

coronary artery dominance in the adult human heart // J Anat. — 2006. — № 209 (1). — P. 43–50.

10. Omerbasic E., Hasanovic A., Omerbasic A., Pandur S. Prognostic value of anatomical dominance of coronary circulation in patients with surgical myocardial revascularization // Med. Arch. — 2015. — № 69 (1). — P. 6–9.

11. Takimura C. K., Lemos P. A., Perin M. A. et al. Angiographic geometric predictors of myocardial infarction are not associated with ultrasonographic markers of plaque vulnerability // Arq. Bras. Cardiol. — 2006. — № 87 (2). — P. 99–105.

12. Valgimigli M., Rodriguez-Granillo G. A., Garcia-Garsia H. M. et al. Plaque composition in the left main stem mimics the distal but not the proximal tract of the left coronary artery: influence of clinical presentation, length of the left main trunk, lipid profile, and systemic levels of C-reactive protein // J. Am. Coll. Cardiol. — 2007. — Vol. 2. — № 49 (1). — P. 23–31.

13. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles — 2014. — 207 p. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.Pdf.

РЕЗЮМЕ

Т. С. Жарикова, В. Е. Милуков, В. Н. Николенько

Индивидуально-типологическая и сочетанная изменчивость морфологических характеристик коронарных артерий

Главной причиной смерти и инвалидизации населения в большинстве стран мира являются заболевания сердца и сосудов. Состояние трофики тканей каждого органа определяется организацией сосудистого русла, что служит объективным критерием. Цель работы — определить индивидуально-типологическую и сочетанную изменчивость морфологических характеристик коронарных артерий взрослых людей второго периода зрелого и пожилого возраста. Исследованы коронароангиограммы 161 человека (мужчин и женщин в возрасте от 36 до 74 лет) без признаков патологических изменений коронарных артерий при помощи программ «Syngo Fast View», «ImageJ», «Adobe Photoshop CS7», «Microsoft Excel», «SPSS». Определены индивидуально-типологическая и сочетанная изменчивость морфологических характеристик коронарных артерий у людей различного возраста и пола в норме. Правая и левая коронарные артерии имеют 3 варианта по

длине основного ствола (короткие, средние, длинные) и 3 варианта взаиморасположения ветвей первого порядка: 1 — компактное (менее 47,42°; менее 45,43°), 2 — равномерное (47,42–83,78°; 45,43–82,77°), 3 — разреженное (83,78° и более; 82,77° и более соответственно) в зависимости от угла между ними (в диастолу, в град.). Полученные данные расширяют сведения об анатомии коронарных артерий в норме.

Ключевые слова: коронарные артерии, миокард, морфометрия, изменчивость.

SUMMARY

T. S. Zharikova, V. Y. Milyukov, V. N. Nikolenko

Individually typological and concomitant variability of morphological characteristics of the coronary arteries

Cardiovascular diseases are the leading cause of death and disability in the population in most developed countries. The organization of the vascular bed is an objective indicator of the state of the trophic tissue of any organ. The aim is to identify the individually-typological and concomitant variability of morphological characteristics of the coronary arteries in adults of the second period of mature and elderly. Materials and Methods: 161 coronary angiograms were investigated without evidence of pathological changes in coronary arteries of people of both sexes aged 36 to 74 years using the programs «Syngo Fast View», «ImageJ», «Adobe Photoshop CS7», «Microsoft Excel», «SPSS». Results: We identified the individually-typological and concomitant characteristics of the coronary arteries in people of different ages and sex in norm. Conclusions: Right and left coronary arteries have 3 types for the length of the main trunk (short, medium, long) and types of interposition of the branches of first order: 1 — compact (less than 47.420, less than 45.430), uniform (47.42 — 83.78; 45.43 — 82.77), 3 — sparse (more than 83.78, 82.77 or more, respectively) depending on the angle between them (in diastole). Received data about anatomy of coronary arteries allows a more objective approach to the definition of tactics of treatment of cardiac patients.

Keywords: coronary arteries, myocardium, morphometry, variability.

© Е. Р. Баранцевич, К. Г. Курашевич, 2015 г.

