

На правах рукописи

**Кисель Наталья Игоревна**

**Ассоциированные формы алкоголизма у женщин  
(психиатрическая коморбидность, клиническая динамика,  
реабилитация)**

14.01.27 – наркология;  
14.01.06 – психиатрия

**Автореферат**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Томск, 2011

Работа выполнена в Учреждении Российской академии медицинских наук  
Научно-исследовательском институте психического здоровья Сибирского  
отделения РАМН

**Научные руководители:**

доктор медицинских наук, профессор,  
заслуженный деятель науки РФ  
доктор медицинских наук, профессор

Николай Александрович Бохан  
Анна Исаевна Мандель

**Официальные оппоненты:**

д-р мед. наук, профессор

Балашов Петр Прокопьевич  
ГОУ ВПО Сибирский государственный  
медицинский университет Росздрава (Томск)

д-р мед. наук

Иванова Татьяна Ильинична  
ГОУ ВПО Омская государственная  
медицинская академия (Омск)

**Ведущая организация:** ГБОУ ВПО Новосибирский государственный  
медицинский университет

Защита состоится 20 декабря 2011 года в 10.00 часов на заседании совета  
по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при  
Учреждении Российской академии медицинских наук Научно-  
исследовательском институте психического здоровья СО РАМН по адресу:  
634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НИИПЗ СО РАМН.

Автореферат разослан 15 ноября 2011 г.

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



О.Э. Перчаткина

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность.** Социальные изменения последних десятилетий привели к обострению проблемы женского алкоголизма (Аккер Л.В., Семке В.Я., 1993; Иванец Н.Н., 2005; Кошкина Е.А., 2005; Егоров А.Г., Комиссаров М.Г., 2006; Киржанова В.В., 2010). За последние 5 лет показатель распространенности наркологических расстройств среди женщин увеличился на 5,2%. Показатель общей заболеваемости алкоголизмом, включая алкогольные психозы, среди женщин в РФ составляет 553,6 больных на 100 тыс. женского населения. Соотношение мужчин и женщин в контингенте зарегистрированных больных составляет 4,8:1 (Кошкина Е.А., 2011). В Томской области показатель болезненности алкоголизмом среди женщин растёт с 2000 года и в настоящее время он составляет 75,0 на 10 тыс. женского населения, превышая уровень РФ (Редченкова Е.М. и соавт., 2010).

В формировании алкогольной зависимости у женщин принимают участие взаимосвязанные конституционно-биологические, экзогенно-органические и психогенные воздействия. Многими исследователями подчеркиваются: тяжелое течение болезни, позднее обращение за лечением и крайне негативные последствия злоупотребления алкоголем женщинами, низкая эффективность лечения и реабилитации (Гузиков Б.М., Мейроян А.А., 1988; Жигунова О.А., 2003; Альтшулер В.Б., Иванец Н.Н., Кравченко С.Л., 2006; Цыганков Б.Д., Овсянников С.П., Кручинская Ю.Н., 2007; Кирпиченко А.А., 2008). Как показали исследования Л.К. Шайдуковой (1997 – 2005), Ц.П.Короленко, Т.А. Шпикс (2011) последствия стигматизации проявляются у женщин в позднем обращении к специалистам, скрытом латентном течении заболевания, одиночных формах употребления алкоголя, использовании нестандартных каналов помощи и самопомощи.

В последние годы появилось большое количество работ, в которых обсуждаются вопросы сочетанных психических и наркологических расстройств (Пивень Б.Н., Кузенкова Н.Н., 2005; Собенников В.С., Дашинамжилова В.Н., 2005; Агибалова Г.В., Винникова М.А., 2005; Никифоров И.А., Чернобровкина Т.В., Артемчук А. Ф., Сосин И.К., 2006; Бохан Н.А., Семке В.Я., 2009).

Многими исследователями подчеркиваются: тяжелое течение болезни, позднее обращение за лечением и крайне негативные последствия злоупотребления алкоголем женщинами, низкая эффективность лечения и реабилитации (Жигунова О.А. 2003; Альтшулер В.Б., Иванец Н.Н., Кравченко С.Л., 2006; Цыганков Б.Д., Овсянников С.П., Кручинская Ю.Н., 2007; Кирпиченко А.А. 2008; Allamani A., Voller F., Kubichka L., Bloomfield K., 2000). Главными причинами рецидивов становятся длительно сохраняющееся у женщин влечение к алкоголю, возникающие или усиливающиеся за время болезни характерологические отклонения и психопатологические нарушения, в первую очередь аффективные расстройства; возвращение в неблагоприятное семейное или производственное окружение.

Таким образом, два положения одинаково часто встречаются на страницах научной печати – универсальность алкоголизма как заболевания у обоих полов, его специфичность и уникальность у женщин (Гузиков Б.М., Мейроян А.А., 1988; Владимиров Б.С., 1993; Шайдукова Л.К., 1997; Альтшулер В.Б., 2006; Альтшулер В.Б., Кравченко С.Л., 2010; Devaud L.L., Prendergast M.A., 2009). В связи с изложенным, определилась цель настоящего исследования.

**Цель исследования:** изучение закономерностей развития и исходов ассоциированных форм алкоголизма у женщин в зависимости от коморбидной психиатрической патологии и особенностей клинической динамики заболевания с последующей разработкой немедикаментозных реабилитационных программ.

**Задачи исследования:**

1. Выявить особенности клинической динамики ассоциированных форм алкоголизма у женщин.
2. Определить влияние психиатрической коморбидности на патокинез и клиническое оформление ассоциированных форм алкоголизма у женщин.
3. Выделить особенности клинических проявлений патологического влечения к алкоголю на этапе формирования ремиссий при ассоциированных формах алкоголизма у женщин.
4. Разработать немедикаментозные программы реабилитации при ассоциированных формах алкоголизма у женщин.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Наличие ассоциированной патологии в клинической картине алкогольной зависимости у женщин формирует клиническую гетерогенность больных алкоголизмом и различия в прогрессивности заболевания.
2. Выявленные клинико-динамические особенности проявлений патологического влечения к алкоголю на этапе формирования ремиссии при ассоциированных формах алкоголизма у женщин определяют целесообразность дифференцированной терапии и реабилитации.
3. Эффективность реабилитационных программ у женщин с ассоциированными формами алкоголизма возрастает при комплексном использовании немедикаментозных методов – микроволновой резонансной терапии на этапе купирования синдрома отмены и аудио-визуально-вибротактильной стимуляции в период постабстинентных расстройств и на этапе формирования ремиссии.

