

*На правах рукописи*

**Тальянова  
Татьяна Ивановна**

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ,  
ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА  
И АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ  
У КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИИ**

**Специальности: 14.01.27-«Наркология»  
14.01.06-«Психиатрия»**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т  
д и с с е р т а ц и и**

**на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**Томск**

**2013**

Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» СО РАМН.

**Научные консультанты:**

д-р мед. наук, профессор  
член-корреспондент РАМН **Бохан Николай Александрович**  
ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО  
РАМН

д-р мед. наук, профессор **Коробичина Татьяна Валерьевна**  
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный  
медицинский университет им. проф.  
В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

**Официальные оппоненты:**

д-р мед. наук, профессор **Балашов Петр Прокопьевич**  
ГБОУ ВПО «Сибирский ГМУ»  
(Томск) Минздрава России

д-р мед. наук, профессор **Кривулин Евгений Николаевич**  
ГБОУ ВПО «Южно-Уральский ГМУ»  
(Челябинск) Минздрава России

Ведущее учреждение: ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Защита состоится 17 декабря 2013 года в 10 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН.

Автореферат разослан 15 ноября 2013 г.

Ученый секретарь совета по защите  
докторских и кандидатских  
диссертаций Д 001.030.01  
кандидат медицинских наук

 О. Э. Перчаткина

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** В связи с широкой распространенностью патологии и величиной прямых и косвенных потерь, в том числе трудовых ресурсов, зависимость от этанола до настоящего времени остается серьезной медико-социальной проблемой (Бохан Н. А., 2004; Семке В. Я., 2005; Говорин Н. В., Сахаров А. В., 2011). Анализ статистических данных государственных наркологических учреждений России свидетельствует о стабильно высоком уровне распространенности алкоголизма среди различных групп населения (Гофман А. Г. и др., 2005; Кошкина Е. А., Киржанова В. В., 2009). При этом реальная картина распространенности алкоголизма во много раз превышает данные официальной статистики, так как значительная часть населения, злоупотребляющая алкоголем, и больные алкоголизмом не обращаются за медицинской помощью (Баранова О. В., 2005).

Высокий уровень заболеваемости и болезненности наркологической патологией свидетельствует о необходимости разработки новых более эффективных профилактических и реабилитационных программ алкоголизма (Немцов А. В., 2005). Особое значение при этом имеет знание особенностей формирования, клинических проявлений, течения и прогноза заболевания у больных различных возрастных и социальных групп, понимание аддиктивной патологии с позиций этногенеза как выражение экологического состояния популяции, ее адаптации к социально-экономическим и культуральным изменениям (Семке В. Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н. А. и др., 2001; Заиграев Г. Г., 2002; Казначеев В. П., Акулов А. И., Кисельников А. А., Мингазов И. Ф., 2002; Кошкина Е. А., 2002; Семке В. Я., 2012).

Рассмотрение этнокультуральных аспектов алкоголизма признается актуальным, и многими авторами подчеркивалась перспективность этнонаркологических исследований (Кабанов М. М., 1998; Сухарев А., 1998; Семке В. Я., Бохан Н. А., 2000; Хотинец В., 2002; Реверчук И. В., 2008; Phinney Y. S., 1991; Beauvais F., Segal B., 1992). Однако вопросы, отражающие особенности алкоголизма в различных этносах, остаются малоизученными. Значительное число работ посвящено изучению возможностей лечения и реабилитации учтенных наркологических больных со средней стадией зависимости, в то время как работы, анализирующие данные о роли генетической предрасположенности, социальных и психологических факторов формирования болезни, преморбидных особенностей личности остаются немногочисленными (Немцов А. В., 2000; Шпаков А. В., 2006; Курилович С. А., 2009; Гантөмөр Д. и др., 2012). Недостаточно изучено формирование психических и поведенческих расстройств у наркологических больных в различных этносах.

Множество культуральных факторов, таких как религия, национальные обычаи и традиции, влияет на уровень психического здоровья человека, причем для Сибирского региона России проблемы наркологических расстройств у полиэтничного населения усугубляются сложным

комплексом климатогеографических, социально-демографических факторов (Гильбурд О. А., 1997; Ударцева Т. Л., Потапов А. С., 2009; Иванова С. В., 2011; Салмина-Хвостова О. И., Бадырғы И. О., Басов А. Н., 2012).

Целенаправленного изучения значимости этнокультуральных влияний на клинико-патокинетические закономерности алкоголизма, возможностей профилактики зависимости от этанола у коренного населения Республики Хакасии (РХ) не проводилось. К настоящему времени отсутствует достоверная и полная информация о распространенности наркологических расстройств среди коренного населения РХ, сведения о вкладе конкретных культуральных особенностей в их полиморфизм и клиническое своеобразие, вследствие чего отсутствуют этнокультурально обоснованные дифференцированные подходы к системе оказания наркологической помощи и профилактике химических аддикций в этом регионе.

Научная и практическая неразработанность этнокультуральных аспектов проблем наркологической патологии и несомненная медико-социальная потребность в объективной информации, новых научных сведениях, необходимых для разработки практических мероприятий по совершенствованию диагностики, терапии, реабилитации и улучшению качества жизни больных алкоголизмом национальной РХ, обуславливают актуальность исследования. В контексте изложенного определены цель и задачи настоящего исследования.

**Цель** – изучение распространенности, клинико-динамических, клинико-психопатологических особенностей и факторов риска алкогольной патологии у коренного населения РХ для разработки комплекса профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий.

### Задачи исследования:

1. Исследовать на эпидемиологическом уровне распространенность психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя в хакасской популяции РХ.
2. Определить особенности потребления этанола и формирования алкогольной зависимости у представителей титульного этноса РХ.
3. Изучить нозологическую структуру коморбидной соматической патологии при зависимости от алкоголя у хакасов.
4. Выявить клинико-психопатологические особенности алкогольного абстинентного синдрома, алкогольных психозов, психоорганического синдрома у больных хакасов в сравнении с представителями славянских национальностей, проживающих на территории РХ.
5. Проанализировать социально-психологические факторы, способствующие формированию алкогольной зависимости в хакасской популяции.
6. Предложить комплекс лечебно-профилактических мероприятий с учетом выявленных клинико-динамических особенностей заболевания и факторов риска.

### Основные положения, выносимые на защиту

1. В РХ при преобладании в структуре наркологических расстройств алкогольной патологии уровень общей и первичной заболеваемости ее коренных жителей (на 100 тысяч хакасского населения) выше, чем населения РХ в целом.

2. Особенности потребления алкоголя у хакасов играют ведущую роль в формировании клинической картины и тяжести алкоголизма. Алкогольная зависимость у них отличается ускоренным формированием и высокой прогрессивностью с развитием в более ранние сроки алкогольных психозов, психоорганического синдрома.

3. В структуре соматической коморбидной патологии у мужчин хакасов, страдающих алкоголизмом, выявляются высокие показатели заболеваемости вирусными гепатитами и туберкулезом, достоверно низкий удельный вес гипертонической болезни.

4. У представителей титульного этноса РХ выявляются клинко-психопатологические особенности алкогольного абстинентного синдрома, алкогольных психозов, психоорганического синдрома.

5. К социально-психологическим особенностям, способствующим формированию алкогольной зависимости в хакасской популяции, относятся неблагоприятные факторы воспитания в родительской семье и функционирования собственной семьи больных.

6. В лечении абстинентных и постабстинентных расстройств у хакасов эффективны комплексные лечебно-реабилитационные мероприятия с использованием оксигипертермических физиотерапевтических процедур в сочетании с применением аромакомпозиций.

**Научная новизна.** Впервые проведено клинко-эпидемиологическое исследование частоты встречаемости психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя среди коренного населения РХ (хакасы) и проведен их сравнительный анализ в социально-демографическом и этнокультуральном аспектах. На основе клинко-динамического исследования получены новые данные об особенностях употребления алкоголя, формирования и клинической динамики основных синдромов алкогольной зависимости, клинических вариантах, клинко-психопатологических особенностях алкогольных психозов, психоорганического синдрома; выявлены возрастные особенности соматической коморбидной патологии у больных алкоголизмом представителей титульного этноса РХ. Впервые выявлены социально-психологические особенности воспитания и жизни в детстве и после достижения совершеннолетия у хакасов, страдающих зависимостью от алкоголя, и проведен их сравнительный анализ в этнокультуральном аспекте.

