСИХОТЕРАПИЯ, КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ В РАБОТЕ С ТРЕВОЖНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ У ПОДРОСТКОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Титова Ю.А.	214
ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ПРИ ПСИХОРЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ Тукало М.И., Докукина Т.В.	216
ДИНАМИКА КОНТРАСТНО-ЧАСТОТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Тумова М.А., Шошина И.И., Становая В.В., Гусейнова З.Т., Зазулина Ю.С., Иванов М.В.....	218
ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕРИКАПИЛЛЯРНОЙ МИКРОГЛИИ В ПРЕФРОНТАЛЬНОЙ КОРЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ Вихрева О.В., Уранова Н.А.....	220
ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ В КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНЕЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ Усенко Т.С., Безрукова А.И., Башарова К.С., Байдакова Г.В., Изюмченко А.Д., Николаев М.А., Милюхина И.В., Пальчикова Е.И., Захарова Е.Ю., Залуцкая Н.М., Незнанов Н.Г., Пчелина С.Н.....	222
ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СТИГМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ Усова А.А., Жданова Ю.А., Гашков С.И.....	223
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Усюкина М.В., Корнилова С.В., Лаврущик М.В.	225
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ ОБЩИХ СВОЙСТВ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ) У БОЛЬНЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ПОВЫШЕННОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ВОЗБУДИМОСТЬЮ Файзуллоев А.З., Хруленко-Варницкий И.О.	227
ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Хабаров И.Ю., Марченко А.А., Лобачев А.В., Виноградова О.С., Колодин С.Н.....	229
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ У БОЛЬНЫХ ВИЧ- ИНФЕКЦИЕЙ Халезова Н.Б., Рожков В.П., Скворцов Н.Л., Рида О., Лебедева У.В.....	231
КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГКОЙ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ Хяникяйнен И.В., Дмитрикова А.А.....	234
НЕГАТИВНАЯ И КОГНИТИВНАЯ СИМПТОМАТИКА НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ Цыренова К.А., Петрова Н.Н.....	235

КОНВЕРСИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Чиквина А.Г., Тугова А.Д.	236
К 125-ЛЕТИЮ ПРОФЕССОРА Н.Н. ТИМОФЕЕВА Чудиновских А.Г., Раев В.К.	237
ОТЕЦ РУССКОЙ ПСИХИАТРИИ (К 200-ЛЕТИЮ ПРОФЕССОРА И.М. БАЛИНСКОГО)	239
Чудиновских А.Г., Хрульков Д.А.	239
АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН В ПЕРИОД 2018-2021 ГГ. Магзумова Ш.Ш., Ганиханов А.А.	241
КАДРОВАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВРАЧАМИ-ПСИХИАТРАМИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ? Шельгин К.В.	243
ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕВОЧЕК В ПРЕ- И ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ В ВИДЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ НЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ Шушпанова О.В., Балакирева Е.Е., Коваль- Зайцев А.А., Никитина С.Г., Блинова Т.Е., Шалина Н.С., Куликов А.В., Голубева Н.И.	244
ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Яковлева Ю.А.	246
ПСИХОТЕРАПИЯ	249
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ Артемьева М.С., Шадрикова А.Д., Лазукова А.Г.	249
ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С.	251
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНСОМНИЕЙ: ОТКРЫТОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Васильева А.В., Караваева Т.А., Колесова Ю.П., Радионов Д.С., Старунская Д.А., Разина М.А., Абдуллаева С.М.	253
ПСИХОТЕРАПИЯ БЕЗ ДИАГНОЗА. ТРАНСДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕСТСТВЕННОСТИ Граница А.С.	255
ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ГРУППЫ ЛИЦ, ПЕРЕЖИВАЮЩИХ РЕАКЦИЮ УТРАТЫ Зун С.А., Колодин С.Н.	257
НАРУШЕНИЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ КАК ОСНОВА СИНДРОМООБРАЗОВАНИЯ СВЕРХЦЕННЫХ И БРЕДОВЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ И ШИЗОФРЕНИИ Илюшина Е.А.	259
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ШИРОКОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА КИСЛОРОДНО- КСЕНОНОВЫХ ИНГАЛЯЦИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. Лобода А.В., Нартова Т.В., Каймакова В.А.	261
ФАКТОРЫ РЕЦИДИВА ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ (ПРЛ) Миназов Р.Д.	263
ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПОДРОСТКОВЫХ ДИСМОРФИЙ Мирзаева Г.А., Бабарахимова С.Б.	264

ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ - ЗАДАЧА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВАЖНОСТИ Мурзина Т.Ф.....	266
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ Николкина Ю.А., Чернов Н.В., Сатъянова Л.С.	268
ВЛИЯНИЯ ХОРЕОГРАФИИ И МУЗЫКИ НА ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ Окродзе О.Ю.....	270
ВЛИЯНИЯ ХОРЕОГРАФИИ И МУЗЫКИ НА ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ Окродзе О.Ю., Жаркинбекова Н.А.	272
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ КОМОРБИДНОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ ФОБИЙ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ Радионов Д.С., Караваева Т.А., Васильева А.В.	274
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ Рожкова Ю.В., Константинов К.В., Субкевич Д.И.	276
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ НА КОГНИТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОЗАМИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА Савина М.А.	278
ОРГАНИЗАЦИОННОЕ И ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНЫХ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦАХ Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В.....	280
МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ.....	283
ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ИЗОМОРФИЗМА В НЕЙРОПСИХИАТРИИ: МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ФОРМЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА Бадалов А.А., Байышева Э.Б.....	283
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА Баразенко К.В., Колодин С.Н., Хрульков Д.А.....	285
ФАКТОРЫ УТЯЖЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНЫХ ПОТряСЕНИЙ (НА ПРИМЕРЕ ПАНДЕМИИ COVID-19) Бойко О.М., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н., Медведева Т.И.....	286
АЛЕКСИТИМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Бомов П.О., Ермакова Л.В., Киселева И.С.....	289
РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, СКЛОННЫХ К СОВЕРШЕНИЮ ПРАВОНАРУШЕНИЙ Бриль М. С.....	290
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАРЦИССИЧЕСКИХ ЧЕРТ ХАРАКТЕРА МЕТОДОМ ТЕСТА РОРШАХА Бузина Т.С., Кузовлев И.В.	292
ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ Гаранина М.М., Пирогов Д.Г.	293
ФАКТОРЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С НЕЙРОКОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ Гомзякова Н.А. Щелкова О.Ю., Залуцкая Н.М.....	295

ИЗМЕНЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ МЯГКОМ КОГНИТИВНОМ СНИЖЕНИИ ПЕРВИЧНО-АТРОФИЧЕСКОЙ И СОСУДИСТОЙ ЭТИОЛОГИИ Гомзякова Н.А., Стулов И.К., Сарайкин Д.М., Лукина Л.В., Ананьева Н.И., Бочаров В.В., Незнанов Н. Г., Залуцкая Н.М.....	297
КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С УСТАНОВКОЙ НА НЕСОГЛАСИЕ С ЛЕЧЕНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ Грановская Е.А.	300
ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ, СВЯЗАННОГО СО СТРЕССОМ, У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19-АССОЦИИРОВАННУЮ ПНЕВМОНИЮ, ЧЕРЕЗ 2 ГОДА ПОСЛЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ Гуськова О.А., Приленский Б.Ю., Ярославская Е.И., Петелина Т.И.	302
ПСИХОЛОГО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ: ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И ГИБРИДНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОМОЩИ Гуткевич Е.В.....	303
ВОСПРИЯТИЕ ВРЕМЕНИ У ЛИЦ С ХИМИЧЕСКИМИ И НЕХИМИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ Гущина М.И., Тюсова О.В.....	305
ИССЛЕДОВАНИЕ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗИ С НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ. Дмитриева Н.Г., Бичевина Д.С., Ениколопов С.Н.	308
КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГКОЙ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ Дмитрякова А.А., Хяникяйнен И.В.	310
ПРЕОДОЛЕНИЕ ОДНОСТОРОННЕЙ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ АГНОЗИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В ПРАВОЙ ГЕМИСФЕРЕ. Загайнова А.Ю., Кузюкова А.А.	311
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ОЦЕНКА НЕЙРОКОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ И ИММУННОГО СТАТУСА БЛИЗНЕЦОВ, ЗАЧАТЫХ С ПОМОЩЬЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Суркова К.Л., Строгова С.Е., Зозуля С.А., Зверева М.В., Балакирева Е.Е.....	313
АКТУАЛЬНЫЕ ЖИЗНЕННЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПАВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПЕРВЫХ ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Ипатова К.А., Исаева Е.Р.....	316
ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К СИМУЛЯЦИОННОМУ ОБУЧЕНИЮ Исурина Г.Л., Грандилевская И.В., Короткова И.С., Клейман Е.О., Тарарыкова В.О.	318
СОЗДАНИЕ ПОЛИГЕННОЙ МОДЕЛИ РИСКА РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНЫХ ПРОБЛЕМ В ПЕРИОДЕ РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ С УЧЕТОМ ПОСТКОВИДНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ Казанцева А.В., Еникеева Р.Ф., Тахирова З.Р., Давыдова Ю.Д., Мустафин Р.Н., Яковлева Д.В., Косарева А.Р., Михайлова А.В., Морозова В.Э., Ковас Ю.В., Хуснутдинова Э.К.....	320
ТЕОРИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ И МОЗГ, ДАННЫЕ НЕЙРОНАУК. Козлов М. Ю.	325
ВОЗМОЖНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВОСПРИЯТИЯ ЗВУКОИЗОБРАЗИТЕЛЬНЫХ СЛОВ ПРИ АФАЗИИ Кортаевская Е.А.	327