**Научная новизна исследования.** В результате комплексного исследования впервые установлена целесообразность выделения клинико-динамических этапов формирования ассоциированных форм алкоголизма у женщин. Выявлены различия по структуре и темпу прогрессивности, соотношению и степени выраженности основных синдромов алкоголизма у женщин с различными формами ассоциированной патологии. Выявлены особенности патологического влечения к алкоголю в период формирования ремиссий в виде доминирования тревожных и дисфорических нарушений у

женщин с коморбидной психической патологией и депрессивных – у женщин с коморбидным поражением головного мозга. Выделены два варианта эксацербации патологического влечения к алкоголю в период становления ремиссии: перемежающийся, характерный для женщин с коморбидным поражением головного мозга и пароксизмальноподобный, возникающий спонтанно у женщин с коморбидной психической патологией. Установлена терапевтическая эффективность микроволновой резонансной терапии – при купировании абстинентных (нейровегетативных, аффективных, диссомнических) расстройств и аудио-визуально-вибротактильной стимуляции – при коррекции постабстинентного состояния на этапе формирования ремиссии.

**Практическая значимость результатов исследования.** Выявленные особенности основных синдромов алкогольной зависимости у женщин с различными формами ассоциированной патологии и структура клинических проявлений синдрома патологического влечения к алкоголю позволяют прогнозировать вероятность «срыва» и рецидива заболевания.

Включение в программу комплексной реабилитации женщин с ассоциированными формами алкогольной зависимости разработанных дифференцированных терапевтических мероприятий определяет эффективность достижения ремиссии.

Выделенные варианты и структура патологического влечения к алкоголю в период формирования ремиссий являются мишенью терапевтического воздействия для профилактики рецидива заболевания.

**Внедрение результатов в практику.** Разработанная и апробированная реабилитационная программа внедрена в клиническую практику клиник НИИПЗ СО РАМН, ОГУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница» и психоневрологического диспансера, ЗАТО Северск МЦ № 1 ФГУЗ КБ № 81 ФМБА России.

**Апробация работы.** Основные положения диссертации доложены и представлены в материалах: региональных конференциях молодых ученых и специалистов «Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения» (Томск, 2008; 2010 гг.); клинических конференциях НИИПЗ СО РАМН (Томск, 17 июня 2008г.; 2009 г.); всероссийской конференции «Охрана психического здоровья работающего населения России» (Кемерово, 16-17 апреля 2009 г.); межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Психическое здоровье молодого поколения: региональный, социально-демографический, превентивный аспекты» (Барнаул, 17-18 июня 2010 г.); XV научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Томск, 6—7 сентября 2011г.)

**Публикация результатов исследования.** По материалам исследования опубликовано 14 печатных работ, в том числе - 3 в реферируемых изданиях, включенных в перечень ВАК РФ для публикации результатов диссертационных

исследований на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «наркология», «психиатрия».

**Объем и структура диссертации.** Работа изложена на 275 страницах машинописного текста, состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, списка использованной литературы, содержащей 323 источников, в том числе 248 отечественных и 75 зарубежных. Диссертация иллюстрирована 28 таблицами, 25 рисунками и 5 клиническими наблюдениями.

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Исследование проводилось в рамках комплексной темы НИР НИИПЗ СО РАМН № 122 «Биологические предикторы, клиничко-патогенетические механизмы формирования и профилактика аддиктивных состояний в различных социальных группах» (номер Госрегистрации 01200954085).

Согласно целям и задачам работы было проведено обследование 180 женщин, больных алкоголизмом. Основную группу составили 130 женщин со второй стадией алкогольной зависимости (F10.232, F10.302) в сочетании с артериальной гипертонией, последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы и с коморбидной психической патологией (F07, F32, F43, F60.3, F60.4), которые проходили лечение в клинике НИИПЗ СО РАМН с 1998 по 2011 годы. Возраст пациенток на момент обследования приходился на промежуток от 22 до 60 лет (средний возраст составил  $40,8 \pm 8,2$  лет).

В группу сравнения вошли 50 женщин со второй стадией алкогольной зависимости (F-10.232, F10.302), которые не имели в анамнезе артериальной гипертонии, указаний на перенесенную черепно-мозговую травму, верифицированной аффективной патологии. Средний возраст пациенток составил  $38,3 \pm 7,1$  лет. Статистическая стандартизация женщин основной группы по отношению к группе сравнения проведена по полу, возрасту, месту проживания, времени обследования. Сроки непрерывного наблюдения над пациентками в условиях стационара составили от 1 до 1,5 месяцев.

Диагностика проводилась в рамках Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Систематизация данных осуществлялась при помощи карты «Стандартизированного обследования больных алкоголизмом с коморбидным органическим поражением головного мозга» (Бохан Н.А., Мандель А.И., Аболонин А.Ф., Воеводин И.В., 1995).

Методы исследования: клиничко-психопатологический (оценка симптомов, синдромов на различных этапах заболевания); клиничко-динамический (оценка динамики клинических проявлений алкоголизма в процессе применения психофармакологических и немедикаментозных методов лечения); клиничко-катамнестический (оценка динамики клинических и социально-психологических характеристик больных после проведенного лечения); статистический (определение частоты признака при альтернативных исходах, доказательство статистической надежности различия в частоте признака; взаимосвязь качественных признаков исследовалась с помощью  $\chi^2$ -критерия

Пирсона; достоверность полученных результатов принималась при вероятности ошибки не более 5%,  $p < 0,05$ ).

Использовались также следующие инструменты исследования: шкала «Количественной оценки структуры и динамики патологического влечения к алкоголю» В.Б.Альтшулера, С.Л. Кравченко, Н.В.Чередниченко (1992), шкала «Прогнозирования длительности ремиссии при восстановительном лечении больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии» О.Ф. Ерышев, Л.А. Дубинина, Б.В. Иовлев (2004), шкала глобальной клинической оценки (CGI-I), шкала тревоги и депрессии Гамильтона (HARS, HDRS), «Пенсильванская шкала влечения к алкоголю» (PAAS), шкала выраженности синдрома ангедонии (ASIS).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С целью поставленных в исследовании задач женщины, с ассоциированными формами алкоголизма, разделились на 3 группы: группа женщин с алкогольной зависимостью в сочетании с сосудистым поражением головного мозга, гипертонического генеза, у которых гипертоническая болезнь была диагностирована в среднем на 5 лет раньше, чем алкогольная зависимость, состоящая из 50 пациенток (группа 1А); группа женщин с алкогольной зависимостью, сочетанной с травматическим поражением головного мозга (перенесенные черепно–мозговые травмы различной степени тяжести были получены в среднем за 7 лет до формирования алкогольной зависимости), которую составили 45 пациенток (группа 1Б); группа женщин, имеющие в анамнезе диагностированное психическое расстройство, предшествующее алкогольной зависимости, по поводу которого они обращались за психиатрической помощью в клиники НИИ психического здоровья СО РАМН (депрессивный эпизод легкой и средней степени тяжести, реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации, эмоционально неустойчивое расстройство личности, истерическое расстройство личности), которую составили 35 пациенток (группа 1В).