Предложен этнонаркологический подход к профилактике и лечению зависимости от алкоголя у представителей хакасской национальности с учетом выявленных факторов риска и клинко-динамических особенностей заболевания.

**Практическая значимость.** Полученные данные восполняют дефицит представлений о клинко-динамических, клинко-психопатологических особенностях психических и поведенческих расстройств вследствие зависимости от этанола у коренных жителей РХ, а также их этнокультуральных и этнотолерантных особенностях, что ориентирует врачей-наркологов, непосредственно практикующих среди хакасского населения, в их повседневной деятельности, служат дополнительными диагностическими и прогностическими критериями. Выработанные подходы к коррекции в этнических группах хакасов нашли отражение в долгосрочной республиканской целевой программе «Профилактика правонарушений, обеспечение безопасности и общественного порядка в Республике Хакасии (2011-2013 гг.» в части совершенствования системы профилактики алкоголизма. Комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий с учетом выявленных клинко-динамических особенностей заболевания используется в отделении неотложной наркологической помощи ГБУЗ РХ «Клинический наркологический диспансер» (Абакан). Результаты диссертационной работы используются при преподавании на кафедре психиатрии и наркологии с курсом ПО ГБОУ ВПО Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого.

**Апробация и внедрение результатов.** Основные положения диссертации доложены на Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Проблемы и перспективы развития современной наркологической помощи» (Кызыл, 2009), Региональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы возрастной наркологии» (Челябинск, 2009), школе молодых наркологов и аддиктологов регионов России (Казань, 2009), межрегиональной научно-практической конференции «Резидуально-органическая патология головного мозга (онтогенетический аспект)» (Кемерово, 2011), XV научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Томск, 2011), межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы наркологических расстройств и их профилактика» (Улан-Удэ, 2011), I-й Всероссийской научно-практической конференции «Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и аддиктологии» (Томск, 2012).

**Публикации.** По материалам исследования опубликовано 15 печатных работ, из которых 5 статей в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК РФ.

**Объем и структура диссертации.** Работа изложена на 194 страницах машинописного текста, состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, библиографического указателя. Указатель литературы включает 214 источников (отечественных и иностранных). Диссертация иллюстрирована 9 рисунками и 30 таблицами.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На первом этапе выполнен анализ распространенности наркологических расстройств у населения РХ в целом и по отдельным территориям по общей, первичной заболеваемости и заболеваемости лиц, состоящих под диспансерным наблюдением. Дополнительно сплошным методом изучены данные по обращаемости в отделение неотложной наркологической помощи (Абакан) в 2007—2009 гг. (2553 чел., из них представители коренной национальности – 438).

Для дальнейшего исследования отобраны 527 больных (средний возраст на момент первого осмотра  $50,22 \pm 1,07$  года) – представителей коренной национальности со II стадией зависимости от алкоголя (группа А, основная – ОГ). В качестве контрольной группы (группа Б – КГ) использована выборка мужчин-славян, отобранных методом паракопий, – 502 чел. (средний возраст  $49,76 \pm 1,26$  года). Клинический диагноз алкоголизма устанавливался на основании его развернутой классификации по МКБ-10. Длительность заболевания не менее 3 лет. В период наблюдения в основной и контрольной группах у больных анализировались клинико-динамические и клинико-психопатологические особенности алкоголизма, проявления алкогольного абстинентного синдрома (ААС), психотических расстройств и психоорганического синдрома.

Для изучения клинико-психопатологических особенностей проявлений ААС из 527 больных группы А и 502 больных группы Б были отобраны пациенты, в анамнезе у которых не было эпизодов психотического расстройства вследствие употребления алкоголя. ОГ (I) составили 172 человека из группы А (средний возраст  $50,77 \pm 1,88$  года), КГ (II) – 196 пациентов группы Б (средний возраст  $51,4 \pm 1,96$  года).

Для изучения особенностей психотических расстройств из больных групп А и Б были отобраны пациенты, перенесшие в анамнезе психотические расстройства. В группе А (III группа) выделено 355 чел. (средний возраст на момент первого осмотра  $49,79 \pm 1,3$  года), в группе Б (IV группа) – 306 чел. (средний возраст –  $49,08 \pm 1,26$  года).

Для анализа психоорганического синдрома при алкоголизме из группы А (группа V) выделили 75 больных (средний возраст  $40,38 \pm 7,88$  года). Группу контроля (группа VI) составили 72 человека из группы Б (средний возраст  $40,74 \pm 6,53$  года). Лица, имевшие в анамнезе ЧМТ, сотрясения головного мозга или контузию, в исследование не вошли.

Клиническое обследование пациентов включало оценку соматического, психического, неврологического состояния при их обращении по поводу синдрома отмены алкоголя и в ходе динамического наблюдения и лечения синдрома зависимости от алкоголя. Дополнительно изучены наличие и нозологическая разновидность коморбидной соматической патологии. Для определения наличия хронических заболеваний внутренних органов, ассоциированных с алкоголизмом, изучалась первичная медицинская документация, использованы соответствующие методы исследования для каждой нозологической формы.

Систематизация данных клинического исследования больных осуществлялась при помощи разработанной в отделении аддиктивных состояний ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН Карты стандартизованного обследования больных аддиктивными состояниями «Эпидемиология, кликопатобиологические закономерности и профилактика психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления психоактивными веществами» (Бохан Н. А., Мандель А. И., Аболонин А. Ф., 2004).

На втором этапе для изучения влияния социально-психологических факторов, повышающих риск развития зависимости от этанола у коренного населения РХ, проведено исследование больных алкоголизмом средней стадии: 75 мужчин-хакасов (группа А) и 75 мужчин-славян (группа Б), проходивших лечение в стационарных и амбулаторных условиях в наркологическом диспансере (г. Абакан), а также отобранных методом паракопий 75 мужчин-хакасов (группа В), не страдающих алкоголизмом. Средний возраст исследуемых на данном этапе –  $43,75 \pm 2,39$  года. Лица, имевшие в анамнезе ЧМТ, в исследование не включались.

Систематизация социально-психологических факторов риска проводилась с использованием «Стандартизованного интервью» в модификации Т. В. Корабиной (2000). Ответы на вопросы в двоичной (да-нет) системе отражали социологические параметры семьи и социально-психологические характеристики условий воспитания, преморбидных медицинских и социально-психологических характеристиках пациентов и их родителей.

На третьем этапе для оценки эффективности лечебно-реабилитационных процедур с использованием физиотерапевтической установки «Альфа Окси Спа» из исследованных групп отобрано по 48 пациентов, сопоставимых по всем параметрам. Средний возраст в группе коренного населения составил  $34,04 \pm 1,36$  года.

Использована типовая программа лечения больных в предреабилитационном периоде, предлагаемая МЗСР РФ, ФГУ ННЦ Наркологии, РАМН РФ, ГУ НИИ Нормальной физиологии им. П. К. Анохина, ВНИМИ (2006), состоящая из двух этапов: 1) в абстинентном периоде; 2) в периоде постабстинентных расстройств. Осуществлялось системное оксигипертермическое воздействие, термовоздействие с использованием режима вибромассажа ложа пациента и ингаляции ароматической смесью с детоксицирующим эффектом по специально разработанной схеме.

Все формализованные сведения были занесены в единую компьютерную базу данных и подвергнуты статистико-математическому анализу с помощью пакета программ STATISTICA 6.0. Статистическая обработка результатов включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных с оценкой достоверности различий при помощи t-критерия Стьюдента.

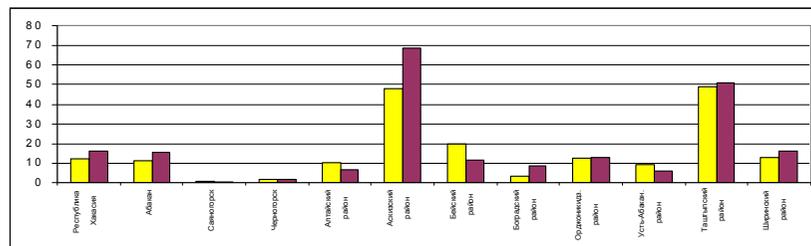
## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При анализе общей заболеваемости населения синдромом зависимости и психотическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя выявлено, что по РХ в целом, в республиканском центре, а также в Алтайском, Аскизском, Бейском, Боградском, Орджоникидзевском районах эти показатели существенно выше общероссийских.