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ Кудряшова В.Ю., Лутова Н.Б.	329
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ Кузнецова Т.А., Грандилевская И.В.	331
КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ Кузюкова А.А.	333
МОНИТОРИНГ ЭЛЕКТРОДЕРМАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ДЛЯ ОЦЕНКИ УРОВНЯ СТРЕССА, ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИХ КОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЁСШИХ ОНМК: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Кузюкова А.А.	334
АНАЛИЗ КОМПЛЕКСНОЙ МОДЕЛИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ/АБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В СТРУКТУРЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МОРДОВИИ Кулдыркаева Е.В., Зотова О.А.	336
ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Латышева Т.В., Латышев С.В., Малышко Е.В.	339
НАРУШЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ ПРЕДЪЯВЛЕНИИ ВИДЕОЗАПИСЕЙ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ КОНФЛИКТОВ Лысенко Н.Е., Пеева О.Д.	341
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ПАЦИЕНТОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА И БЕЗ НЕГО, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ Малямова И.В.	344
ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19 НА СУБЪЕКТИВНУЮ ОЦЕНКУ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ. Медведева Т.И., Бойко О.М., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю.	346
ОТДАЛЁННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ У ВЗРОСЛЫХ ЖЕРТВ БУЛЛИНГА И КИБЕРБУЛЛИНГА Михайлова Н.Ф., Истомина Е.А.	348
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ Нартова Т.В. Каймакова В.А.	350
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ЗАДЕРЖАННОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ Новикова Г.Р.	352
КОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ АКЦЕНТУАЦИЙ ГОССЛУЖАЩИХ Носс И.Н.	354
К НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ) Пилечев Д.А., Вандыш-Бубко В.В., Микадзе Ю.В.	356
ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ Пономарева Е.Р., Тюсова О.В., Блохина Е.А.	359
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ Ржеутская Н.А., Хяникяйнен И.В.	361

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ У ЮНОШЕЙ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА ЗА ПЕРИОД 2017-2021 ГГ. Сенченко Г.В., Серебренникова П.М.	363
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ СОВЛАДАНИЯ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Огарев В.В.	365
ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА К ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ ИЗУЧЕНИЮ РЕБЕНКА С РАС НА БАЗЕ ДНЕВНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Скупова Т.В.	367
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ТРЕВОГИ Соловьева С.Л.	369
АРТ-ТЕРАПИЯ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА Султонова К.Б., Шарипова Ф.К.	371
СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННАЯ НА ПРОФИЛАКТИКУ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ Трегубова Т.В. Дегтярева А.С.	373
КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ Хяникяйнен И.В., Ржеутская Н.А.	376
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЯ ОПЕРАЦИОНАЛЬНОЙ СТОРОНЫ МЫШЛЕНИЯ: МАРКЕРЫ СНИЖЕНИЯ И ИСКАЖЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ МОДИФИКАЦИИ МЕТОДИКИ «КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕДМЕТОВ» Черная Ю. С., Матюшкина А. А.	377
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И СКЛОННОСТИ К АГРЕССИИ У РОДИТЕЛЕЙ, ОПЕКАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Черная Ю. С., Шишкова А.М., Бочаров В.В.	379
О ПЕРСПЕКТИВАХ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РФ: СТРАХИ И МИФЫ О ПРОЕКТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА О ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Шаболтас А.В.	381
НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ МАРКЕРЫ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА И ИХ МЕХАНИЗМЫ Шипкова К.М.	382
ВРЕМЯ СЕМЬИ У РОДСТВЕННИКОВ, ОПЕКАЮЩИХ БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ШИЗОФРЕНИЕЙ Шишкова А.М., Бочаров В.В., Сарайкин Д.М., Твердохлебова А.М., Смирнова А.В., Черная Ю.С., Иванов М.В., Крижановский А.С., Караваева Т.А., Корман Т.А., Вукс Д.О.	384
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ РОСТ И МЕТОДЫ ЕГО ДИАГНОСТИКИ У РОДСТВЕННИКОВ, ОПЕКАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ Шишкова А.М., Бочаров В.В., Цыганкова Е.С., Грановская Е.А.	386
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ Щетинина Е.В.	389
ПСИХОЛОГИЯ РИСКА РАКА ГРУДИ, ПЕРЕДАВАЕМОГО ПО НАСЛЕДСТВУ ЖЕНЩИНАМ Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Фетисов Б.А.	391