В результате проведенного исследования выявлено, что становление основных синдромов алкогольной зависимости у женщин, имеющих сочетанное поражение головного мозга травматического генеза, в сравнении с группой женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза и группой женщин с коморбидной психической патологией характеризуется ускоренным темпом. Средняя продолжительность периода от клинической манифестации первичного патологического влечения до абстинентного синдрома составила у женщин с коморбидным поражением головного мозга травматического генеза  $6,7 \pm 3,2$  лет, у женщин с коморбидным поражением головного мозга сосудистого генеза –  $8,3 \pm 2,9$  лет, у женщин с коморбидной психической патологией (депрессивный эпизод легкой и средней степени тяжести, реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации, эмоционально неустойчивое расстройство личности, истерическое расстройство личности) –  $9,1 \pm 3,1$  лет ( $p < 0,05$ ) (табл. 1).

**Динамика формирования основных клинических синдромов алкогольной зависимости у женщин**

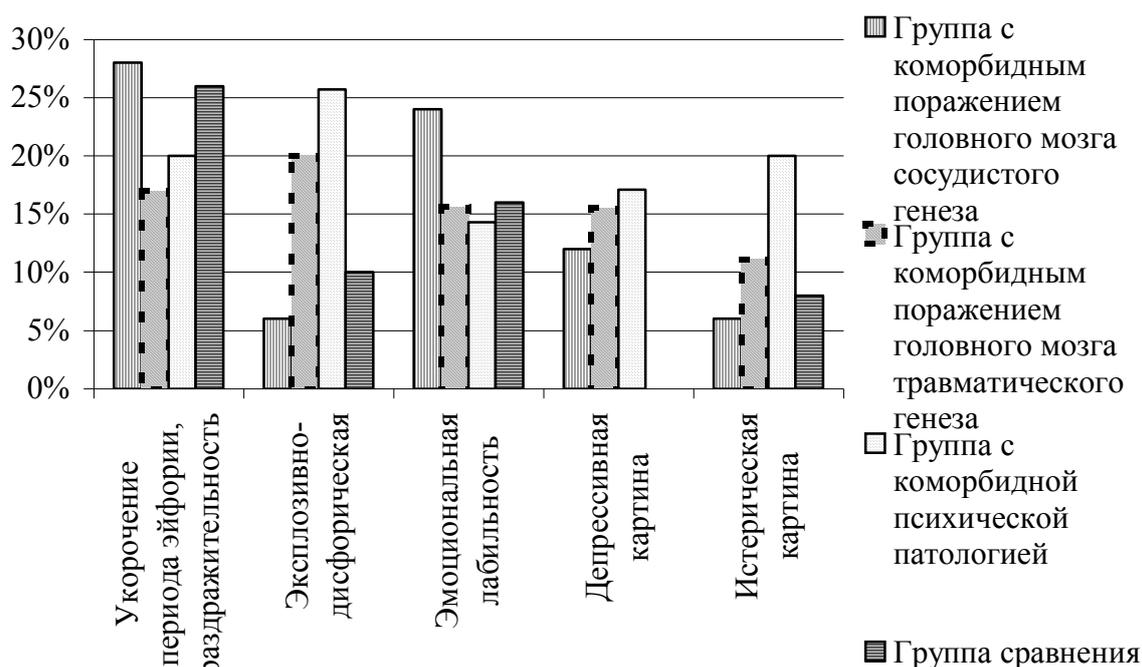
Клинический признак	Возраст манифестации клинического признака			
	Группа с поражением головного мозга сосудистого генеза	Группа с поражением головного мозга травматического генеза	Группа с коморбидной психической патологией	Группа сравнения
Возраст на момент обследования	41,9±7,7	38,6±8,4	39,3±6,9	38,3±7,1
Возраст манифестации амнестических форм опьянения	29,1±6,5	27,9±6,5	29,9±6,2	33,6±6,3
Возраст формирования начальных признаков алкогольного абстинентного синдрома	30,1±6,6	28,3±6,5	30,2±5,8	28,9±6,7
Возраст завершения формирования ААС	31,4±6,0	29,6±7,1	32,6±6,3	34,1±6,1
Возраст формирования псевдозапойной формы употребления алкоголя	31,9±6,0	30,1±7,4	32,8±6,4	31,4±6,9
Соматоневрологическая симптоматика в структуре ААС	33,2±2,0	31,9±1,9	34,4±2,1	37,8±1,8

Соматоневрологическая симптоматика осложняла течение алкоголизма у женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза в более раннем возрасте (31,9±1,9 года), что обусловлено формой употребления алкоголя (постоянное пьянство на фоне высокой толерантности) и выраженностью поражения головного мозга токсико-травматического генеза, у женщин с коморбидной психической патологией соматоневрологические осложнения формировались в 34,4±2,1 года; у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза – в 33,2±2,0 лет (в группе сравнения в 37,8±1,8 лет). Для группы женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза и женщин из группы с коморбидной психической патологией чаще было характерно постоянное пьянство на фоне низкой толерантности, важной особенностью явилось то, что женщины этих групп намеренно снижали дозу ежедневного потребления алкоголя до уровня, при котором не наступает выраженного алкогольного опьянения.

У женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза достоверно чаще диагностировалась токсическая энцефалопатия ( $p<0,05$ ); токсическая полинейропатия встречалась практически в равном количестве случаев при всех формах ассоциированного алкоголизма с частотой, превышающей количество случаев при не осложненном алкоголизме в группе сравнения ( $p<0,05$ ).

Соматическая патология у женщин с ассоциированными формами алкоголизма достоверно превышала частоту случаев в группе сравнения ( $p < 0,05$ ).

У пациенток из основной группы выявлена высокая частота встречаемости измененной картины опьянения в виде укорочения периодов эйфории, появления раздражительности, эмоциональной лабильности, депрессивных и истерических эпизодов (доминирование в клинической картине опьянения раздражительности и укорочение периода эйфории достоверно чаще встречалось при сочетанном поражении головного мозга сосудистого генеза) (рис. 1).