УДК [616.89-008.441-06:616.831]-07-

Е. Р. Баранцевич, К. Г. Курашевич

ПЕРСПЕКТИВЫ ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НА РАННЕЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кафедра неврологии и мануальной терапии факультета последипломного образования Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова; Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова, Санкт-Петербург

В настоящее время проблема алкогольных сомато-неврологических расстройств весьма актуальна,

что определяется значительным удельным весом этой патологии в структуре неврологических осложнений, временной нетрудоспособностью и социально-экономическими потерями. Патогенетические механизмы поражения нервной ткани при алкоголизме сложны и многообразны. Амфифильность молекул этанола обеспечивает его распределение в организме, как в водных, так и в липидных фазах, в первую очередь, в мембранах клеток центральной и периферической нервной системы [3]. Воздействие этанола на ЦНС, его способность проникать через гематоэнцефалический барьер влияет на функцию основных нейромедиаторных систем. Несмотря на то, что ацетилхолин является одним из основных нейромедиаторов ЦНС, данных о его роли в развитии алкоголизма имеется мало. Особое место среди холинергических препаратов,

Таблица 1

Оценка динамики качества жизни, регресса жалоб проводилась по опроснику SF-36 до лечения и через 60 дней терапии

Показатель	PF %	RP %	BP %	GH %	VT %	SF %	RE %	MH %
Группа I: до лечения	80,8	67,8	10,9	64,8	61,4	75,35	53,3	62,5
после лечения	84,2**	72,8***	10,7	65,7	65,8**	78,2**	66,2	66**
Группа II: до лечения	80,4	63,5	11,3	60,8	61,8	74,3	49,5	62,8
после лечения	83,4**	74,3***	10,7*	63,2**	63,2**	78,5**	62,8***	66,1**
Группа III: до лечения	80,7	62,1	12,3	61	61,3	71	54,3	64,7
после лечения	81,7	65,7**	12,6	61,5	61,7	71,8	60**	65,5

Примечание: * – $p < 0,01$; ** – $p < 0,05$; *** – $p < 0,005$.

обладающих вторичным нейропротективным эффектом, занимает ипидакрин. Механизм его действия связан с блокадой активности холинэстеразы в головном мозге и нервно-мышечном синапсе, избирательной блокадой калиевых каналов мембран, а также ингибированием бутирилхолинэстеразы, повышение концентрации которой отмечено при болезни Альцгеймера.

Целью исследования явилась оценка эффективности и безопасности препаратов нейромидин и метадоксил у больных с алкогольной энцефалопатией на ранней стадии заболевания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В открытое, сравнительное, контролируемое исследование вошел 101 пациент с диагнозом «Алкогольная энцефалопатия» вне острых неврологических состояний с высшим специальным образованием, занимающийся интеллектуальным трудом. Средний возраст — от 30 до 60 лет ($46,5 \pm 8,5$), обоего пола (мужчины — 68 %, женщины — 42 %). Длительность злоупотребления алкоголем соответствовала диапазону от 5 лет до 20 лет, в среднем $8,3 \pm 4,9$ года.

Критериями исключения были: тяжелое состояние пациента, затрудняющее оценку клинической эффективности исследуемых препаратов; гиперчувствительность к исследуемым препаратам; наличие серьезной сопутствующей патологии, затрудняющей интерпретацию результатов лечения; неспособность пациента понять процедуру исследования или невозможность посетить врача после лечения.

Больные АЭП были разделены на 3 группы. Первую группу составили 34 пациента, получающих

нейромидин по схеме: в растворе 15 мг в/м 10 дней, далее таблетки нейромидин 20 мг 1 т. 3 раза в день 2 месяца. Вторую группу составили 32 человека, получающих таблетки метадоксил 500 мг 1 т. 3 раза в день 2 месяца. Вазоактивная, антиоксидантная и антигипертензивная терапия была включена при необходимости. В группу сравнения вошли 35 пациентов, получающих только вазоактивную, антиоксидантную, антигипертензивную

терапию по требованию. Исключался прием пациентами контрольной и основных групп ноотропных препаратов, витаминов, препаратов тиоктовой и янтарной кислоты.