Поскольку в РХ среди населения доля коренных жителей составляет 12,2 %, их расселение на территории неравномерно: в республиканском центре – Абакане доля хакасов – 11,3 %, в других городах их доля не превышает 2 %, по районам показатель варьирует от 3,6 % в Боградском до 48,8 % в Таштыпском районе, проанализирована распространенность наркологических расстройств у коренного населения РХ в целом и по отдельным ее территориям по заболеваемости лиц хакасской национальности, состоящих под диспансерным наблюдением.

В 9 из 13 территорий показатели заболеваемости коренных жителей наркологическими расстройствами (на 100 тысяч населения), обусловленными употреблением алкоголя (синдром зависимости и психотические расстройства), оказались выше, чем среди населения в целом.

Доля хакасов среди больных, состоящих под диспансерным наблюдением в связи с алкогольными расстройствами, на территории РХ и по отдельным районам оказалась достоверно больше доли коренных жителей в структуре их населения (рис. 1).



■ – Доля коренного населения на территории      ■ – Доля хакасов среди больных

Рис. 1. Заболеваемость коренного населения Республики Хакасия, состоящего под диспансерным наблюдением с наркологическими расстройствами (2007)

Поскольку большинство (79 %) хакасов, имеющих алкогольную патологию, проживают и наблюдаются у нарколога в Абакане и Аскизском районе (745 и 456 чел.), детальный анализ распределения по возрасту и нозологическим формам выполнен на данной выборке. Среди хакасов – жителей республиканского центра наибольший удельный вес имеют лица старше 40 лет: 82 % с алкогольной зависимостью и 55 % перенесших алкогольные психозы. На долю больных 30–39 лет приходится 12 % пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и 38 % перенесших алкогольные психозы. Среди хакасов – жителей Аскизского района

наибольшее число больных с зависимостью от алкоголя и перенесших алкогольные психозы (81 и 76 %) приходится на 30–49 лет. Употребление алкоголя с вредными последствиями диагностировано в Абакане и в Аскизском районе в 6,8 и 8,2 %, в основном среди подростков 14–17 лет.

Обследование сплошным методом больных по обращаемости в 2007–2009 гг. в связи с алкогольными расстройствами в отделение неотложной наркологической помощи (ОННП) в Абакане показало, что среди обратившихся за специализированной медицинской помощью доля лиц коренной национальности возросла от 15,33 % в 2007 г. до 19,77 % в 2008 г. Больные-славяне составляли в указанные годы более 80 % пациентов отделения. Однако, учитывая населенность территории РХ жителями коренной национальности (12,84 %), обращаемость по поводу психотических расстройств вследствие употребления алкоголя среди коренного населения РХ достоверно выше, чем среди славян.

Наибольшее число лиц титульного этноса, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях, проживает в Абакане (47,49 % от всех хакасов). По территориям разделение следующее: Аскизский район – 15,98 %, г. Черногорск – 8,9 %, Усть-Абаканский район – 7,3 %, остальные районы – от 0 до 4,6%. Сравнение этих данных с данными о расселении хакасов по территориям РХ и долей хакасов среди больных, состоящих под диспансерным наблюдением в связи с алкогольной патологией, дает некоторое расхождение.

По плотности населения и числу состоящих под диспансерным наблюдением хакасов лидируют Аскизский (среди населения хакасов 31,63 %, среди состоящих на диспансерном учете – 68,67 %) Таштыпский (11,86 и 51,14 %) районы и Абакан (28,23 и 15,75 %). Данное несоответствие можно объяснить удалением вышеуказанных районов от республиканского центра и возможностью получения специализированной помощи в районе. За наркологической помощью достоверно чаще обращались горожане. По данным Госкомстата, 68,78 % хакасов проживают в сельских районах РХ, русские (славяне) населяют преимущественно города (66,5 %). Обращаемость за специализированной помощью горожан-хакасов составила 61,42 %, среди славян – 72,28 %, что свидетельствует о преобладании алкогольно-обусловленных проблем у проживающих в городах РХ коренных жителей.

Максимум обратившихся для стационарного лечения среди коренного населения и славян приходится на 30–49 лет (58,22 и 55,63 %). Обращаемость в других возрастных группах примерно одинаковая. Среди титульного этноса обращаемость до 20 лет составила меньше 0,5 % за все годы наблюдения, причем среди молодых представительниц данной возрастной группы не было ни одного обращения. В аналогичной возрастной группе среди славян данный показатель составил около 1 %, в женской подгруппе – более 0,5 % в разные годы. Повторные обращения по поводу алкогольной зависимости в ОННП в ОГ лиц коренной национальности встречались достоверно реже, чем в КГ.

Поскольку большинство больных (свыше 78 %), обратившихся за наркологической помощью и состоящих на диспансерном наблюдении, как среди коренного, так и славянского населения – мужчины, дальнейший анализ проводился в отношении данной гендерной группы.

Лица коренной национальности обращались за помощью в стационар Абакана чаще по поводу психотических расстройств вследствие употребления алкоголя (62,65 %), преимущественно в связи с синдромом отмены алкоголя с делирием (99,23 %), острый алкогольный галлюциноз перенесли 0,77 % таких пациентов. С синдромом отмены алкоголя средней степени было пролечено 36,73 % больных, острая алкогольная интоксикация тяжелой степени наблюдалась в 0,62 %. В группе коренного населения в течение всех лет наблюдения не зарегистрирован ни один случай синдрома отмены алкоголя тяжелой степени тяжести.

Представители славянского населения чаще госпитализировались с психотическими расстройствами (58,25 %): синдром отмены алкоголя с делирием – 99,58 %, острый алкогольный галлюциноз – 0,42 %, синдром отмены алкоголя средней степени тяжести – 41,56 %, тяжелой степени – 0,09 %, острая алкогольная интоксикация – 0,1 %.

У госпитализированных хакасов преобладали психотические расстройства вследствие употребления алкоголя. Достоверно чаще встречался синдром отмены алкоголя средней степени тяжести у пролеченных стационарно славян. Психотические расстройства почти в 99 % случаев в ОГ и КГ представлены алкогольным делирием. У больных хакасов чаще, чем у славян, встречались abortивные формы (7,98 и 5,28 %), атипичные формы делириев (6,55 и 2,97 %) и делирий с судорожным компонентом (18,23 и 9,9 %). Судорожный синдром в состоянии отмены алкоголя отметили у 63,8 % пациентов коренной национальности и 58,96 % пациентов-славян.

В дальнейшем были изучены две отобранные методом паракопий группы больных, состоящих под диспансерным наблюдением со средней стадией зависимости от алкоголя: 527 представителей коренной национальности (группа А) и выборка из 502 мужчин-славян (группа Б).

В ОГ (А) отмечен более ранний возраст начала алкоголизации (17,22±0,2 года) по сравнению с КГ (Б) (18,21±0,23 года). Систематически употреблять спиртное в 15—24 года начали 74,2 % больных ОГ (А), тогда как на этот возраст в КГ (Б) указали лишь 39,2 % пациентов, около 40 % лиц КГ отметили возраст 24—29 лет. Средний возраст начала систематического употребления алкоголя в ОГ составил 22,91±0,41 года, в КГ – 25,73±0,47 года. У 85,86 % пациентов ОГ зависимость от алкоголя сформировалась в 20—29 лет (35 % в 20—24 года, 51,0 % в 25—29 лет). Большинство больных КГ указали на формирование зависимости в 25—34 года, по 33,0 % пациентов отметили возраст 24—29 и 29—34 года. Средний возраст начала формирования алкогольной зависимости в ОГ составил 26,13±0,39 года и 30,09±0,46 года – в КГ.

Анализ возрастных особенностей свидетельствует об омоложении синдрома зависимости от алкоголя у мужчин хакасской популяции. В ОГ

у 24,5 %, в КГ у 5,5 % достоверно зафиксировано формирование алкогольной зависимости в короткий период – до 1 года. Длительность злоупотребления спиртным от 2 до 3 лет в группах сопоставима (33,0 и 30,0 %). В КГ формирование алкогольной патологии заняло более длительный период времени: 41,0 % – 4—5 лет, 23,0 % – более 6 лет. В ОГ такие сроки отмечены у 30,0 и 13,0 % больных. Длительность систематического употребления алкоголя в ОГ до формирования синдрома зависимости в среднем составила 3,24±0,2 года, в КГ – 4,35±0,19 года.