**Рис 1. Виды трансформации картины опьянения у женщин с ассоциированными формами алкоголизма**

Длительность самокупирования синдрома отмены алкоголя у женщин с ассоциированными формами алкогольной зависимости отличается пролонгированным течением: при сочетанном поражении головного мозга сосудистого генеза выраженные соматоневрологические проявления в структуре синдрома отмены алкоголя сохраняются в течение 7-8 суток и более у 48,0% женщин; в группе с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза – у 33,4% женщин; в группе с коморбидной психической патологией – у 31,4%; в группе сравнения – у 6,0% соответственно ( $p < 0,05$ ).

После купирования острых проявлений синдрома отмены алкоголя наиболее частым проявлением постабстинентного периода в группе женщин с коморбидной психической патологией была дисфорическая симптоматика (85,7%), реализовавшаяся в агрессивности, конфликтности; в группах обследованных с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного

мозга сосудистого и травматического генеза доминировала депрессивная симптоматика (88,0% и 88,6% соответственно) на фоне выраженных астенических проявлений (табл. 2).

Синдром патологического влечения к алкоголю в период постабстинентных расстройств у женщин с ассоциированными формами алкоголизма имеет разнородную структуру и динамику, с длительным присутствием в структуре патологического влечения к алкоголю нейровегетативных, диссомнических расстройств в сочетании с идеаторным и поведенческим компонентами. Квантификация компонентов патологического влечения оценивалась по 5-балльной шкале «Количественной оценки структуры и динамики патологического влечения к алкоголю» В.Б. Альтшулера, С.Л. Кравченко, Н.В.Чередниченко (1992).

Таблица 2

***Выраженность аффективной симптоматики в постабстинентном периоде у женщин с ассоциированными формами алкоголизма***

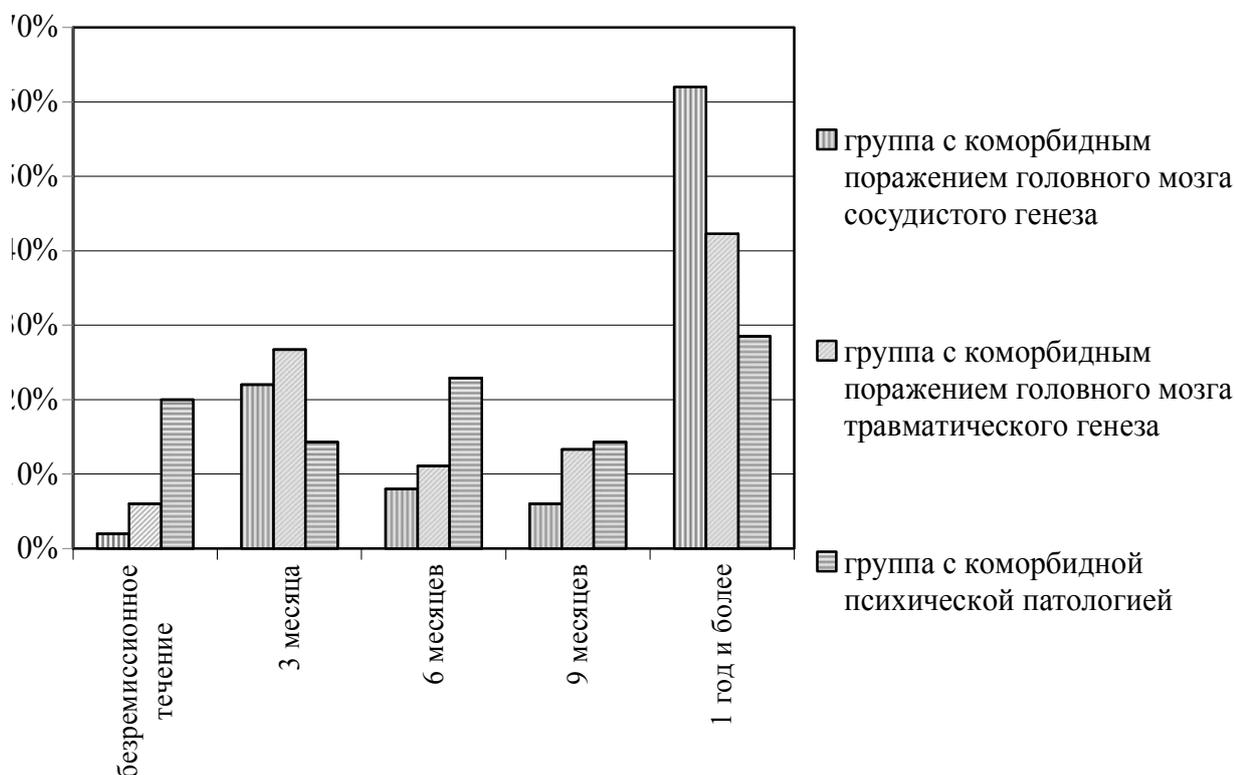
Симптомо- комплексы	Группы больных								P
	Группа с коморбидным поражением головного мозга сосудистого генеза		Группа с коморбидным поражением головного мозга травматического генеза		Группа с коморбидной психической патологией		Группа сравнения		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Дисфорический	5	10,0*	7	15,6*	30	85,7*	16	35,5*	p<0,05
Депрессивный	44	88,0*	39	86,6*	6	17,1*	10	22,2*	p<0,05
Тревожный	7	14,0	4	8,9	19	54,2	14	28,0	p>0,05

Клиническая структура патологического влечения к алкоголю в период становления ремиссии у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза характеризуется преобладанием депрессивного компонента (2,12±0,11 балла, p<0,05) и нейровегетативного компонента (1,89±0,24 балла; p<0,05). Для группы женщин с коморбидной психической патологией патологическое влечение к алкоголю характеризуется высокой представленностью тревожного компонента (2,1±0,19 балла; p<0,05), дисфорического компонента (2,0±0,11 балла; p<0,05), идеаторного (1,97±0,19 балла), диссомнического (1,82±0,34 балла) и поведенческого (1,9±0,14 балла; p<0,05) компонентов патологического влечения к алкоголю.

Патологическое влечение к алкоголю в период становления ремиссии в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого и

травматического генеза носит перемежающийся характер. У женщин с коморбидной психической патологией патологическое влечение к алкоголю носит пароксизмальноподобный вариант, возникающий спонтанно без объективных провоцирующих факторов, степень выраженности влечения к алкоголю нарастает к 4-5 месяцу после окончания курса стационарной терапии.