НАРКОЛОГИЯ 394

КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ Арзуманов Ю.Л., Березина И.Ю., Игумнов С.А., Михайлов А.Ю., Аркус М.Л., Лобачева А.С., Горецкая Т.А., Козлов К.С.	394
РЕЗУЛЬТАТЫ ИСЛЕДОВАНИЯ СТВОЛОВОГО АКУСТИЧЕСКОГО ВЫЗВАННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ Арзуманов Ю.Л., Березина И.Ю., Игумнов С.А., Михайлов А.Ю., Аркус М.Л., Лобачева А.С., Шуплякова А.В., Козлов К.С.	396
ПРИМЕНЕНИЕ «КРАТКОЙ БАТАРЕИ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ» (ВАС-А) У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Березина А.А., Климанова С.Г., Гвоздецкий А.Н., Трусова А.В.	398
ПРИМЕНЕНИЕ СТВОЛОВОГО АКУСТИЧЕСКОГО ВЫЗВАННОГО ПОТЕНЦИАЛА В ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Березина И.Ю., Михайлов А.Ю., Горецкая Т.А., Арзуманов Ю.Л.	401
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАРЕНИКЛИНА И ЦИТИЗИНА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ТАБАКА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ КУРИЛЬЩИКОВ ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ Блохина Е.А., Ярославцева Т.С., Ветрова М.В., Васильева Ж.В., Крупицкий Е.М.	403
ОТНОШЕНИЕ К КУРЕНИЮ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ И ИХ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ Богданов С.И.	404
РАСПРОСТРАНЕНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ И ФАКТОРЫ ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ Богданов С.И., Базылев В.С., Никитина М.С.	406
КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА Богданов С.И., Пунина Д.С., Сысуева Д.Д., Лысов О.С., Ершова В.А.	409
ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРА NO-СИНТАЗЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И ТРЕВОЖНОСТИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРЕНАТАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ КОФЕИНА Богданова Н.Г., Судаков С.К., Башкатова В.Г.	411
РОЛЬ КЛИНИЧЕСКИХ И ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВЫХ ХАРАКТЕРИСТИК НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ Бузик О.Ж., Кордубан В.В., Агибалова Т.В.	412
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, У ПАЦИЕНТОВ, УПОТРЕБЛЯВШИХ СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАТИНОНЫ Винникова М.А., Северцев В.В.	415
ВЫЯВЛЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И СВЯЗАННЫХ С НЕЙ НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ МОНОГОРОДА: РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Вышинский К.В., Бобочкова Е.А., Фадеева Е.В.	417
ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ МЕХАНИЗМОВ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ С КЛИНИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ Галкин С.А.	419
РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ, КЛИНИЧЕСКИХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК В МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ ПОЛИСУБСТАНТНОЙ	