Всем пациентам проведено нейропсихологическое тестирование, являющееся объективным способом оценки когнитивных функций — от легких нарушений до деменции, наличие депрессии и тревожных состояний (таблицы Шульте, теста «10 слов» Лурия, краткая шкала оценки психического статуса — MMSE, шкала депрессии Бека). Качество жизни определялось по опроснику SF-36. Интерпретация нейропсихологических, электрофизиологических, нейровизуализационных показателей проводилась до и после лечения методами статистической обработки с использованием современных адекватных методик математико-статистического анализа («Microsoft Excell 2003» и «SPS 13.0», Past). Описательная статистика при нормальном распределении признака (в соответствии с результатами теста Колмогорова — Смирнова) представлена средним значением и стандартным отклонением ($M \pm SD$).

Перед началом терапии оценивались основные биохимические показатели крови. Инструментальное обследование включало нейровизуализацию головного мозга, исследование когнитивных вызванных потенциалов (Р300) до и после курсового лечения [7].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При объективном исследовании неврологического статуса преобладала микроочаговая рассеянная

Таблица 2

Результаты анализа КВП (Р 300)

	Группа I (n = 33)			Группа II (n = 30)			Группа III (n = 34)		
	30–40 лет	40–50 лет	50–60 лет	30–40 лет	40–50 лет	50–60 лет	30–40 лет	40–50 лет	50–60 лет
Латентный период, мс: до лечения ($M \pm m$) после лечения ($M \pm m$) р	314,3 \pm 4,4 313 \pm 4,6	334,5 \pm 6,06 328 \pm 5,1 <0,005	353,4 \pm 7,9 340,2 \pm 4,9 <0,005	323,1 \pm 3,4 318,5 \pm 2,65	333 \pm 7,6 327,4 \pm 6,3 <0,01	346,14 \pm 7,27 336,14 \pm 5,71 <0,005	325,2 \pm 4,3 324 \pm 4,6	346,6 \pm 6,6 345,5 \pm 5,8	348,1 \pm 6,7 341,6 \pm 4,9
Амплитуда, мкВ: до лечения ($M \pm m$) после лечения ($M \pm m$) р	7,8 \pm 1,12 9,3 \pm 0,85 <0,005	6,4 \pm 0,54 7,58 \pm 0,54 <0,005	5,64 \pm 0,58 7 \pm 0,82 <0,005	6,72 \pm 0,97 7,9 \pm 0,82 <0,005	5,9 \pm 0,73 7,1 \pm 0,6 <0,005	5,14 \pm 0,59 5,97 \pm 0,48 <0,005	6,9 \pm 1,4 7,16 \pm 1,4	5,7 \pm 0,8 5,9 \pm 0,78	5,49 \pm 0,51 5,63 \pm 0,54 <0,05

симптоматика. После проведения курсового лечения в основных группах отмечалась значимая положительная динамика в виде практически полного регресса субъективных жалоб, уменьшения неврологической недостаточности до минимальной. Напротив, в контрольной группе достоверных различий не наблюдалось. Отмечено незначительное улучшение, что, вероятно, было связано с отменой алкоголя на период лечения. У 9 (8,9 %) пациентов выявлено нарастание мозжечковой недостаточности.

Средний балл по шкале Бека во всех группах до исследования соответствовал легкой степени депрессивных расстройств (10 – 12 баллов). У 11 (10,8 %) пациентов наблюдалась умеренная депрессия, в большей степени за счет соматических проявлений. После лечения отмечалась нормализация эмоционального фона, уменьшение показателей по шкале до нормативных значений в группах сравнения I и II и медленной положительной динамикой при условии отказа от алкоголя в контрольной группе.

Изучение динамики и выраженности когнитивных расстройств также проводилось при помощи таблиц Шульте с зафиксированным позитивным эффектом нейромидина и метадоксила ($p < 0,005$) в виде уменьшения времени, затрачиваемого на исследование, ускорение сенсомоторных реакций. В контрольной группе была выявлена тенденция к нормализации временного промежутка с выраженной истощаемостью уже на половине исследования.

Результаты теста «10 слов» Лурия во всех группах исследования до лечения выявили преобладание забывчивости, истощаемость и нестабильность внимания. Воспроизведение соответствовало нижней границе нормы. Через час долговременная память у большинства обследуемых была снижена (М группа I = 7,7 слова; М группа II = 7,6; М группа III = 7,8). После лечения отмечалась статистически значимая нормализация долговременной памяти (М группа I = 8,2 слова; М группа II = 8; М группа III = 7,95), повышение воспроизведения слов, стабилизации внимания, уменьшение рассеянности.

