

НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ В РАЗВИТИИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

В. С. Григорьевских, В. М. Сироткин

Кафедра психиатрии Оренбургского медицинского института, курс медицинской генетики Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Церебральный атеросклероз — главная причина выключения из социальной жизни людей пожилого возраста, причем возникновение психоза чаще всего является первым сигналом «рокового течения церебрально-сосудистого заболевания» [1]. В этой связи представляют значение количественные оценки роли неблагоприятного наследственного отягощения как фактора риска в развитии психических нарушений при церебральном атеросклерозе.

В рамках эпидемиологического изучения больных жителей г. Оренбурга, стоящих на учете в психоневрологическом диспансере, были изучены истории болезни 523 страдающих атеросклеротическими психическими расстройствами и деменцией в возрасте 45 лет и старше. Репрезентативность проверена при сплошном обследовании одного из участков неспециализированной поликлиники города. Были собраны данные о наличии психических заболеваний и аномалий характера у родственников и другие генеалогические сведения в семьях пробандов.

Диагностическими критериями церебрального атеросклероза служили субъективные «сосудистые» жалобы больных на головную боль, головокружение, шум в голове, снижение памяти, а также объективные сведения о наличии атеросклеротических изменений сосудов глазного дна, аорты, подъемов артериального давления, рассеянной микроорганической симптоматики, полученные из поликлинических историй болезни при осмотрах специалистами — окулистом, рентгенологом, терапевтом, невропатологом. Оценка психопатологического состояния была основана на методе синдромологической идентификации [2]. Уровень заболеваемости среди родственников пробандов с различными психопатологическими формами атеросклеротических нарушений психики оказался неодинаков. Наиболее часто встречаются случаи церебрального атеросклероза без психических расстройств в семьях больных с деменцией (72,8%), нарушениями ясности сознания (63,6%), депрессивным (44,2%), галлюцинаторным (30,7%), параноидным (20,6%) синдромами.

У родственников пробандов личностные аномалии (психопатии) наблюдались чаще всего при параноидном (28,4%) и депрессивном (24,6%) синдромах. При других психопатологических синдромах отягощение психопатиями было реже: при деменции 12,4%, нарушениях ясности сознания — 10,9%, галлюцинаторном синдроме — 7,6%.

Семейная отягощенность шизофренией отмечалась относительно редко: в группе больных с галлюцинаторным синдромом — в 7,6%, параноидным — 1,9%, нарушениями ясности сознания — 1,8%, депрессивным — 1,4%, деменцией — 0,99%. Маниакально-депрессивный психоз наблюдался только в 2,2% семей у больных с депрессивным синдромом.

Очевидно, атеросклеротические нарушения психики имеют мультифакториальное генетическое предрасположение. Количественная оценка генетического вклада в эмпирический риск этих страданий была проверена нами по аппроксимирующей формуле Эдвардса (1969) на основе корреляции между кровными родственниками по подверженности болезни. Коэффициент генетической детерминации (H) для депрессивного, галлюцинаторного, параноидного синдромов, нарушения ясности сознания оказался достаточно высоким (в пределах 62—82), что указывает на значительную роль генетических факторов в развитии каждой из этих форм психоза. Вместе с тем деменция как наиболее выраженная форма органического сосудистого процесса в меньшей степени зависит от генетического фактора ($H = 44$).

Выявлены статистически достоверные различия ($P < 0,001$) коэффициентов генетической детерминации для лиц разного пола. Так, у женщин чаще устанавливается наследственное предрасположение к возникновению бредовых расстройств, а у мужчин — к депрессии. Между тем известна значительная распространенность депрессии среди женщин. Можно предположить, что у мужчин депрессии больше генетически детерминированы, в то время как у женщин наследственная склонность к депрессивным реакциям чаще реализуется по биологическим и эмоциональным особенностям женского организма, которые обуславлива-

ют повышенную подверженность экзогенным факторам риска (психогениям, соматогениям, интоксикациям, кровопотерям).