При клинико-катамнестическом исследовании было выявлено, что посттерапевтические ремиссии отсутствовали в клинической картине алкогольной зависимости у женщин с коморбидной психической патологией в 20,0% случаев; у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза – в 8,0% случаев; при сочетанном поражении головного мозга травматического генеза – в 6,6% случаев. Для женщин с экзогенно-органическим поражением головного мозга были характерны более продолжительные ремиссии: посттерапевтические ремиссии в течение года и более имели место в 62,0% случаев у пациенток имеющих сочетанное поражение головного мозга сосудистого генеза; в 42,3% случаев у женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза (рис. 2).



**Рис. 2. Посттерапевтические ремиссии у женщин с ассоциированными формами алкоголизма по данным двухлетнего катамнеза**

Для женщин с коморбидной психической патологией чаще были характерны ремиссии, не превышающие по длительности 6 месяцев, что составило 57,2% случаев.

Актуализация влечения к алкоголю с последующим «срывом» и рецидивом в большинстве случаев была ситуационно обусловлена, легко провоцировалась стрессовыми ситуациями, характеризовалась низкой заинтересованностью в проведении противоалкогольного лечения (64,6%).

При ассоциированных формах алкоголизма наличие коморбидного экзогенно-органического поражения головного мозга определяет протрагированный характер компонентов патологического влечения к алкоголю в постабстинентном периоде, что ограничивает арсенал активной психофармакотерапии и актуализирует поиск немедикаментозных терапевтических стратегий.

С целью воздействия на патологическое влечение к алкоголю у женщин нами предложено поэтапное включение микроволновой резонансной терапии: на этапе купирования синдрома отмены алкоголя и комплекса аудио-визуально-вибротактильной стимуляции «SENSORIUM», в период постабстинентных расстройств и на раннем этапе формирования ремиссии.

Применение микроволновой резонансной терапии было выбрано в качестве метода терапевтического воздействия на патологическое влечение к алкоголю на этапе купирования синдрома отмены алкоголя благодаря своей неинвазивности, технологической доступности. В отличие от традиционной терапии этот метод позволяет избежать назначения нескольких препаратов (транквилизаторы, нейролептики, гипнотики) и не обладает побочными эффектами.

В ходе курса микроволновой резонансной терапии воздействовали электромагнитным излучением нетепловой интенсивности (мощность  $3 \text{ мВт/см}^2$ ) в диапазоне 59-61 ГГц с автомодуляцией частоты 40 МГц/с на аурикулярную биологически активную зону, включающую точку АТ 55. Процедуры проводились ежедневно в утренние часы, время воздействия на биологически активные точки 30 минут, количество сеансов 10. Терапия с применением микроволнового электромагнитного излучения эффективно воздействует на субдепрессивные, тревожные, дисфорические проявления аффективного компонента патологического влечения к алкоголю. У пациенток с ассоциированными формами алкоголизма редукция аффективного компонента ПВА происходила с  $3,29 \pm 0,20$  балла до  $0,18 \pm 0,13$  балла в 1 группе и с  $3,33 \pm 0,28$  балла до  $1,52 \pm 0,21$  балла во 2 группе соответственно;  $p < 0,05$ . Так же было выявлено достоверное снижение выраженности нейровегетативного (с  $4,45 \pm 0,30$  балла до  $0,02 \pm 0,19$  балла в первой группе и с  $4,23 \pm 0,27$  балла до  $2,80 \pm 0,28$  балла во второй группе;  $p < 0,05$ ), диссомнического (с  $3,91 \pm 0,24$  балла до  $0,05 \pm 0,10$  балла в первой группе и с  $3,68 \pm 0,34$  балла до  $1,7 \pm 0,35$  балла), церебрального (с  $4,44 \pm 0,27$  балла до  $0,4 \pm 0,12$  балла) и кардиоваскулярного (с  $3,68 \pm 0,27$  до  $0,19 \pm 0,13$  балла в первой группе и с  $3,80 \pm 0,22$  балла до  $1,7 \pm 0,14$  балла во второй группе соответственно) компонентов патологического влечения к алкоголю.

Аудио-визуально-вибротактильная стимуляция была избрана в качестве метода терапевтического воздействия на патологическое влечение к алкоголю у женщин в период постабстинентного состояния и на этапе формирования ремиссии.

Для аудио-визуально-вибротактильной стимуляции использован основанный на запатентованной технологии комплекс «Sensorium» (Афтанас Л.И., Труфакин В.А. и соавт., 2008). В процессе сеанса пациентки

располагались на специализированном кресле в горизонтальном положении, зрительная и слуховая стимуляция осуществлялась с помощью специализированных фотодиодных очков и наушников, вибротактильная – с помощью вмонтированных в кресло сабвуферов. Процедуры аудио-визуально-вибротактильной стимуляции проводились по 20 мин. один раз в день, всего 10 процедур на курс.

Клиническая оценка влияния аудио-визуально-вибротактильной стимуляции (АВВС) на динамику компонентов патологического влечения к этанолу анализировались с помощью шкалы «Количественной оценки структуры и динамики патологического влечения к алкоголю». В первую очередь достигалось значимое снижение выраженности аффективных проявлений патологического влечения к алкоголю (с  $7,3 \pm 1,5$  баллов в 1 группе и  $7,1 \pm 1,3$  баллов в группе сравнения до  $3,0 \pm 0,24$  и  $4,3 \pm 0,8$  баллов в 1 группе и группе сравнения соответственно;  $p < 0,05$ ), что в свою очередь сопровождалось клинической дезактуализацией идеаторного компонента патологического влечения к этанолу.

К окончанию курсового применения аудио-визуально-вибротактильной стимуляции происходило достоверное снижение выраженности компонентов патологического влечения к алкоголю: идеаторного (с  $2,2 \pm 0,2$  балла в основной группе и  $2,2 \pm 0,4$  балла в группе сравнения до  $0,55 \pm 0,11$  балла в 1 группе и  $0,9 \pm 0,17$  балла во 2 группе;  $p < 0,05$ ); вегетативного (с  $5,2 \pm 0,7$  балла в основной группе и  $5,3 \pm 0,2$  балла во группе сравнения до  $2,2 \pm 0,14$  балла в 1 группе и  $2,6 \pm 0,2$  балла во 2 группе;  $p < 0,05$ ); диссомнического (с  $2,05 \pm 0,3$  балла в основной группе и  $2,1 \pm 0,12$  балла в группе сравнения до  $0,6 \pm 0,02$  балла в 1 группе и  $1,11 \pm 0,02$  балла во 2 группе;  $p < 0,05$ ), а так же поведенческого компонента патологического влечения к алкоголю (с  $1,7 \pm 0,2$  балла в основной группе и  $1,7 \pm 0,4$  балла в группе сравнения до  $1,1 \pm 0,2$  балла и  $1,2 \pm 0,43$  балла соответственно;  $p < 0,05$ ).

