

Типологические варианты мужского алкоголизма в удэгейско-нанайской популяции Приморского края

Сообщение I. Клинические алгоритмы и предикторы, позволяющие идентифицировать нормативное потребление и варианты синдрома алкогольной зависимости

ГАЛАКТИОНОВ О.К.	д.б.н., профессор каф. психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом сексопатологии Института повышения квалификации (ИПК) Владивостокского государственного медицинского университета (ВГМУ)
ШОРИН В.В.	д.м.н., профессор, зав каф. психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом сексопатологии ИПК ВГМУ
УШАКОВ В.В.	ассистент каф. психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом сексопатологии ИПК ВГМУ
БАХАРЕВА О.С.	ассистент каф. психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом сексопатологии ИПК ВГМУ
ТЕРЕНТЬЕВА Ю.Б.	ассистент каф. психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом сексопатологии ИПК ВГМУ

С целью уточнения нозологических границ в аспекте этнопсихиатрии и этнонаркологии с помощью компьютерной технологии прослежены взаимосвязи клинико-динамических, биологических, наследственных и социальных факторов, влияющие на формирование, течение и исход синдрома алкогольной зависимости (САЗ) в двух мужских удэгейско-нанайских субпопуляциях Приморского края. Патокинез трех вариантов САЗ позволил очертить нозологические границы как в популяции в целом, так и на субпопуляционном уровне. Полученные результаты могут внести поправку в трактовку вариантов САЗ, а технология получения клинических алгоритмов позволит дифференцировать нормативное употребление от клинического полиморфизма болезни во всех ее проявлениях. Выявлен эффект гипотетического гетерозиса алкоголизма, объясняющегося метизацией славянским этносом. Разработана интегрально-методологическая стратегия, позволяющая классифицировать САЗ и нормативное потребление спиртного в мужской удэгейско-нанайской популяции с точностью до 98,5%.

Введение

В транскультуральных исследованиях естественных малых этнических популяций вопросы этиологии, патокинеза и патогенеза аддиктивной наркологической зависимости стоят очень остро. Особенно это касается алкоголизации коренных жителей Севера, проживающих в географически отдаленных районах, что делает их недоступными для своевременного медицинского обследования. Работа освещает две крупные проблемы, происходящие в малых этносах: этнопсихиатрическую, связанную с расстройством психического здоровья среди аборигенов Приморского края (транскультуральный аспект), и социально-политическую — отношение к этим проблемам со стороны местных чиновников всех рангов.

Анализ мировой литературы показывает, что в психиатрии представление о болезни зависит от теоретических предпосылок, с которыми исследователь подходит к идентификации и классификации. Критерии идентификации приблизительно одинаковы, и, за исключением сравнительно нечастых случаев, отнесение к классу *болен алкоголизмом* и *не болен* особых трудностей не представляет. Все исследователи справедливо утверждают, что практически ни один признак алкоголизма, рассматриваемый изолированно, не дает оснований для диагностики. Для создания стройного аппарата идентификации в психиатрии и наркологии необходимы изучение всей популяции психически больных и их окружения в пространственно-временном континууме, переход от умозрительных моделей к эмпири-

ческим, а от них — к общетеоретическим; получение достоверных сведений об эпидемиологии нормативных и отклоняющихся признаков. Важность этнонаркологической проблемы, при недостаточной изученности типологических границ алкоголизма, остается по-прежнему актуальной и послужила основанием данных исследований.