Более 40,0 % пациентов обеих групп предпочитали крепкие спиртные напитки (водку, самогон, коньяк, суррогаты алкоголя). 20,0 % пациентов ОГ предпочитали вино, 25,0 % – пиво; в КГ такие алкогольные напитки упоминались реже (13,0 и 16,0 %). Пациенты ОГ оказались более разборчивы в выборе алкогольных напитков: только 11,0 % пациентов ОГ не отдавали предпочтения ни одному из напитков, в КГ не имели предпочтений 23,0 %.

Средняя разовая доза употребления алкоголя в ОГ составила 89,86±4,26 мл этилового алкоголя, в КГ – 115,67±4,58 мл. Средняя суточная доза в ОГ составляла 788,52±30,29 мл, в КГ – 1046,81±35,02 мл. Злоупотребление этанолом в форме истинных запоев в ОГ – 83,7 %, постоянно алкоголь употребляли 11,6 % больных, псевдозапой отмечались у 4,7 %. В КГ чаще регистрировались псевдозапой (7,37 %) и постоянное употребление алкоголя (16,34 %), реже (76,29 %) имели место истинные запои.

Более 70,0 % больных ОГ указали, что употребляли алкоголь не более 10 дней подряд. Отсутствовала длительность запоев более 1 месяца. Средняя длительность запоев в ОГ – 9,9±0,71 дня. В КГ употребление алкоголя от 2—3 недель и от 3 недель до месяца отметили 40,0 и 20,0 %; более 30 дней – 1,79 %. Средняя длительность запойных состояний в КГ – 15,81±0,77 дня. Трезвые промежутки не превышали 3 недель у 72,0 % пациентов ОГ и у 63,0 % пациентов КГ. По длительности ремиссии от 3 недель до 1 месяца, 1—1,5 месяца достоверных отличий не выявлено (16,51 и 7,97 % в ОГ и 17,73 и 9,36 % в КГ). Почти 10 % пациентов КГ не употребляли алкоголь 45—90 дней и более, в ОГ этот показатель составил немногим больше 3 %. Средняя длительность ремиссии составила в ОГ 20,72±1,3 дня, 26,2±1,73 дня – в КГ.

Что касается мотивировки рецидивов, то, по мнению опрошенных, чаще всего алкоголизация связана с появлением компании (40,8 % в ОГ и 42,43 % в КГ). На втором месте причиной срывов назывались праздники (22,77 и 24,7 %), несколько реже – семейные неурядицы и конфликты (20,22 и 22,31 %). Плохое настроение, стрессы, наличие «неприятностей» и прочие семейно-бытовые проблемы отмечались в ОГ чаще (14,23 %), чем в КГ (10,5 %).

Определены особенности употребления алкоголя, темпа его формирования и прогрессивности у представителей хакасского этноса (ОГ): более ранний возраст начала алкоголизации (17,22±0,2 года), систематического употребления алкоголя (22,91±0,41 года), начала формирова-

ния алкогольной зависимости (26,13±0,39 года). В КГ эти показатели составили 18,21±0,23, 25,73±0,47 и 30,09±0,46 года. Достоверно чаще в ОГ у мужчин-хакасов наблюдается формирование алкогольной зависимости в короткий период – до 1 года, при средней длительности систематического употребления алкоголя до формирования синдрома зависимости 3,24±0,2 года (в КГ – 4,35±0,19 года). При достоверно меньшей дозе употребляемого алкоголя, как разовой, так и суточной (89,86±4,26 мл и 788,52±30,29 мл) и средней длительности запоев (9,9±0,71 дня), чем у мужчин славянской национальности (115,67±4,58 мл и 1046,81±35,02 мл, 15,81±0,77 дня), преобладают истинные запои (83,7 %) с короткими ремиссиями (20,72±1,3 дня). В КГ средняя длительность ремиссии 26,2±1,73 дня.

Такие проявления алкоголизма, как амнезии, имели место у всех обследованных ОГ и КГ, причем более чем в половине случаев (56,8 и 61,0 %) наблюдались в виде палимпсестов, несколько реже (43,2 и 39,0 %) – в виде тотальных амнезий.

Изучение наличия и нозологической разновидности коморбидной соматической патологии было проведено у всех больных ОГ (А) (527 чел.) и КГ (Б) (502 чел.). Обследуемые в ОГ были разделены на 5 возрастных подгрупп и на 7 подгрупп в зависимости от вида сопутствующей соматической патологии. Не имели соматической патологии 17,27 % исследуемых ОГ и 15,94 % лиц КГ.

В ОГ заболевания инфекционной природы и органов пищеварительной системы встречались одинаково часто (по 28,08 %), группу инфекционных заболеваний составили туберкулез (14,04 %) и вирусные гепатиты А, В и С (14,04 %), группу заболеваний ЖКТ – хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и ДПК, хронический холецистит, хронический панкреатит. Заболевания органов дыхания выявлены в 16,7 %, сердечно-сосудистые – в 9,87 %, заболевания кожи (псориаз и экзема) – в 9,11 %, органов мочевыделительной системы – в 4,17 %, обмена веществ (сахарный диабет, подагра) – в 3,23 %.

Распределение соматической патологии у больных ОГ (А) в различных возрастных подгруппах имело определенные особенности. В подгруппе 20–29 лет выявлены вирусные гепатиты В и С. В подгруппе 30–39 лет наряду с вирусными гепатитами (27,51 %) преобладает патология органов дыхания (хронический обструктивный бронхит, острая пневмония – 20,68 %), в равных долях заболевания ЖКТ и туберкулез – по 17,27 %. В подгруппе 40–49 лет заболевания ЖКТ составили 40,42 %, туберкулез – 18,98 %, гепатиты – 13,47 %, по 8,16 % – заболевания органов дыхания и кожи. У лиц 50–59 лет и старше 60-летнего возраста распространены заболевания ЖКТ (25,62 и 31,3 %), сердечно-сосудистые заболевания (в основном гипертоническая болезнь – 20,0 и 25,0 %), кожные болезни (11,4 и 12,5 %) и туберкулез (8,6 и 12,5 %). Болезни мочевыделительной системы, обмена веществ, встречались в выборке в каждой возрастной подгруппе не чаще 3–5 %.

В обеих группах вне зависимости от возраста преобладает соматическая коморбидная патология ЖКТ (28,08 % – в ОГ и 37,45 % – в КГ). В структуре коморбидной патологии в КГ отмечен достоверно высокий удельный вес сопутствующей гипертонической болезни (34,3 %), тогда как в ОГ у мужчин-хакасов он существенно ниже (10,06 %). Различия по коморбидной патологии мочевыделительной системы, органов дыхания в обеих группах недостоверны. Выявленные различия по встречаемости у больных коморбидной гипертонической болезни могут оказаться интересными для дальнейшего изучения в отдельном исследовании распространенности психосоматической патологии, ее влияния и взаимосвязи с алкоголизмом в этнических группах.

По результатам исследования выявлены особенности проявлений ААС у больных сравниваемых групп. Явления, характерные для нейровегетативной формы ААС, такие как астения, потливость, нарушение аппетита и сна, тремор, наблюдались у всех пациентов обеих групп. Несколько реже зафиксированы тахикардия (98,83 % в ОГ и 100 % – в КГ) и изменение АД (у 93,6 % и 96,94 % больных).

Судорожный синдром регистрировался у больных ОГ достоверно чаще, чем в КГ (30,81 и 15,91 %). В ОГ зафиксирован относительно высокий удельный вес таких симптомов, как головокружение (27,91 %), сильная головная боль с тошнотой (20,93 %), гиперакузия (16,86 %) и обмороки (15,12 %). В КГ такая симптоматика наблюдалась достоверно реже – в 13,27, 15,31, 8,67 и 9,18 %.

Вдвое чаще в ОГ наблюдались проявления висцерального (соматического) варианта течения ААС. Наиболее часто – тошнота и рвота (23,26 %), диарея (22,67 %), боли в животе (21,51 %), метеоризм (18,02 %). В КГ такая симптоматика отмечалась достоверно реже – 10,71, 11,22, 9,67 и 8,16 % (p<0,05). Достоверно реже (p<0,05) и практически с одинаковой частотой встречались стенокардия (2,91 % в ОГ и 2,5 % в КГ), одышка (2,33 и 2,04 %), аритмия (2,33 и 1,53 %).