В 58 семьях атеросклеротические расстройства психики были зарегистрированы более чем у одного члена семьи. Фенотипический полиморфизм семейного атеросклеротического расстройства психики проявился следующими пропорциями синдромов: 26 пробандов страдали деменцией, 14 — депрессией, 9 — параноидом, 4 — галлюцинациями, 5 — нарушением сознания.

Для всех 58 семей были выполнены генеалогические схемы: только 17 из них иллюстрировали аутосомно-рецессивное наследование, то есть появление больного ребенка у фенотипически здоровых родителей; 17 генеалогических схем отражали наличие больных в двух поколениях, а 24 — в трех. Подобная вертикальная передача характерна для аутосомно-доминантного наследования. В этой ситуации появление больного ребенка у здоровых родителей может наблюдаться при так называемом феномене псевдорессива, объясняющегося неполной проявляемостью патологического генотипа. В целом ряде работ, рассматривающих количественные характеристики наследования мультифакториальных заболеваний, используются аналогии с мономерно-доминантным наследованием при неполной пенетрантности. При этом предполагается выделение одного основного аутосомного фактора, действие остальных совокупно оценивается уровнем его пенетрантности. С этой целью был использован подход В. М. Сироткина, И. Пазони, Р. Х. Фарзана (1973), которые применили для дифференцирования типа наследования дробные показатели. Было установлено, что отношение числа больных, имеющих здоровых родителей, к числу больных, имеющих хотя бы одного больного родителя, определяется различными математическими функциями для доминантного и рецессивного наследования в зависимости от популяционной частоты заболевания и уровня пенетрантности генотипа.

В наблюдавшейся нами серии семейных случаев атеросклеротических расстройств психики отношение числа больных, имеющих здоровых родителей, к числу больных, имеющих хотя бы одного родителя больным, оказалось равным единице. Согласно таблицам для дифференцирования типов аутосомного наследования [3], изученная нами серия семейных случаев атеросклеротических психозов более всего соответствует доминантному наследованию с неполной проявляемостью болезни в пределах пенетрантности, равной 0,5. Вместе с тем, согласно расчетам В. М. Сироткина, И. Пазони, Р. Х. Фарзана (1973), при пенетрантности более 0,5 количество семейных случаев в модельных популяциях должно быть равно количеству спорадических. В нашем же исследовании семейные случаи составили лишь 11,1% (58 из 523 больных).

Соответственно современным представлениям существует целый спектр промежуточных состояний между здоровьем и болезнью. По-видимому, остальные 38,9% учтенных нами больных имеют кровных родственников, находящихся вне поля зрения врачей, у которых могли бы быть обнаружены субклинические формы психических отклонений, обусловленные церебральным атеросклерозом.

Особенности генеалогических схем при атеросклеротических психозах, напоминающие аутосомно-доминантное наследование с неполной пенетрантностью, являются не более чем аналогией, использование которой в медико-генетическом консультировании возможно лишь с учетом мультифакториального генеза этого заболевания.

Приведенные данные свидетельствуют, что изучение семейного фона в каждом отдельном случае болезни с общим и церебральным атеросклерозом позволит индивидуализировать прогноз и профилактику сосудистых нарушений психики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Банщиков В. М. Атеросклероз сосудов головного мозга с психическими нарушениями. М., 1967.
2. Жариков Н. М. В кн.: Шизофрения. М., 1972.
3. Сироткин В. М., Пазони И., Фарзан Р. Х. Определение типа наследования при неполной генеалогической информации. Казань, 1973.
4. Edwards I. H. Brit. Med. Bull., 1969, 25, 58.

Поступила 28 декабря 1982 г.

УДК 616.89—008.1—073.173

КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ХРОНИЧЕСКИХ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

А. М. Валеева, Р. Б. Хасанова

ЦНИЛ (зав.— д. м. н. П. А. Цибульский) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина
Научный руководитель — член-корр. АМН СССР Н. М. Жариков

Значительное место в клинической картине хронического алкоголизма и алкогольных психозов занимают сосудистые нарушения. Электрофизиологические методы ис-