Представленные материалы анализируются в русле транскультуральной психиатрии, опирающейся на данные шестилетнего мониторинга психических расстройств двух субпопуляций, включающего в себя клинико-динамические, клинико-социальные, социокультуральные и клинико-генеалогические исследования. Несомненно, результаты комплексных научно-исследовательских экспедиций, полученные в разных этносах, имеют громадное познавательное теоретическое значение и, крайне редко, возможность практического использования. Анализ результатов приводит нас, не сторонних наблюдателей, а активных участников экспедиций, к необходимости пересмотра устоявшихся нозологических диагнозов в паникстных урбанизированных популяциях. В этнопсихиатрии и этнонаркологии остается много нерешенных задач и проблем, что является большим стимулом для развития науки. Нам хотелось бы показать, что интегративный подход в психиатрии, выявление клинико-динамических и клинико-социальных, клинико-генеалогических и психологических алгоритмов, несмотря на свою сложность, как в анамнестическом сборе материала, так и в интерпретации данных, — это мощный инструмент в познании

психики человека. Научиться владеть этим инструментом — неперенное стремление настоящих исследователей. Сложность распознавания и правильность интерпретации психопатологических симптомов из-за их многообразия диктует современной психиатрии использование в практике алгоритмов кластеризации. Для этого данные психических заболеваний берутся в качестве входа, а разбиение на нозологические кластеры является выходом.

В клинической этнопсихиатрии проблема расширения нозологических границ с помощью компьютерной технологии занимает особенно важное место. Ее использование не только корректирует объективный взгляд на психопатологическое состояние, но и заставляет исследователя искать другие решения, не лежащие на поверхности психиатрического мышления. Именно такой интегрированный подход позволяет отметить тонкие нюансы и привнести новые нозологические критерии в существующую диагностическую классификацию. Система клинической классификации, полученной с помощью математической и статистической взаимосвязи и клинического алгоритма, сведена к минимуму диагностических ошибок и субъективизма. Она теоретически обоснованна, логична и практически полезна для врача-психиатра и врача-нарколога. С практической точки зрения особый интерес представляют примеры клинических случаев для всех типологических классов алкоголизма и таблица клинических алгоритмов, которые показывают, что без интегрированного подхода, исходя из нозологической принадлежности индивида, невозможен другой важный этап в транскультуральных исследованиях — психотерапия. Предлагаемая стратегия мониторинга психических расстройств, учитывающая популяционные, социокультуральные, этнические и индивидуальные особенности, позволила авторам разработать комплексные дифференцированные программы лечения и психопрофилактики больного с различными формами алкогольной зависимости.

В исследованиях психической патологии у коренных жителей Дальнего Востока лишь в Хабаровском крае были проведены многопрофильные и целостные изыскания [10–14]. Что касается исследований психических расстройств в Приморском крае, то они носили поверхностный характер и авторы ограничились лишь тезисными сообщениями о частоте общей заболеваемости (без скрининга психических расстройств), о культуральных особенностях, традициях и обрядах аборигенов [18, 19, 26]. В целом, культурально-этнический аспект нервно-психических расстройств, наркотической зависимости и аддиктивного поведения является важной и быстро расширяющейся областью транскультуральных исследований. Такие работы необходимы врачам-психиатрам для понимания относительных границ нормы и патологии, в первую очередь, и оценки полиморфизма психических расстройств с учетом религиозно-социокультуральных и культурально-этнических особенностей разных популяций, во вторую [9]. Особую важность для практической психиатрии в данной работе приобретает клинко-эпидемиологический аспект, позволяющий охватывать ту часть населения, которая очень ограниченно или совсем не попадает в поле зрения медиков; отражать весь спектр психических расстройств, избегая систематических и случайных ошибок; осуществлять диагностику, прогноз и лечение индивида с учетом попу-

ляционной нормы. Тем самым обосновывается необходимость регулярных комплексных медико-биологических и практических исследовательских работ по созданию новых психокоррекционных программ, адаптированных для населения северных регионов.

Предметом и целью исследования явились определение классификационных принципов типирования мужского алкоголизма и разработка лечебно-профилактической программы в монголоидном этносе на примере удэгейско-нанайской популяции Приморского края.

Материал и методы исследования

В работе использованы материалы шестилетнего мониторингового исследования психических расстройств двух наиболее заселенных аборигенами территорий Приморского края — в с. Агзу Тернейского района и п. Красный Яр Пожарского района. Формирование исходного множества диагностических признаков проводилось в два основных этапа: на первом — выбор диагностической модели и определение ее параметров, на втором — применение статистического анализа.