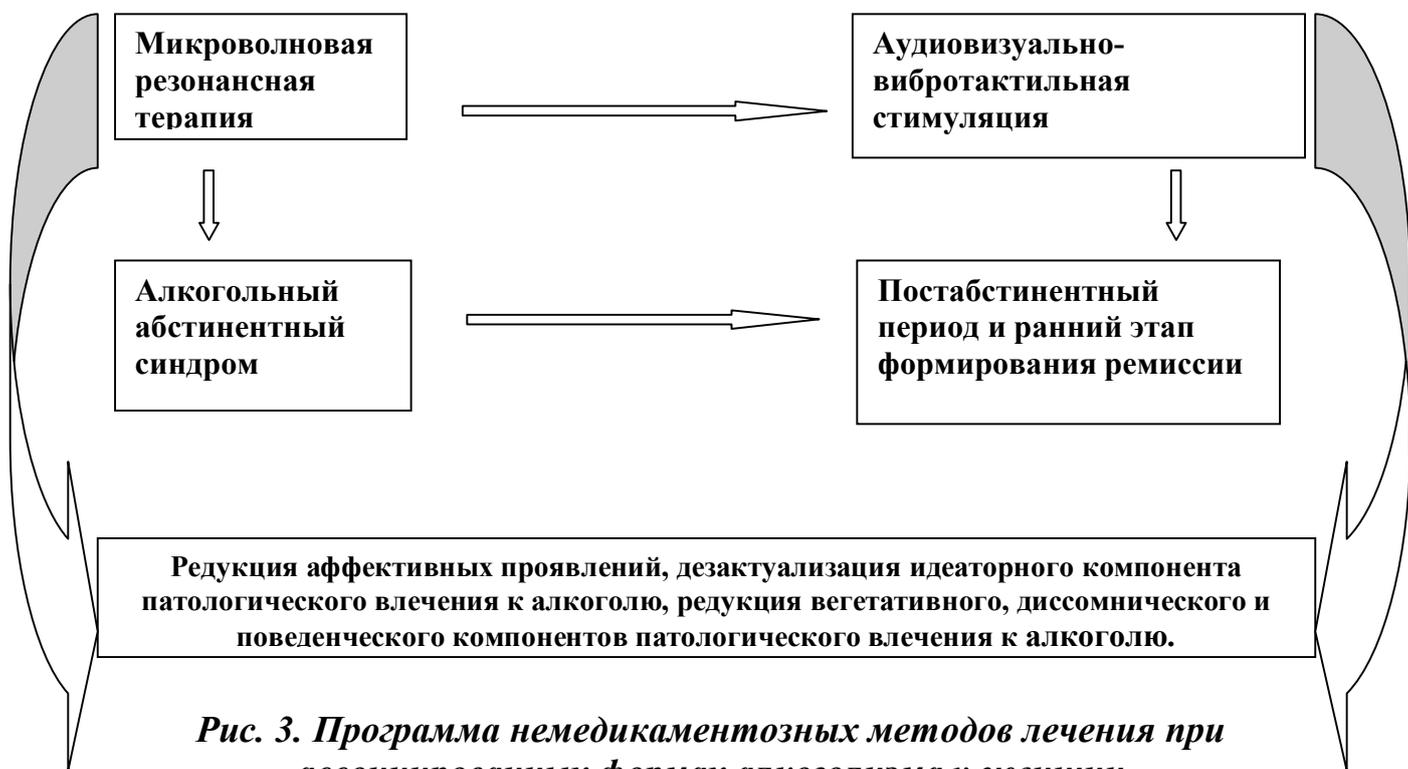
Проводилось параллельное изучение терапевтической динамики выраженности патологического влечения к этанолу на основе самоотчетов больных с применением Пенсильванской шкалы влечения к алкоголю (РААС). После завершения курса АВВС зарегистрировано достоверное снижение уровня патологического влечения с  $22,5 \pm 1,6$  балла до  $6,2 \pm 0,2$  балла в основной группе и с  $22,7 \pm 1,4$  балла до  $11,4 \pm 0,6$  балла в группе сравнения;  $p < 0,05$ .

Для дифференцированной оценки клинической динамики депрессивных и тревожных состояний в структуре постабстинентных аффективных расстройств при курсовом применении аудио-визуально-вибротактильной стимуляции использованы шкалы депрессии (HDRS) и тревоги (HARS) Гамильтона. На момент окончания курса АВВС зафиксировано достоверное снижение выраженности депрессии в 1 группе – с  $15,3 \pm 1,8$  балла до  $6,8 \pm 1,2$  балла и во второй группе с  $15,2 \pm 1,6$  балла до  $11,4 \pm 1,5$  балла ( $p < 0,05$ ). Тревожные состояния в структуре постабстинентных аффективных расстройств при курсовом применении аудио-визуально-вибротактильной стимуляции редуцировались с  $19,2 \pm 1,4$  балла в первой до  $6,7 \pm 0,2$  балла и с  $21, \pm 1,1$  балла до  $14,3 \pm 0,6$  балла во второй группе соответственно;  $p < 0,05$ ).

Выраженность синдрома ангедонии тестируемого по шкале ASIS снижается при курсовом назначении аудио-визуально-вибротактильной стимуляции с  $49,6 \pm 3,8$  балла до  $11,4 \pm 1,3$  балла в первой группе и с  $48,5 \pm 3,6$  балла до  $26,2 \pm 2,8$  балла во второй группе ( $p < 0,05$ ).

При оценке динамики общего улучшения клинической картины (по шкале CGI-I) в период постабстинентных расстройств и на раннем этапе формирования ремиссии в ходе курсового применения аудио-визуально-вибротактильной стимуляции при окончании лечения установлены достоверно лучшие результаты в 1 группе больных, чем в группе сравнения.

Курсовое применение аудио-визуально-вибротактильной стимуляции при ассоциированных формах алкоголизма обеспечивает лучшую по отношению к традиционной терапии динамику редукции основных компонентов патологического влечения к алкоголю (аффективных, идеаторных, вегетативных), позволяя снизить медикаментозную нагрузку и повысить эффективность амбулаторного лечения на этапе формирования ремиссии заболевания (рис. 3).



**Рис. 3. Программа немедикаментозных методов лечения при ассоциированных формах алкоголизма у женщин**

Таким образом, включение в программу комплексной реабилитации женщин с ассоциированными формами алкоголизма и коморбидной психиатрической патологией предложенных немедикаментозных методов лечения (микроволновой резонансной терапии и аудио-визуально-вибротактильной стимуляции) способствует достижению ремиссии продолжительностью от 6 месяцев до 1,5 лет в 42,2% случаев (в группе сравнения при использовании традиционной терапии – в 23,3% случаев;  $p < 0,05$ ).