При поступлении в отделение неотложной наркологической помощи пациенты ОГ достоверно чаще (12,79 %) жаловались на тревогу и страх (в КГ – 9,69 %, p<0,05), дисфорию (11,63 %), панические атаки (9,3 %), тотальную бессонницу (9,88 %), гипнагогические галлюцинации (7,56 %), слуховые и зрительные иллюзорные обманы (6,98 %). В КГ аналогичные проявления наблюдались в 8,16, 5,1, 7,65, 4,59 и 4,59 %. В ОГ достоверно реже отмечались депрессия (4,65 %), суицидальные мысли и поведение (3,49 %). В КГ такие проявления зарегистрированы в 7,65 и 5,61 % (p<0,01 и p<0,05).

Синдромальная диагностика показала, что у всех госпитализированных в ОННП больных ОГ и КГ наблюдался нейровегетативный вариант ААС. У 30,81 % больных ОГ установлено сочетание нейровегетативного и церебрального вариантов, у 24,42 % – сочетание нейровегетативного и висцерального (или соматическим) вариантов, у 12,79 % – нейровегетативного и психопатологического вариантов ААС. В КГ подобные сочетания встречались достоверно реже (15,82, 12,24 и 9,69 %, p<0,05).

Анализ клинических форм алкогольных психозов у госпитализированных больных обеих групп показал преобладание алкогольного делирия (более 90 %). Второе место по частоте занимает алкогольный вербальный галлюциноз (8,8 %), третье место – структурно-сложный алкогольный психоз (1,0 %). Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила  $25,83 \pm 0,52$  дня.

Удельный вес перенесших один эпизод психотического расстройства на момент обследования в ОГ по сравнению с КГ был достоверно больше (70,13 и 50,72 %). 27,17 % пациентов КГ перенесли 2 психотических эпизода, 22,1 % – 3 и более. Аналогичные показатели в ОГ были достоверно ниже (17,61 и 12,26 %;  $p < 0,05$ ). Достоверно чаще в ОГ первый психотический эпизод приходится на 40—49 лет (40,56%), в КГ – на 30—39 лет (36,6 %). Наиболее низкий показатель обращаемости в ОГ зарегистрирован до 29 лет (3,4 %), в КГ обращаемость в этой возрастной группе достоверно выше (5,23 %). В других возрастных группах различия не достоверны.

Классический вариант алкогольного делирия достоверно чаще (51,81 %) встречался у пациентов КГ, чем ОГ (5,28 %). В ОГ достоверно чаще выявлены абортивный алкогольный делирий (10,37 %) и делирий с судорожным компонентом (14,15 %), в КГ эти варианты составили 8,33 и 12,68 %. Среди форм алкогольного делирия тяжелый делирий наблюдался у 16,98 % больных ОГ (мусситирующий алкогольный делирий – 9,12 %, 7,86 % – профессиональный) и у 16,3 % пациентов КГ (мусситирующий и профессиональный делирии – 9,05 и 7,25 %). Атипичные формы делирия диагностированы у 13,21 % больных ОГ и у 10,87 % пациентов КГ; делирий с онейроидными расстройствами – у 7,23 и 5,8 %, с психическими автоматизмами – у 5,97 и 5,07 % больных.

Среди психопатологических синдромов, сопровождающих психотические расстройства, выявлены следующие особенности, присущие изучаемым группам больных. Для больных ОГ в психозе было достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) свойственно выраженное психомоторное возбуждение – 61,95 % (в КГ – 45,65 %), состояние беспокойства было достоверно более характерно для психоза у больных (53,62 %) КГ (в ОГ – 37,42 %), возбуждение в пределах постели отмечено в 0,63 % случаев в ОГ и в 0,72 % случаев в КГ. Страх достоверно чаще (55,97 %) наблюдался в ОГ (в КГ – 40,94 %), для больных КГ более характерна (59,06 %) тревога (в ОГ – 44,03 %).

У больных обеих групп в равных количествах зафиксированы бред ущерба (44,95 % – в ОГ, 39,88 % – в КГ), и бред воздействия (32,32 и 31,79 %). Бред преследования у больных ОГ наблюдался достоверно реже (22,73 %), чем в КГ (28,32 %). В ОГ чаще зарегистрированы антропоморфные галлюцинации (38,05 %), реже – зоологические (33,96 %) и ротоглоточные галлюцинации инородного тела (27,99 %). В КГ одинаково часто наблюдались зоологические (34,06 %) и ротоглоточные (35,87 %) галлюцинации, антропоморфные галлюцинации наблюдались реже (30,07 %).

Содержание антропоморфных галлюцинаций, частота встречаемости которых в ОГ и КГ достоверно различалась, характеризовалось видениями близких, знакомых и незнакомых людей. Последние представлялись преступными элементами, террористами, представителями правоохранительных органов. У пациентов обеих групп имели место яркие, подвижные, цветные сценородные галлюцинаторные образы.

Увеличение доли антропоморфных зрительных образов в клинической картине алкогольных психозов в ОГ и уменьшение зоологических (собаки, кошки, мыши, насекомые и т. д.), являющихся ведущими при классических описаниях, можно расценивать в качестве явления патоморфоза. Как выражение патоморфоза расцениваются также часто наблюдающиеся ротоглоточные галлюцинации инородного тела (около трети больных обеих групп) и феномены онейроидного помрачения сознания, характеризующиеся зрительными образами фантастического содержания.

При изучении уровня воспоминаний болезненных переживаний перенесенного психотического эпизода и реальной обстановки установлено, что в ОГ была достоверно меньше доля лиц (38,68 %), у которых сохранились воспоминания болезненных переживаний. Удельный вес таких больных в КГ составлял 70,29 % ( $p < 0,05$ ). В ОГ преобладали больные с частично сохранившимися воспоминаниями болезненных переживаний перенесенного психоза (51,57 %) и те, у которых воспоминания болезненных переживаний отсутствовали (9,75 %). В КГ эти показатели составляли 26,45 и 3,26 %. Отсутствие воспоминаний реальной обстановки преобладало у больных обеих групп, однако доля таких пациентов была больше (59,43 %) в ОГ, чем в КГ (50,36 %). Достоверно меньше больных ОГ (11,95 %) сохранили воспоминания реальной обстановки, чем в КГ (19,2 %). Тогда как различия в группах больных, частично сохранивших воспоминания реальной обстановки, незначительны (в ОГ – 28,62 %, в КГ – 30,43 %).

Наиболее точно тяжесть алкогольного делирия отражал характер выхода из психоза. Для больных ОГ более свойствен (56,6 %) литический выход из психоза (в КГ – 36,59;  $p < 0,001$ ). Критический выход из психоза был менее характерен для ОГ (43,4 %), такой вариант преобладал в КГ (63,41 %;  $p < 0,05$ ).

Средняя длительность психотического состояния при алкогольном делирии, оцениваемая по наличию бредовых и галлюцинаторных расстройств, составила в ОГ  $4,12 \pm 1,78$  суток и  $3,19 \pm 1,54$  суток в КГ.

Острый алкогольный галлюциноз наблюдался почти у 9 % больных обеих групп; достоверно чаще (75,76 %) в ОГ сопровождался вербальными галлюцинациями комментирующего характера (в КГ – 66,67 %). Они носили характер диалога, чаще между близкими людьми, друзьями-собутыльниками. «Голоса» угрожающего и обвиняющего характера в обеих группах наблюдались значительно реже: ОГ – по 12,12 % (в КГ – 18,52 и 11,11 %). Вербальные галлюцинации гомосексуального характера наблюдались только в КГ (3,7 %). Зрительные обманы восприятия

были кратковременны, проявлялись в виде нестойких галлюцинаторных персонажей антропоморфного плана у 6,06 % больных ОГ и 7,4 % пациентов КГ. Тактильные галлюцинации чаще наблюдались в ОГ (15,15 %), чем в КГ (11,11 %).

Сохранили формальную критику к своему состоянию большее количество обследованных больных, однако в ОГ этот показатель был ниже (63,64 %), чем в КГ (70,37 %).