Сравнительный анализ данных по шкале MMSE выявил, что средний балл до лечения во всех группах находился ближе к нижней границе нормы (26 – 27, min – max 25 – 30) и указывал на незначительные когнитивные нарушения (в большинстве случаев). После лечения в трех группах отчетливо прослеживалась положительная динамика в виде нормализации когнитивных функций, повышение суммарного показателя до 29 баллов (min – max 25 – 30).

Оценка динамики качества жизни, регресса жалоб проводилась по опроснику SF-36. В первой группе получено достоверное улучшение ($p < 0,05$) физической выносливости, активности, социальной адаптации, уменьшение болевого синдрома (вероятно, связанного с фиксацией и соматовегетативной дисфункцией – до 11 баллов по шкале Бека). Оценка

общего состояния, связанного с затратой сил на выполнение типовых занятий, у пациентов оставалась сниженной. Наибольшая эффективность лечения наблюдалась во второй группе. В контрольной же группе достоверное улучшение качества жизни ($p < 0,05$) достигнуто только в шкалах RP, RE (табл. 1).

КТ- и МРТ-исследование головного мозга выявило у 53 пациентов атрофические изменения (углубления кортикальных борозд преимущественно лобных долей и мозжечка), у 45 пациентов – расширение боковых желудочков до 16 – 18 мм на уровне отверстия Монро, у 43 пациентов – расширение III желудочка (9 до 11 мм), перивентрикулярные зоны лейкоареоза у 38 пациентов. Эти изменения не соответствовали пограничным изменениям Р300.

Анализ показателей КВП выявил снижение амплитудных значений Р300 ниже нормативных значений во всех возрастных группах, корреляцию с возрастом и сроком злоупотребления с нарастанием амплитудных значений и нормализация латентного периода в основных группах после лечения. В контрольной группе после лечения латентный период был приближен к нижней границе нормы (табл. 2). Отсутствие выраженных изменений латентности Р300 у пациентов от 30 – 40 лет на фоне лечения и отказа от алкоголя обусловлено изначально нормативными значениями и активной умственной деятельностью.

Таким образом, у пациентов с АЭП высока вероятность когнитивных нарушений и неврологической недостаточности уже на ранней, доклинической стадии заболевания. Включение в лечебный план антихолинэстеразных и метаболических препаратов изменяет течение заболевания, способствует благоприятному прогнозу для жизни в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранцевич Е. Р., Посохина О. В., Курашевич К. Г. Эффективность нейромидина при алкогольной энцефалопатии // Журн. неврол. и психиатрии. – 2011. – Т. 111. – № 3. – С. 49 – 53.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика. – М.: Практика, 1998.
3. Гнездицкий В. В. Вызванные потенциалы мозга. – М., 2003.
4. Иллариошки С. Н. Возрастные расстройства памяти и внимания: механизмы развития и возможности нейротрансмиттерной терапии // Невролог. журн. – 2007. – № 2. – С. 34 – 40.
5. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – М.: ОЛМА, 2007.
6. Семке В. Я., Мельникова Т. Н., Бохан Н. А. Нейробиологические механизмы алкоголизма (по данным зарубежной литературы последнего десятилетия) // Журн. неврол. и психиатрии. – 2002. – Т. 102. – № 8. – С. 61 – 65.
7. Harding A., Halliday A., Caine D. Degeneration of anterior thalamic nuclei differentiates alcoholics with amnesia // Brain. – 2000. – Vol. 123. – № 1. – P. 141 – 154.
8. Harper C., Corbett D. Alcoholism and dementia. Neuropathology Dementia. – Cambridge: Cambridge University Press, 1997. – P. 294 – 306.

9. Kucera P., Balaz M., Varsik P. Pathogenesis of alcoholic neuropathy // Bratisl. Lek. Listy. — 2002. — Vol. 103. — № 1. — P. 26 — 29.

10. Singleton C. K., Martin R. Molecular mechanisms of thiamine utilization // Curr. Mol. med. — 2001. — Vol. 1. — № 2. — P. 197 — 207.