ЗАВИСИМОСТЬЮ Громыко Д.И., Нечаева А.И., Ерофеева Н.А., Алексеева Ю.В., Киселев А.С., Илюк Р.Д.....	421
ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ И ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ЭЛЕКТРОННЫХ ИГР У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Добряков И.В., Фесенко Ю.А.....	424
ОПРОСНИК «ОПИОИДНАЯ АНОЗОГНОЗИЯ» - НОВЫЙ ТЕСТОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОЦЕНКИ АНОЗОГНОЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Илюк Р.Д., Грановская Е.А., Бочаров В.В., Громыко Д.И., Пушина В.В., Вукс А.Я., Крупицкий Е.М.....	426
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ НЕХИМИЧЕСКИХ ФОРМ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У УЧАЩИХСЯ ВУЗОВ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ Карпухин И.Б., Мюллер А.С., Энгель Е.А.....	428
О ФАКТОРАХ, ПОДДЕРЖИВАЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЛКОГОЛЯ, ПРИ ПЕРЕНЕСЕННОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ДЕТСКОМ ОПЫТЕ. Катан Е.А., Карпец В.В.....	430
О ФАКТОРАХ, ПОДДЕРЖИВАЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЛКОГОЛЯ, ПРИ ПЕРЕНЕСЕННОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ДЕТСКОМ ОПЫТЕ. Катан Е.А., Карпец В.В.....	432
ВОЕННАЯ ТРАВМА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПСИХИАТРА-НАРКОЛОГА Клешня В.Г., Кучерявая В.И., Кононенко И.Н., Цыба И.В.....	434
ВЗАИМОСВЯЗЬ ДОМИНИРУЮЩЕЙ МОТИВАЦИИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ Климанова С.Г., Березина А.А., Трусова А.В., Рыбакова К.В., Крупицкий Е.М.....	436
ИЗУЧЕНИЕ АНТИАДДИКТИВНЫХ И АНАЛЬГЕТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ МИМЕТИКОВ BDNF НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ МОДЕЛЯХ СИНДРОМА ОТМЕНЫ ОПИАТОВ И БОЛИ. Константинопольский М.А., Чернякова И.В., Колик Л.Г.....	438
ВЛИЯНИЕ НООПЕПТА НА СОДЕРЖАНИЕ НЕЙРОМЕДИАТОРНЫХ АМИНОКИСЛОТ В ГИППОКАМПЕ У ИНТАКТНЫХ И АЛКОГОЛИЗИРОВАННЫХ КРЫС ПРИ ОДНОКРАТНОМ ВВЕДЕНИИ Коньков В. Г., Умрюхин А. Е., Кудрин В. С., Колик Л. Г.....	441
СРАВНЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРКОМАНИИ В ДИНАМИКЕ ЗА 20 ЛЕТ В МОСКВЕ И РОССИИ Кошкин Е.А., Смирновская М.С, Кошкина Е.А.....	442
РЕЗИДУАЛЬНЫЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА С ПОЗДНИМ (ОТСТАВЛЕННЫМ) ДЕБЮТОМ ПО ТИПУ «ФЛЭШБЭК» (F15.70 ПО МКБ-10) НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ Марков А.В., Курасов Е.С., Шамрей В.К.....	444
КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ИЗМЕНЕННЫХ СОСТОЯНИЙ СОЗНАНИЯ, ИНИЦИИРОВАННЫХ ПСИХОАКТИВНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ. Михайлов М.А.....	446
ТРУДОВАЯ ИЛИ ВЫНУЖДЕННАЯ МИГРАЦИЯ? АНАЛИЗ РАБОТЫ МИГРАЦИОННОЙ ОБСТАНОВКИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2021-2022 ГГ. Мысливцева А.В., Малышко Е.В.....	448
«АЛКОГОЛЬНАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ» СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ГРУПП У БОЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЯ ОБЩЕЙ КАРДИОЛОГИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА. Надеждин А.В., Тетендова Е.Ю., Колгашкин А.Ю., Петухов А.Е.....	450
МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ С АКТУАЛЬНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ПО ПРОФИЛЮ «ПСИХИАТРИЯ-НАРКОЛОГИЯ» Надеждин С.А., Тетендова Е.Ю., Колгашкин А.Ю., Федоров М.В., Надеждин А.В., Кучеров Ю.Н.....	452