В клинической картине острого алкогольного галлюциноза у больных обеих групп в равной степени наблюдались бредовые идеи преследования и бред материального ущерба. Однако их удельный вес в ОГ (39,4 и 36,36 %) был достоверно больше, чем в КГ (29,63 и 25,93 %). Бред физического воздействия в ОГ зарегистрирован достоверно реже (24,24 %), чем в КГ (40,74 %). Бред гомосексуального воздействия отмечен только в КГ (3,7 %). В клинической картине острого алкогольного галлюциноза эмоциональная лабильность и тревога наблюдались у всех пациентов. Доминировал аффект страха в обеих группах (66,67 % в группе хакасов и 62,96 % в группе славян).

Субдепрессии чаще отмечались в ОГ (21,21 %), аналогичный показатель в КГ был вдвое меньше (11,11 %), дисфория в ОГ встречалась достоверно реже (9,09 %), чем в КГ (22,22 %). По благодушно-эйфорическому аффекту в ОГ и КГ различий не выявлено (3,03 и 3,7 %).

Для пациентов ОГ наиболее характерным был литический выход из алкогольного галлюциноза (69,7 %), чем в КГ (48,15 %). Критический выход диагностирован у 30,3 % больных ОГ и 51,86 % пациентов КГ. В ОГ средняя длительность алкогольного галлюциноза составила  $2,84 \pm 0,79$ , в КГ –  $3,11 \pm 1,07$  суток. Abortивный галлюциноз и атипичные формы острого алкогольного галлюциноза среди больных обеих групп диагностированы не были.

Изменения личности больных при алкоголизме имеют не только диагностическое значение, но и влияют на эффективность лечения (Дунаев А. Г., 2006). Вместе с тем в отношении представителей хакасского этноса подобные исследования ранее не проводились.

Изучение алкогольных изменений личности у больных выделенных групп выявило заострение личностных черт характера, алкогольную анозогнозию, снижение творческих способностей и нравственных ценностей у обследованных как ОГ, так и КГ.

У ОГ преобладал (42,67 %) эксплозивный тип с приступами злобы и раздражительности, вспышками агрессивности, аутоагрессивным поведением; в КГ эксплозивный тип отмечен у 2,8 % ( $p < 0,05$ ). В 28,1 % случаев в ОГ отмечен астенический тип – имела место раздражительная слабость с легкой возбудимостью, обидчивостью, склонностью к бурным аффективным вспышкам, быстрой истощаемостью при умственных и физических нагрузках – переход от возбуждения к вялости, апатии, заторможенности; в КГ астенический тип наблюдали в 22,2 % случаев.

В КГ преобладал (41,7 %) неустойчивый тип с нестойкостью интересов и целей, неспособностью к систематическому труду, стремлением к веселому времяпровождению в кругу собутыльников, повышенной внушаемостью, подверженностью влиянию асоциальных элементов. В КГ достоверно реже, чем у больных ОГ, наблюдался эпилептоидный тип (1,38 %), чаще встречался дистимический тип (4,17 %).

Преимущественное преобладание эксплозивного и астенического типов у больных ОГ, вероятно, связано с наиболее общими национально-психологическими темпераментными особенностями изучаемого этноса.

В связи с тем, что выборку составили пациенты с зависимостью от алкоголя средней стадии, начальные проявления алкогольной энцефалопатии наблюдались у 17,33 % больных ОГ (в КГ – 27,78 %,  $p < 0,05$ ). Изменения по алкогольно-психопатоподобному типу с характерной утратой морально-этических норм поведения, проявляющиеся в лживости, хвастливости, грубом юморе, переоценке своих возможностей, полной нескритичности к пьянству в сочетании с аффективной неустойчивостью, взрывчатостью, недержанием аффекта, гневливостью с элементами агрессивности, быстрым переходом от эйфоричности к субдепрессивным состояниям, наблюдались достоверно чаще (77,8 %) в ОГ, чем в КГ (6,3 %).

Расстройства личности по органически-сосудистому типу с интеллектуально-мнестическим снижением, проявляющимся ухудшением памяти и внимания, апатичностью, утомляемостью, снижением трудоспособности, нарушением сна, понижением настроения, слабодушием, депрессивными состояниями с суицидальными тенденциями, диагностированы у 5,6 % больных ОГ и у 6,3 % больных КГ. Расстройство личности по смешанному типу регистрировалось у 16,67 % обследованных ОГ, в то время как в КГ оно преобладало (87,5 %).

Таким образом, у мужчин этнической популяции РХ больных алкоголизмом в структуре психоорганических расстройств более часто встречались психопатоподобные отклонения по сравнению с расстройствами преимущественно в сфере личностных ресурсов, тогда как для славянского населения более характерно когнитивное снижение.

На втором этапе для систематизации социально-психологических факторов, увеличивающих риск развития зависимости от этанола у коренного населения РХ, проведено исследование выборки из больных алкоголизмом, изученных на первом этапе работы: 75 мужчин-хакасов ОГ составили группу А, 75 мужчин-славян КГ образовали группу Б. Дополнительно были отобраны методом паракопий 75 мужчин-хакасов (группа В), не страдающих алкоголизмом. Средний возраст исследуемых ОГ на данном этапе составил  $43,75 \pm 2,39$  года.

Большинство обследованных представителей титульного этноса (77,33 %) воспитывались и живут в условиях соблюдения национальных традиций. Больные старших возрастных групп в большей степени придерживаются национальных обычаев и традиций, чем лица младшего возраста. В подгруппе старше 60 лет этот показатель составил 100 %,

а в подгруппе 20—29 лет – 20,0 % в группе А и 60,0 % в группе В. Почти половина больных (группа А – 48,0 % и группа В – 46,67 %) придерживаются христианского вероисповедания, в группе Б этот показатель достоверно выше – более 80,0 % ( $p < 0,05$ ).

В группе А 43,0 % пациентов имели различные судимости, в группе В этот показатель был достоверно ниже (21,33 %). Причем больные старших возрастных групп реже попадали в сферу уголовного судопроизводства, чем представители младших. В подгруппе старше 60 лет этот показатель составил 14,3, 28,5 и 0,0 %, а в подгруппе 20—29 лет – 60,0, 60,0 и 80,0 % в группах А, Б и В.

При изучении характеристик собственной семьи респондентов и родительской семьи в ОГ в сравнении с данными контрольных выборок славянского населения и практически здоровых лиц коренной национальности выявлены достоверные различия.

Для лиц группы А характерно большое количество ранних браков как в родительской семье (возраст до 20 лет отмечен у отца в 40,0 % случаев, у матери – в 72,0 %), так и в собственной семье (49,3 % респондентов и 62,7 % их жен). Аналогичные показатели у больных групп Б и В были достоверно ниже в родительской (в группе Б – 5,3 и 6,7 %; в группе В – 12,0 и 26,7 %) и собственной (группа Б – 6,7 и 8,0 %; группа В – 14,7 и 21,3 %) семьях. Потеря одного из родителей в возрасте до 5 лет, как неблагоприятный фактор воспитания, отмечен у 58,7 % обследованных ОГ по сравнению с 6,7 % в КГ Б и 9,0 % в КГ В. Обращает внимание, что респонденты ОГ достоверно чаще (61,3 %) не посещали детские дошкольные учреждения (в КГ Б и КГ В – 14,2 и 22,7 %), что, возможно, связано с воспитанием в условиях многодетных семей (этот показатель в ОГ 69,3 %; в КГ Б и КГ В – 9,3 и 32,86 %). После достижения респондентами совершеннолетия в ОГ они также достоверно чаще имели 3 и более детей (группа А – 41,0 %; группа Б – 6,7 %; группа В – 24,0 %), но достоверно реже, чем их родители ( $p < 0,01$ ).

Проведенное исследование выявило зависимость между низким уровнем образования, профессиональной занятостью и формированием зависимости у мужчин ОГ. Если успеваемость больных группы А в течение всех лет учебы в школе в 56,0 % случаев была ниже 4 баллов, то у лиц группы Б этот показатель составил 13,3 %, группы В – 17,3 %. При этом по дополнительным развивающим программам в течение всех лет пребывания в школе ни один респондент ОГ не обучался, тогда как 29,3 % лиц КГ Б и 24,0 % лиц из КГ В посещали такие занятия. Это нашло свое отражение в показателях уровня образования больных в группе А, которые большей частью имели среднее (56,0 %) и среднеспециальное (34,7 %) образование, тогда как 30,9 % лиц КГ Б имели высшее и незавершенное высшее образование, в КГ В высшее образование имели более половины респондентов (54,7 %).