РЕЗЮМЕ

Е. Р. Баранцевич, К. Г. Курашевич

Перспективы выявления и лечения алкогольной энцефалопатии на ранней стадии заболевания

Обследованы 101 пациент в возрасте от 30 до 60 лет с диагнозом «Алкогольная энцефалопатия». Они были разделены на 3 группы: 34 больным первой группы был назначен раствор нейромидина в дозе 15 мг внутримышечно в течение 10 дней, далее нейромидин в таблетках по 20 мг 3 раза в день в течение 2 месяцев. Вторую группу исследования составили 32 пациента с включенным в план лечения метадоксилом 500 мг 1 т. — 3 раза в день на протяжении 2 месяцев. В группу сравнения вошли 35 больных. Вазоактивная и антиоксидантная, гипотензивная терапия была включена по требованию. В основных группах к концу курсового лече-

ния отмечена положительная динамика в состоянии больных, улучшения их качества жизни.

Ключевые слова: алкогольная энцефалопатия, нейромидин, метадоксил.

SUMMARY

E. R. Barantsevich, K. G. Kurashevich

Perspectives for diagnostic and treatment in alcoholic encephalopathy at early disease stage

101 patients with alcoholic encephalopathy, aged from 30 to 60 years, were enrolled in the study. Patients were divided into three groups: 34 patients in the treatment group received neiromidin in a dose of 15 mg in solution during 10 days and then in tabs in a dose of 20 mg three times a day during 2 months; 32 patients in the treatment group received vasoactive, antioxidant treatment and metadoxil in a dose of 500 mg three times a day during 2 months. The comparison group included 35 patients receiving only vasoactive and antioxidant treatment. To the end of treatment, the positive changes in the state of patients reflected in the decrease in the number of complaints and neurological symptoms were seen in the treatment groups.

Keywords: alcoholic encephalopathy, neiromidin, metadoxil.

© А. А. Мартынова, 2015 г.
УДК 343.375:347.01

А. А. Мартынова

СИСТЕМА СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМО-ОТНОШЕНИЙ У ОСУЖДЕННЫХ ПО КОРЫСТНЫМ ПРЕСТУП-ЛЕНИЯМ В ИТУ В ПЕРВОНАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ОТБЫВАНИЯ НАКАЗАНИЯ

Кафедра психосоматики и психотерапии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета

ВВЕДЕНИЕ

Важнейшую роль в жизни любого человека играет семья. Семью осужденного можно рассматривать как семью, попавшую в трудную жизненную ситуацию, когда нарушается вся жизнедеятельность осужденного, которую он не способен преодолеть самостоятельно. Семья, находящаяся в трудной жизненной ситуации, — это семья, попавшая в ситуацию, объективно нарушающую жизнедеятельность членов семьи, превышающую ее обычный адаптивный потенциал и требующую для преодоления значительных психологических и материальных ресурсов. Наиболее важным для характеристики семьи является то, как семья себя ведет при столкновении с трудной жизненной ситуацией. Трудности и кризисы выступают средством

интеграции семьи, а значит, интеграция зависит от способности и умения семьи находить способы преодоления проблем. Способность семьи противостоять трудностям определяется не только индивидуальными особенностями членов семьи, но также и спецификой семейного функционирования [2].

Семья является тем институтом, который максимально воздействует на формирование личности, начиная с рождения. Семья дает средства к существованию, участвует в формировании мировоззрения, является первым коллективом, где человек учится считаться с другими, соотносить свои потребности с возможностями. Более того, в жизни человека это самый устойчивый коллектив. Роль семьи важна и в то время, пока осужденные находятся в исправительном учреждении для облегчения преодоления стрессовой ситуации у большинства из них [1].

Именно семья дает человеку возможность ощутить психологический комфорт, человеческое тепло и заботу, удовлетворенность жизнью [7]. В семье формируются определенные условия жизнедеятельности личности, в том числе и у осужденных: материальная обеспеченность семьи, причины и условия возникновения криминального поведения, влияние родителей, других родственников и членов семьи на осужденного, его правопослушное поведение и процесс исправления. Члены семьи своим собственным отношением к совершенному преступному деянию осужденного могут выражать присущую им социальную позицию (одобрение, осуждение, молчаливое согласие, активный протест, провоцирование, вовлечение в преступную