## ВЫВОДЫ

1. Клинико-динамический анализ формирования основных синдромов зависимости при ассоциированных формах алкоголизма у женщин выявил ускоренный темп становления основных синдромов алкогольной зависимости: средняя продолжительность периода от клинической манифестации патологического влечения к алкоголю до развития абстинентного синдрома при коморбидном поражении головного мозга травматического генеза составила  $6,7 \pm 3,2$  лет; при коморбидном поражении головного мозга сосудистого генеза –  $8,3 \pm 2,9$  лет; при коморбидной психической патологии (депрессивный эпизод легкой и средней степени тяжести, реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации, эмоционально неустойчивое расстройство личности, истерическое расстройство личности) –  $9,1 \pm 3,1$  лет ( $p < 0,05$ ).

2. Соматоневрологические осложнения хронической алкогольной интоксикации приобретают облигатный характер у женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза в более раннем возрасте ( $31,9 \pm 1,9$  года), что обусловлено формой употребления алкоголя (постоянное пьянство на фоне высокой толерантности) и выраженностью поражения головного мозга токсико-травматического генеза. У женщин с коморбидной психической патологией соматоневрологические осложнения формировались в  $34,4 \pm 2,1$  года, у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза – в  $33,2 \pm 2,0$  года соответственно без достоверных различий по возрастным промежуткам.

2.1. У женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза достоверно чаще диагностировалась токсическая энцефалопатия ( $p < 0,05$ ); токсическая полинейропатия встречалась практически в равном количестве случаев при всех формах ассоциированного алкоголизма с частотой, превышающей количество случаев при не осложненном алкоголизме ( $p < 0,05$ ).

2.2. Соматическая патология у женщин с ассоциированными формами алкоголизма диагностировалась в виде реактивного гепатита и хронического панкреатита с достоверным превышением частоты случаев в группе сравнения ( $p < 0,05$ ).

3. Клиническая картина основных синдромов алкогольной зависимости у женщин с ассоциированными формами алкоголизма характеризуется следующими особенностями.

3.1. В формировании алкогольной зависимости выявлена высокая частота встречаемости измененной картины опьянения в виде укорочения периодов эйфории, появления раздражительности, эмоциональной лабильности, депрессивных и истерических эпизодов (доминирование в клинической картине опьянения раздражительности и укорочение периода эйфории достоверно чаще встречалось при сочетанном поражении головного мозга сосудистого генеза).

3.2. Алкогольный абстинентный синдром отличается пролонгированным течением: выраженные соматоневрологические проявления в структуре синдрома отмены алкоголя при сочетанном поражении головного мозга сосудистого генеза сохраняются в течение 7-8 суток у 48,0% женщин; при сочетанном поражении головного мозга травматического генеза – у 33,4%; при коморбидной психической патологии – у 31,4%; в группе сравнения – у 6,0% соответственно ( $p < 0,05$ ).

3.3. Наиболее частым проявлением постабстинентного периода у женщин с коморбидной психической патологией была дисфорическая симптоматика (85,7%), реализовавшаяся в агрессивности и конфликтности; у женщин с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза доминировал церебрастенический синдром с депрессивной симптоматикой (88,6%).

4. Синдром патологического влечения к алкоголю в постабстинентный период у женщин с ассоциированными формами алкоголизма имеет разнородную структуру и динамику. Характерно длительное присутствие в структуре синдрома нейровегетативных и диссомнических расстройств в сочетании с идеаторным и поведенческим компонентами.

4.1. Клиническая структура патологического влечения к алкоголю в период становления ремиссии у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза характеризуется преобладанием депрессивного и нейровегетативного компонентов ( $2,12 \pm 0,11$  балла и  $1,89 \pm 0,24$  балла соответственно;  $p < 0,05$ ). Патологическое влечение к алкоголю носит перемежающийся характер.

4.2. Клинические проявления патологического влечения к алкоголю в период формирования ремиссии у женщин с коморбидной психической патологией отличаются высокой представленностью тревожного и дисфорического компонентов ( $2,1 \pm 0,19$  балла и  $2,0 \pm 0,11$  балла соответственно;  $p < 0,05$ ). Патологическое влечение к алкоголю носит пароксизмальноподобный характер, возникает спонтанно без объективных провоцирующих факторов, степень выраженности влечения к алкоголю нарастает к 4-5 месяцу после окончания курса стационарной терапии.

5. Клинико-катамнестическое исследование выявило особенности формирования ремиссий у женщин с ассоциированными формами алкоголизма.

5.1. При сочетанном поражении головного мозга сосудистого генеза посттерапевтические ремиссии в течение года имели место в 62,0% случаев; при сочетанном поражении головного мозга травматического генеза – в 42,3% случаев. Для женщин с коморбидной психической патологией, отличавшихся наиболее низким реабилитационным потенциалом ( $-72$  балла при базовом уровне  $+9$  баллов) длительность ремиссии в 57,2% случаев не превышала 6 месяцев ( $p < 0,05$ ).

5.2. Актуализация влечения к алкоголю с последующим «срывом» и рецидивом в большинстве случаев (64,6%) была ситуационно обусловлена, провоцировалась низкой заинтересованностью в проведении противоалкогольного лечения; в 18,5% случаев причиной рецидива были личностно значимые стрессовые ситуации (разрыв интимных отношений, судебные разбирательства, утрата или тяжелая болезнь близкого человека); в 10,0% – аффективные расстройства; в 6,1 % случаев – отсутствие критики к заболеванию, уверенность в возможности пить «как все»; в 0,8% случаев – ревизия эффективности лечения.

5.3. Устойчивые ремиссии у женщин формировались в более зрелом возрасте ( $37,2 \pm 7,5$  лет, в группе сравнения  $34,4 \pm 6,8$  лет;  $p < 0,05$ ), при малой и средней прогрессивности течения алкоголизма, первой госпитализации в наркологический стационар, редукции психопатологических расстройств, сохранном семейном и профессиональном статусе.

6. Установлена эффективность немедикаментозных методов лечения алкогольной зависимости у женщин с ассоциированными формами алкоголизма при купировании синдрома отмены и на этапе формирования ремиссии.