На основе проведенного эпидемиологического исследования клинико-психопатологических особенностей и изучения факторов риска алкоголизма в хакасской популяции был сформулирован комплекс предло-

жений по усовершенствованию межведомственной деятельности различных органов и учреждений, направленный на совершенствование системы профилактики алкоголизма, нашедший отражение в долгосрочной республиканской целевой программе «Профилактика правонарушений, обеспечение безопасности и общественного порядка в Республике Хакасии (2011–2013 гг.)».

Психогигиенические мероприятия, направленные на возрождение этнической общности, предполагают комплекс мер по восстановлению преемственных связей между поколениями: углубленное изучение хакасского языка детьми коренной национальности и по желанию – славянами, привитие ценностей быта и традиционного уклада жизни хакасских семей.

Первичная профилактика алкогольной зависимости коренного населения РХ предусматривает повышение социально-нравственных установок коренного населения, приобщение подрастающего поколения к культурным истокам, национальным традициям. Включает работу с семьями: образовательные программы для родителей, психологическое консультирование. Вторичная профилактика алкоголизма у представителей коренной популяции направлена на раннее выявление лиц группы риска, работу с аддиктивными, неполными и многодетными семьями, санитарное просвещение родителей и несовершеннолетних об особенностях формирования и течения алкогольной болезни в хакасской популяции. В связи с тем, что первое знакомство со спиртным, систематическое употребление алкогольных напитков и начало формирования зависимости у хакасов приходится на пубертатный и молодой возрасты, активные образовательные и воспитательные меры предложены именно для этой возрастной группы.

Поскольку проведенное исследование выявило прямую зависимость между низким уровнем образования, профессиональной занятостью и алкогольной зависимостью у мужчин-хакасов, предложены меры для повышения образовательного уровня, профессиональной подготовки и переподготовки, трудоустройства представителей титульного этноса Республики Хакасии.

Лечение и реабилитация больных алкоголизмом с восстановлением их психосоциального и соматического статуса – сложная медико-социальная задача. В этой связи одной из приоритетных задач в повышении эффективности комплексного лечебно-реабилитационного процесса является поиск и внедрение новых средств и технологий, способствующих улучшению соматопсихического состояния больных, усилению биологической сопротивляемости и купированию аффективных нарушений (Иванов А. А., Бубнов В. И., 2008).

Предложено использование технологии индивидуальных мультимедальных физиотерапевтических воздействий на основе капсулы «Альфа Окси СПА» в качестве центрального звена медицинской реабилитации больных алкоголизмом мужчин сравниваемых групп.

На третьем этапе изучены две однородные группы по 48 больных с синдромом зависимости от алкоголя средней стадии в возрасте 26—41 года, добровольно согласившихся принять участие в программе, ранее неоднократно (2 и более раз) лечившихся от алкоголизма стационарно. Пациенты обеих групп были разделены на 2 одинаковые подгруппы по 24 человека (средний возраст в подгруппах ОГ составил  $33,83 \pm 2,01$  года и  $34,25 \pm 1,78$  года; в КГ –  $34 \pm 1,99$  года и  $35 \pm 1,99$  года).

Все пациенты в абстинентном и постабстинентном состоянии получали базовую терапию; физиотерапевтические процедуры – по схеме с учетом противопоказаний, после осмотра терапевтом и неврологом.

Практически все пациенты сравниваемых групп (93,75 %) положительно отметили действие использованной мультимодальной физиотерапевтической установки «Альфа Окси СПА». За все время эксперимента не отмечено ни одного осложнения и побочного действия.

Использование капсулы в сочетании с применением ароматов апельсина, герани и иланг-иланга у больных ОГ достоверно быстрее приводило к угасанию психопатологических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением алкоголя, чем при сочетании с другими аромасмамами. Редукция проявлений абстинентных расстройств в виде эмоциональной лабильности, психической подавленности, повышенной тревожности, истощаемости, заторможенности происходила уже на 3-и сутки (более 50,0 %). Улучшение когнитивных функций (активная память, концентрация внимания, умственная работоспособность) отмечалось со вторых суток, заметное улучшение приходится на 3-и сутки (58,3 %). Значительное уменьшение соматоневрологических и вегетативных симптомов отмечено к 3-м суткам (75 %): исчезали головная боль, нарушения сердечного ритма, головокружение, тремор, потливость, слабость, атаксия, изменения сухожильных рефлексов, стабилизировалось АД; к 5-му дню – полная редукция данной симптоматики. Полное восстановление сна – на 3—4-е сутки (100 %). На 7-е сутки частично подавлялось патологическое влечение к алкоголю.

При лечении больных КГ наблюдался достоверно более заметный клинический эффект при использовании аромакомпозиций на основе иланг-иланга, пачули и мускатного ореха.

Полученные данные позволили рекомендовать разработанные схемы применения аромакомпозиций в сочетании с использованием капсул типа «Альфа Окси СПА» для применения у лиц коренной национальности, страдающих алкоголизмом, с целью повышения эффективности комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий, так как у обследованного контингента больных оксигипертермия оказывала эффективное воздействие на психическую, неврологическую и соматовегетативную симптоматику.

## В ы в о д ы

1. У населения РХ в структуре наркологических расстройств преобладает алкогольная зависимость, уровень общей и первичной заболеваемости которой достоверно выше общероссийских показателей.

1.1. Заболеваемость коренных жителей (на 100 тысяч хакасского населения) психическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и зависимостью от алкоголя выше, чем населения РХ в целом. В районах с высоким (до 48,0 %) удельным весом хакасов в структуре населения доля хакасов среди больных, состоящих под диспансерным наблюдением в связи с алкогольными расстройствами, достоверно больше доли коренных жителей в структуре их населения (в Аскизском районе среди населения хакасов 31,63 %, среди больных, состоящих на диспансерном учете – 68,67 %; в Таштыпском – 11,86 и 51,14 %), отмечается более молодой возраст больных с синдромом зависимости от алкоголя и перенесших алкогольные психозы.

1.2. Обращаемость в отделение неотложной наркологической помощи по поводу психотических расстройств вследствие употребления алкоголя среди коренного населения РХ достоверно выше, чем среди славян (при доле хакасского населения на территории РХ 12,8 % их обращаемость достигает 19,77 %).

1.3. Алкогольно-обусловленные проблемы существенно преобладают у проживающих в городах (при проживании 68,78 % хакасов в сельских районах РХ обращаемость за специализированной помощью жителей городов – хакасов составила 61,42 %).

1.4. У лиц коренной национальности преобладают обращения за стационарной помощью по поводу психотических расстройств вследствие употребления алкоголя (62,65 %); у них чаще, чем у славян, отмечаются abortивные (7,98 и 5,28 %), атипичные (6,55 и 2,97 %) формы делириев и делирий с судорожным компонентом (18,23 и 9,9 %).

2. Для мужчин этнической популяции РХ характерно более раннее начало алкоголизации ( $17,22 \pm 0,2$  года), систематического употребления алкоголя ( $22,91 \pm 0,41$  года), формирования алкогольной зависимости ( $26,13 \pm 0,39$  года), формирования алкогольной зависимости за более короткий период ( $3,24 \pm 0,2$  года). Отмечается низкая разовая (89,86  $\pm$  4,26 мл) и суточная (788,52  $\pm$  30,29 мл) толерантность к алкоголю, преобладание амнестических форм опьянения. Высокий темп прогрессивности алкоголизма характерен в связи с предпочтением крепких спиртных напитков и суррогатов алкоголя, употреблением спиртного в виде истинных запоев (83,7 %) с короткими ( $20,72 \pm 1,3$  дня) ремиссиями. Наиболее распространены традиционные мотивы потребления спиртного.

3. Выявлены высокие показатели заболеваемости вирусными гепатитами и туберкулезом у мужчин-хакасов. Коморбидная соматическая патология ЖКТ преобладает как у хакасов, так и славян (28,3 и 37,4 %) – хронический гастрит, панкреатит, язвенная болезнь желудка и ДПК.

В структуре коморбидной патологии у славян зафиксирован высокий удельный вес сопутствующей гипертонической болезни (34,3 %), тогда как у мужчин-хакасов он достоверно ниже (10,0 %). Различия по коморбидной патологии мочевыделительной системы, органов дыхания в обеих группах достоверны.