Материалом исследования служило коренное население Приморского края, представленное на 1999 г.: удэгейцами (907 чел.), нанайцами (115 чел.), орочами (16 чел.) и тазами (204 чел.). В основном аборигены проживают в четырех районах Приморского края: *Тернейском* — 112 удэгейцев, 1 ороч; *Терней*, *Перетычиха*, *Агзу*; *Пожарском* — *Лучегорск* (76 удэгейцев), *Красный Яр* (399 удэгейцев, 115 нанайцев, 15 орочей), *Верхний Перевал* (128 удэгейцев), *Ясеньевый* (34 удэгейца), *Соболиный* (21 удэгейца), *Олон* (13 удэгейцев, 3 нанайца), *Охотничий* (2 удэгейца); *Красноармейском* — 122 удэгейца: *Дальнереченск*, *Дальний Кут*, *Санчихеза*, *Новопокровка*, *Вострцово*, *Рощино*, *Тимохово*, *Мельничное*, *Богуславец*, *Таборово*; *Ольгинском* — *Михайловка* — 204 тазов.

По антропологическим характеристикам удэгейцы и нанайцы относятся к североазиатской расе байкальского типа и в языковом отношении — к тунгусо-маньчжурской группе алтайской языковой семьи [4]. Анализ традиционной культуры удэгейцев и народов Приамурья позволяет этнографам сделать определенный вывод — этногенез удэгейцев на одну ступень выше, чем у нанайцев и других тунгусо-маньчжурских народов. Существует много косвенных доказательств, свидетельствующих о единых этнических корнях этих народов, отпочковавшихся в ранние века от тунгусского населения Прибайкалья и Сибири и мигрировавших на территорию Приамурья и в другие регионы Дальнего Востока. Традиция удэгейцев имеет шаманскую, праздничную, свадебную и промысловую одежду распахнутого типа также относится к древнему тунгусскому влиянию. С установлением советской власти удэгейцы полностью покончили с полукочевым бытом и перешли к оседлому образу жизни.

Демографические сведения п.Красный Яр. По спискам Красноярского поселкового совета на 1995 г. малочисленные народности Крайнего Севера насчитывают всего 506 чел., из которых 258 мужчин и 248 женщин, большей частью представленные удэгейской и нанайской национальностями. Удэгейцев зарегистрировано 390 чел. (77,1% от представителей малочисленных народностей), из них 206 мужчин и 184 женщины, что составило 79,8% от всех

мужчин, относящихся к малочисленным народностям, проживающим в поселке, и 74,2% от всех женщин. Нанайцев насчитывалось 106 чел. (20,9% от представителей малочисленных народностей), из которых 47 мужчин и 59 женщин, что составило 18,2 и 23,8% соответственно. Среди малочисленных народов зафиксировано еще 10 чел.: эвенки — 1 мужчина и 3 женщины, что составило 0,4% от мужской выборки и 1,2% от женской, орочи — 4 мужчины и 2 женщины, или 1,6 и 0,8% соответственно. Таким образом, в общей сложности удэгейско-нанайская популяция образована 496 чел., что составляет 98% среди малочисленных народов Крайнего Севера, проживающих в поселке Красный Яр.

Демографические сведения с.Агзу. Коренное население удэге Тернейского района проживает в с.Агзу, расположенном на расстоянии 700 км от районного центра. Сообщение воздушное, телефонной связи нет. Полностью отсутствует государственное снабжение продовольствием. Продукты питания завозятся частным путем, по мере осуществления вертолетных рейсов. Трудозанятость населения крайне низкая, так как в инфраструктуре с.Агзу остались действующими лишь административные учреждения: ФАП (фельдшерско-акушерский пункт), школа, детский сад, поселковое управление. Основным источником пропитания и дохода местного населения остаются охота, ловля рыбы и сбор дикоросов. Женщины преимущественно занимаются воспитанием детей, ведением домашнего хозяйства, собирательством женьшеня и дикоросов, некоторые из них — охотничьим и рыбным промыслом. По данным администрации сельского совета о численности населения по состоянию на сентябрь 2000 г., в с.Агзу проживает 202 чел., из них семей — 41. По национальному составу жители распределены следующим образом:

удэгейцы — 143 чел. (70,8%); русские — 57 чел. (28,2%); украинцы — 1 чел. (0,5%); татары — 1 чел. (0,5%).