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРА ВОЗРАСТА НА КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН Ненастьева А.Ю.	453
ВЗАИМОСВЯЗЬ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И ВОСПРИЯТИЯ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Нечаева А.И., Шишкова А.М., Громыко Д.И., Бочаров В.В., Илюк Р.Д.	456
МОТИВАЦИОННАЯ РАБОТА В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ И СОЧЕТАННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ДРУГИХ ПАВ. Поплевченков К.Н., Агибалова Т.В., Бузик О.Ж.	458
АЛКОГОЛЬНАЯ И ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОСТИ КАК КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ Рыбакова К.В., Трусова А.В., Скурат Е.П., Березина А.А., Климанова С.Г., Крупицкий Е.М., Кибитов А.О.	460
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СУИЦИДА И АУТОАГРЕССИИ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИМИ КАННАБИНОИДАМИ Селиванов Г.Ю., Отмахов А.П., Блонский К.А.	462
ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В МОСКВЕ В 2020-2022 ГГ. Смирнов А.В., Петухов А.Е., Кошкина Е.А., Егоров В.Ф., Ненастьева А.Ю.	463
МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У КРЫС, ПЕРЕЖИВШИХ ПРЕНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ Стратиллов В.А., Ветровой О.В., Тюлькова Е.И.	465
ПРОБЛЕМА ПРИМЕНИМОСТИ МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ В ЛЕЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ Тетенова Е.Ю., Колгашкин А.Ю., Надеждин С.А., Кучеров Ю.Н., Федоров М.В.	465
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ ПАЦИЕНТАМИ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Тетенова Е.Ю., Надеждин А.В., Колгашкин А.Ю., Кучеров Ю.Н., Федоров М.В., Анисимова А.Н., Пахомов С.Р., Иванова М.Ю., Шадрин Ю.А., Орлов А.В., Колобов К.Ю., Демина И.Ю., Михалев И.В.	467
ПРИМЕНЕНИЕ ДИМЕТИЛОКСОБУТИЛФОСФОНИЛДИМЕТИЛАТА (ДИМЕФОСФОН) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ДЕЛИРИИ Уткин С.И.	469
ИЗМЕНЕНИЕ МОТИВАЦИИ К СОХРАНЕНИЮ ТРЕЗВОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ХОДЕ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА (РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ) Фадеева Е.В., Лановая А.М.	470
ФЕНОМЕНЫ НАРУШЕНИЯ ВИЗУАЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДРВВГ (ДЛИТЕЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ, ВЫЗВАННОГО ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМИ) Шайдеггер Ю.М., Клименко Т.В.	473
ПСИХОТЕРАПИЯ ЛИЦ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ: СИТУАЦИОННО- ИЕРАРХИЧЕСКИЙ ПОДХОД Шевцова Ю.Б.	475
КУРЕНИЕ И УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ В СРЕДЕ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Шелыгин К.В., Меньшикова Л.И., Сон И.М.	478
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С КОМОРБИДНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ДЕТОКСИЦИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ И КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ. Шушпанова Т.В., Мандель А.И., Бедарев Р.И., Мазурова, Л.В., Кисель Н.И., Новожеева Т.П., Гарганеева Н.П.	479

ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИННОВАЦИОННОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА, ПРОИЗВОДНОГО МОЧЕВИНЫ, ВЛИЯЕТ НА МЕТАБОЛИЗМ НЕЙРОАКТИВНЫХ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ - МАРКЕРОВ СТРЕССОРНОЙ СИСТЕМЫ Шушпанова Т.В., Мандель А.И., Бохан Н.А., Новожеева Т.П.	480
ФОРМИРОВАНИЕ НЕЙРОНАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ (ГЛИОБЛАСТОВ И ГАМАКА РЕЦЕПТОРОВ) НЕЙРОИММУННОЙ СИСТЕМЫ ЭМБРИОНАЛЬНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПРЕНАТАЛЬНОМ ВЛИЯНИИ АЛКОГОЛЯ. Шушпанова Т.В., Солонский А.В., Шумилова С.Н.	482
ТРЕХКОМПОНЕНТНАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИОИДОВ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ ВИЧ И СТАБИЛИЗАЦИИ РЕМИССИИ Ярославцева Т.С., Блохина Е.А., Звартау Э.Э., Ветрова М.В., Васильева Ж.В., Крупницкий Е.М.	483
НЕВРОЛОГИЯ.....	486
ИССЛЕДОВАНИЕ ФРАКЦИОННОЙ АНИЗОТРОПИИ В ОБЛАСТИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ОЧАГА ПРИ ФАРМАКОРИЗЕСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ, ВЫЗВАННОЙ ФОКАЛЬНОЙ КОРТИКАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ 1 ТИПА (ФКД I). Андреев Е.В., Саломатина Т.А., Потемкина Е.В.	486
ОСОБЕННОСТИ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ УЧАЩИХСЯ 11 КЛАССА, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Архипова Ю.А.	487
СКЛЕРОЗ ГИППОКАМПА КАК НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЙ МАРКЕР ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К СУИЦИДАЛЬНОМУ РИСКУ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Большакова А.К.; Шова Н.И.; Михайлов В.А.	488
ЦИТОКИНЫ - БИОМАРКЕРЫ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА Вульф М.А., Тынтерова А.М., Литвинова Л.С.	490
ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ МИКРОРНК-143 У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА ФОНЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ Вульф М.А., Бограя М.М., Сафиуллина Л.А., Стрельцова В.В. Лопатин М.М., Тынтерова А.М., Литвинова Л.С.	491
ЧАСТОТА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА. Грива А.И., Мирзаева Л.М.	492
КОНТРАСТНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И МИКРОТРЕМОР ГЛАЗ У ЛИЦ С ЗАИКАНИЕМ. Кожушко М.В., Ляпунов С.И., Ляпунов И.С., Шошина И.И.	493
ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК Куприянова Д.С., Тарасова И.В., Трубникова О.А., Барбараш О.Л.	494
ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА. Лобзин В.Ю., Мальцев Д.С., Струментова Е.С., Бурнашева М.А., Черемисин С.С.	496
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ НЕВРОЛОГА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН Магомедова К.А., Хамидова З.М., Умаханова З.Р.	498
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: МОДЕЛИ НА ДРОЗОФИЛЕ Никитина Е.А., Медведева А.В., Журавлев А.В.,	

Заломаева Е.С., Васильева С.А., Каровецкая Д.М., Егозова Е.С., Токмачева Е.В., Иванова П.Н., Савватеева-Попова Е.В.	499
ЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ COVID-19 У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ Попова М.А., Чистова В.В.	501
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ И ПСИХОГЕННЫМИ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИСТУПАМИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ. Ридер Ф.К., Тихонова О.А., Турчинец А.М., Кустов Г.В., Трифионов И.С., Синкин М.В., Гехт А.Б.	502
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ЛИМФОЦИТОВ В КРОВИ, ПРОЛАКТИНА И ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК ПОСЛЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ И ПСИХОГЕННЫХ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ: ВОЗМОЖНОСТИ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ. Ридер Ф.К., Турчинец А.М., Дружкова Т.А., Яковлев А.А., Кустов Г.В., Гехт А.Б.	505
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ЛИМФОЦИТОВ В КРОВИ, ПРОЛАКТИНА И ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК ПОСЛЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ И ПСИХОГЕННЫХ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ: ВОЗМОЖНОСТИ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ. Ридер Ф.К., Турчинец А.М., Дружкова Т.А., Яковлев А.А., Кустов Г.В., Гехт А.Б.	507
НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТЬ И ЕЕ МРТ-МАРКЕРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ Сафонова Н.Ю.	510
НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ И ПРЕАСТЕНИИ Соснина А.С., Тарасова И.В., Кухарева И.Н., Сырова И.Д., Трубникова О.А., Барбараш О.Л.	511
УСТРОЙСТВО ДЛЯ ВИДЕОНИСТАГМОГРАФИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОММЕРЧЕСКОЙ ВЕБ-КАМЕРЫ Федцов А.В., Еремин И.Е., Шова Н.И., Михайлов В.А.	514
СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ Шова Н.И., Михайлов В.А.	515
ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ МЫСЛЯМИ Шова Н.И., Михайлов В.А., Большакова А.К.	517
ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ НАМЕРЕНИЯМИ Шова Н.И., Михайлов В.А., Грановская Е.А.	518
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ И ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИПАДКАМИ Якунина О.Н., Михайлов В.А.	520

**ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«НЕЙРОПСИХИАТРИЯ В ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНОМ
ПРОСТРАНСТВЕ: ОТ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ
ИССЛЕДОВАНИЙ К КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»**

25–26 мая 2023 года, Санкт-Петербург

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ КОНГРЕССА

[Электронное издание]

Под общ. ред. Н.Г. Незнанова

ISBN 978-5-94651-097-4

Техническая редакция:

Бутаева Г.З., Фрейзе В.В.

192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3

Сохранены авторские стилистика и пунктуация.

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2023

© Коллектив авторов, 2023