4. В клинике алкогольного абстинентного синдрома у мужчин-хакасов в сравнении со славянами преобладают проявления висцерального (соматического) варианта течения ААС, психотические расстройства; достоверно чаще (30,81 %) регистрируется судорожный синдром. Достоверно реже, чем у славян, отмечаются депрессия (4,65 %), суицидальные мысли и поведение (3,49 %). У хакасов достоверно чаще сочетаются нейровегетативный и церебральный (30,81 %) варианты, нейровегетативный и висцеральный (или соматический) (24,42 %), нейровегетативный и психопатологический (12,79 %) варианты ААС.

5. При преобладании классического варианта (45,28 %) алкогольного делирия у больных-хакасов из его атипичных форм отмечены: делирий с онейроидными расстройствами (7,23 %), психическими автоматизмами (5,97 %). В психозе достоверно чаще свойственно выраженное психомоторное возбуждение (61,95 %;  $p < 0,05$ ). Характерно наличие антропоморфных галлюцинаций (38,05 %), увеличение доли которых можно расценивать в качестве явления патоморфоза. Достоверно меньше доля лиц, сохранивших воспоминания болезненных переживаний и реальной обстановки. При литическом выходе из психоза средняя длительность психотического состояния достоверно больше ( $4,12 \pm 1,78$  суток).

6. Острый алкогольный галлюциноз у хакасов достоверно чаще (75,76 %) сопровождается вербальными галлюцинациями комментирующего характера. Достоверно выше удельный вес бредовых идей преследования (39,4 %), материального ущерба (36,36 %), физического воздействия в основной группе зарегистрирован достоверно реже (24,24 %), чем у славян. Характерен (69,7 %) литический выход из алкогольного галлюциноза, средняя длительность эпизода –  $2,84 \pm 0,79$  суток.

7. Для больных-хакасов в структуре психоорганических расстройств характерны психопатоподобные отклонения по сравнению с расстройствами в сфере личностных ресурсов, тогда как для славян более характерно когнитивное снижение. У мужчин-хакасов преобладали эксплозивный (42,67 %) и астенический (28 %) типы, что связано с наиболее общими национально-психологическими темпераментными особенностями этноса; реже отмечены эпилептоидный (6,7 %), дистимический (2,7 %) типы, истерический и шизоидный типы не наблюдались. В контрольной группе преобладал (41,7 %) неустойчивый тип. Начальные проявления алкогольной энцефалопатии наблюдались у 17,33 % больных основной группы (в контрольной группе – 27,78 %,  $p < 0,05$ ), достоверно преобладали изменения по алкогольно-психопатоподобному типу (77,8 %), в контрольной группе – 6,3 %). В группе славян преобладало (87,5 %) расстройство личности по смешанному типу.

8. Анализ социально-психологических факторов показал, что для лиц хакасской национальности, страдающих алкоголизмом, характерно большее количество ранних браков в родительской и в собственной семье (аналогичные показатели у лиц славянской национальностью достоверно ниже). Воспитание в условиях многодетных семей (69,3 %), непосещение детских дошкольных учреждений (61,3 %), потеря одного из родителей в возрасте до 5 лет (58,7 %), низкая успеваемость в школе (56,0 %) и низкий уровень образования (среднее – 56,0 %, среднеспециальное – 34,7 %) можно расценивать как неблагоприятные факторы воспитания и риска развития аддиктивной патологии.

9. Комплексные лечебно-реабилитационные мероприятия с использованием оксигипертермических физиотерапевтических процедур в сочетании с применением аромакомпозиций (апелъсин, герань и иланг-иланг) доказали свою эффективность в лечении абстинентных и постабстинентных расстройств у лиц коренной национальности, страдающих алкоголизмом: в более короткие сроки (на 3-и сутки) происходило угасание психопатологических и поведенческих расстройств (83,3 %), улучшение когнитивных функций (58,3 %), уменьшение соматоневрологических и вегетативных симптомов (75 %), на 7-е сутки происходило частичное подавление патологического влечения к алкоголю.

При лечении больных-славян наблюдался достоверно более заметный клинический эффект при использовании аромакомпозиций на основе иланг-иланга, пачули и мускатного ореха.

#### Список работ, опубликованных по теме диссертации

#### Научные статьи в журналах, рекомендованных ВАК РФ

1. Тальянова, Т. И. Наркологическая патология у коренного населения РХ / Т. И. Тальянова, Т. В. Толмачева, Т. В. Коробицина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 5 (62). – С. 74–76.
2. Тальянова, Т. И. Особенности потребления алкоголя больными – коренными жителями Республики Хакасия, страдающими зависимостью от алкоголя / Т. И. Тальянова, Т. В. Коробицина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3 (66). – С. 85–88.
3. Тальянова, Т. И. Изучение алкоголизма в этнокультуральном аспекте (обзор литературы) / Т. И. Тальянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 6 (69). – С. 53–58.
4. Тальянова, Т. И. Транскультуральные клинические аспекты мужского алкоголизма коренных жителей Республики Хакасия / Т. И. Тальянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3 (72). – С. 89–93.
5. Тальянова, Т. И. Клинические особенности изменений личности при психотических формах алкоголизма у представителей коренной национальности Республики Хакасия / Н. А. Бохан, Т. В. Коробицина, Т. И. Тальянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 2 (77). – С. 89–93.

### Другие научные публикации

6. Тальянова, Т. И. Эпидемиология алкоголизма в Республике Хакасия / Т. И. Тальянова // Проблемы и перспективы развития современной наркологической помощи: тез. докл. Межрегион. научно-практ. конф. с междунар. участием. – Кызыл, 2009. – С. 148—151.
7. Тальянова, Т. И. Соматическая патология у лиц с зависимостью от алкоголя – представителей коренной национальности Республики Хакасия / Т. И. Тальянова // Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы регион. научно-практ. конф. – Челябинск, 2009. – С. 74—76.
8. Тальянова, Т. И. Социально-психологические особенности воспитания и жизни лиц с зависимостью от алкоголя – представителей коренной национальности Республики Хакасия / Т. И. Тальянова // Сб. материалов школы молодых наркологов и аддиктологов регионов России. – Казань, 2009 – С. 157—159.
9. Тальянова, Т. И. Этнокультуральные аспекты проявления психоорганического синдрома у больных алкоголизмом представителей коренной национальности Республики Хакасия / Т. И. Тальянова, Т. В. Коробицина // Резидуально-органическая патология головного мозга (онтогенетический аспект): тез. докл. межрегиональной научно-практической конференции. – Кемерово, 2011 – С. 279—281.
10. Тальянова, Т. И. Факторы риска ускоренного формирования алкогольной зависимости в этнической популяции Республики Хакасия / Т. И. Тальянова, Т. В. Коробицина, А. А. Сумароков // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии : тез. докл. XV науч. отчет. сессии НИИ ПЗ СО РАМН. – Томск, 2011 – С. 234—235.
11. Тальянова, Т. И. Клинико-психопатологические особенности течения алкоголизма у коренного населения Республики Хакасия / Т. И. Тальянова, Т. В. Коробицина // Актуальные проблемы наркологических расстройств и их профилактика : тез. статей межрегион. научно-практ. конф. – Улан-Удэ, 2011. – С. 110—113.
12. Тальянова, Т. И. Применение физиотерапевтической мультифакторной установки «Альфа Окси СПА Narcology» в комплексной лечебно-реабилитационной программе алкоголизма (транскультуральный аспект) / Т. И. Тальянова // Академический журнал Западной Сибири. Современные достижения теоретической и клинической психиатрии, наркологии и психотерапии: материалы научно-практ. конф. с междунар. участием. – 2011. – № 3. – С. 34—35.
13. Тальянова, Т. И. Клинико-патодинамические особенности мужского алкоголизма коренного населения Республики Хакасия / Т. И. Тальянова, Т. В. Коробицина // Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы регион. научно-практ. конф. – Челябинск, 2011. – С. 70—72.
14. Тальянова, Т. И. Острые алкогольные психозы у представителей коренного населения Республики Хакасия / Т. И. Тальянова // Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы регион. научно-практ. конф. – Челябинск, 2011. – С. 67—69.
15. Тальянова, Т. И. Особенности формирования и течения алкогольной аддикции у мужчин коренной субпопуляции Республики Хакасия / Т. И. Тальянова, Т. В. Коробицина // Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и аддиктологии: тез. докл. I-й Всерос. научно-практ. конф. – Томск, 2012. – С. 116—119.