6.1. Применение микроволновой резонансной терапии при купировании синдрома отмены алкоголя способствует уменьшению выраженности аффективных (с  $3,29 \pm 0,20$  до  $0,18 \pm 0,13$  баллов), нейровегетативных (с  $4,45 \pm 0,30$  до  $0,02 \pm 0,19$  баллов), диссомнических (с  $3,91 \pm 0,24$  до  $0,05 \pm 0,10$  баллов), кардиоваскулярных (с  $3,68 \pm 0,27$  до  $0,19 \pm 0,13$  баллов) проявлений патологического влечения к алкоголю ( $p < 0,05$ ).

6.2 Клиническая эффективность курсового лечения с использованием аудио-визуально-вибротактильной стимуляции у женщин с ассоциированными формами алкоголизма в постабстинентный период и на этапе формирования ремиссии обусловлена редукцией тревожной и депрессивной симптоматики (с  $19,2 \pm 1,4$  баллов до  $6,7 \pm 0,2$  баллов, с  $15,3 \pm 1,8$  баллов до  $6,8 \pm 1,2$  баллов соответственно), вегетативной и диссомнической симптоматики (с  $5,2 \pm 0,7$  до  $2,2 \pm 0,14$  баллов и с  $2,05 \pm 0,3$  до  $0,6 \pm 0,02$  баллов соответственно), коррекцией поведенческого и дезактуализацией идеаторного компонентов патологического влечения к алкоголю (с  $1,7 \pm 0,2$  до  $1,1 \pm 0,2$  балла и с  $2,2 \pm 0,2$  до  $0,55 \pm 0,11$  баллов соответственно;  $p < 0,05$ ).

6.3. Включение в программу комплексной реабилитации предложенных терапевтических мероприятий способствует достижению ремиссии у достоверно большего количества женщин, чем в группе сравнения (42,2% и 23,3% случаев соответственно;  $p < 0,05$ ).

## Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Кисель Н.И. Особенности клинической динамики ассоциированных форм алкоголизма у женщин / Н.И. Кисель // Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения : сборник тезисов региональной конференции молодых ученых и специалистов. – Томск, 2008. – С.31-33.
2. Кисель Н.И. Социально-психологический статус женщин фертильного возраста, страдающих алкоголизмом / Н.И. Кисель, А.И. Мандель, Н.А. Бохан // Охрана психического здоровья работающего населения России : тезисы докладов конференции (Кемерово, 16-17 апреля 2009 г.) / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Я. Семке, А.А. Корнилова. – Томск, Кемерово, 2009. – С. 128-129:
3. Кисель Н.И. Качество ремиссии при алкогольной зависимости у женщин / Н.И. Кисель, А.И. Мандель, Н.А. Бохан // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии : материалы XIV научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН (Томск, 7 октября 2009 г.). – Томск, 2009. – С. 137.
4. Кисель Н.И. Женский алкоголизм: проблемы зависимости и созависимости / А.И. Мандель, Н.И. Кисель // Психическое здоровье семьи в современном мире : тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции (Томск, 8 октября 2009 г.). – Томск, 2009. – С. 80-82.
5. Кисель Н.И. Использование микроволновой резонансной терапии для снижения выраженности окислительного стресса при алкоголизме / В.Д. Прокопьева, Е.В. Патышева, Н.И. Кисель // Материалы XIV научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН (Томск, 7 октября 2009 г.). – Томск, 2009. – С. 150 – 151.
6. Кисель Н.И. Ассоциированные формы алкоголизма у женщин / А.И. Мандель, И.Э. Анкудинова, Н.И. Кисель // XV съезд психиатров России (9-12 ноября 2010 г.) : материалы съезда. – М. : ИД «Медпрактика-М», 2010. – С. 258.
7. Кисель Н.И. Ремиссии и рецидивы при алкогольной зависимости у женщин / Н.И. Кисель // Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения : материалы второй региональной конференции «Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения» (Томск, 1 июня 2010) / под ред. В.Я. Семке. – Томск : Иван Федоров, 2010. – С. 59-61.
8. **Кисель Н.И. Клиническая динамика алкогольной зависимости у женщин с преморбидными личностными расстройствами / Н.И. Кисель, Н.А. Бохан, А.И. Мандель, И.Э. Анкудинова, Г.П. Ляшенко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011 – № 3. – С. 32-34.**
9. Кисель Н.И. Влияние нейрометаболического протектора на когнитивные функции и процессы апоптоза у больных алкоголизмом / Е.В. Жернова, А.И. Мандель, Н.И. Кисель, С.А. Иванова, Н.А. Бохан // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии : материалы XV научной отчетной сессии НИИ

- психического здоровья СО РАМН (Томск, 6-7 сентября 2011 г.). – Томск, 2011. – Вып. 15. – С. 214-215.
10. Кисель Н.И. Диагностика и прогностическая оценка психоневрологических нарушений при женском алкоголизме / Н.А. Бохан, И.А. Трескова, И.Э. Анкудинова, А.И. Мандель, Н.И. Кисель, Г.П. Ляшенко // Современные технологии психиатрического и наркологического сервиса / под науч. ред. В.Я. Семке. – Томск, 2011. – Т. 4. – С. 27-29.
- 11. Кисель Н.И. Клиническая коморбидность психоневрологических проявлений алкоголизма у женщин / Н.А. Бохан, А.И. Мандель, И.Э. Анкудинова, И.А. Трескова, Н.И. Кисель // Наркология. – 2011 – № 10. – С. 36-40.**
12. Кисель Н.И. Применение аудиовизуально-вибротактильной стимуляции для коррекции клинических проявлений патологического влечения к этанолу на этапе формирования ремиссии алкоголизма / Н.А. Бохан, А.Ф. Аболонин, И.Э. Анкудинова, В.Д. Евсеев, Н.И. Кисель // Современные технологии психиатрического и наркологического сервиса / под науч. ред. В.Я. Семке. – Томск, 2011. – Т. 4. – С. 24-27.
13. Кисель Н.И. Качество ремиссии при алкогольной зависимости у женщин / Н.И. Кисель, А.И. Мандель, Н.А. Бохан // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии : материалы XV научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН (Томск, 6-7 сентября 2011 г.). – Томск, 2011. – С. 212-213.
- 14. Кисель Н.И. Аудиовизуально-вибротактильная стимуляция в амбулаторной терапии патологического влечения к этанолу при ассоциированных формах алкоголизма / Л.И. Афтанас, Н.А. Бохан, А.Ф. Аболонин, И.Э. Анкудинова, В.Д. Евсеев, Н.И. Кисель // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011 – № 5. – С. 7-11.**

Тираж 100 экз.  
Отпечатано в ООО «Позитив-НБ»  
634050 г. Томск, пр. Ленина 34а