В анализируемую группу вошли мужчины удэгейско-нанайской популяции, проживающие в с.Агзу и п.Красный Яр. По национальной принадлежности — удэгейцы, нанайцы, метисы со славянами и другими национальностями (табл. 1). Возрастные колебания от 18 до 65 лет. На приглашение пройти комплексное медицинское обследование откликнулось 65 (31,5% от проживающих) мужчин-удэгейцев п.Красный Яр и 41 (66,1% от проживающих) — с.Агзу.

Методами исследования явились: клинико-эпидемиологический, клинико-динамический, клинико-генеалогический (5—6 поколений) и биологический (ТЭП — тест этанолового пластыря). Основным инструментом для клинического исследования являлась разработанная на кафедре психиатрии, наркологии, психотерапии и сексологии ФПК и профессиональной переподготовки Владивостокского государственного медицинского университета базисная карта стандартизованного обследования больных алкоголизмом, адаптированная к этнокультуральным исследованиям.

Эпидемиологическая тактика, применяемая в работе, состояла из подворного обхода, перекрестного опроса родственников и соседей. Для сбора анамнестических сведений были привлечены жители всех домов двух поселков. В задачи исследования не входили получение и обработка информации о жителях, добровольно не откликнувшихся на обследование. Также использовались медицинская документация ФАП с. Агзу, Краснояровской сельской больницы и данные администраций этих поселков. Кроме того, начиная с 1995 г. осуществлялся

Таблица 1

Сведения о национальности (по самооценке) обследуемых и их родителей

Показатели	п. Красный Яр мужчины, n ₁ = 65		с. Агзу мужчины, n ₂ = 41		Итого, n = 106	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Национальность обследуемого:						
1. Удэгейско-нанайцы	53	81,5	21	51,2	74	69,8
2. Метис с русским	7	10,8	20	48,8	27	25,5
3. Метис с др. национальностью	5	7,7	0	0	5	4,7
Национальность отца:						
5. Удэгейско-нанайцы	57	87,7	23	56,0	80	75,5
6. Русский	4	6,15	18	44,0	22	20,7
7. Другая национальность	4	6,15	0	0,00	4	3,8
Национальность матери:						
8. Удэгейско-нанайцы	57	87,7	36	87,8	93	87,7
9. Русская	4	6,15	5	12,2	9	8,5
10. Другая национальность	4	6,15	0	0,00	4	3,8

ежегодный катамнез (курация), позволяющий уточнять и пополнять имеющиеся сведения.

Все мужчины, проходившие обследование, были опрошены по запланированной программе. Опрос о потреблении алкоголя проводился по анкете, включающей в себя ряд основных моментов. При опросе учитывали количественное потребление спиртного: разовую дозу,

обычно выпиваемую в течение одного алкогольного эксцесса с уточнением вида предпочитаемого алкогольного напитка и его дозы отдельно; максимальную разовую дозу; недельную дозу алкоголя, а также дозу первоначальных приемов и изменение ее на данный момент. Все анализируемые частотно-количественные показатели указанных алкогольных напитков пересчитывались на содер-

Таблица 2

Средние субпопуляционные клинико-динамические, культуральные и социальные признаки среди мужчин удэгейско-нанайской популяции Приморского края

Признаки	п. Красный Яр, n = 65 x SD	с. Азгу, n = 41 x SD
1	2	3
Клинико-динамические:		
1. Возраст (лет)	40,8 14,00	42,3 13,93
2. Толерантность к алкоголю (г спирта)	225,7 130,81	571,9 277,3
3. Недельная доза алкоголя (г)	143,5 263,04	826,8 1104,54
4. Дневная доза алкоголя (г)	113,8 77,34	342,1 154,01
5. Возраст первого потребления алкоголя (лет)	15,5 3,54	13,4 3,54
Симптом утраты защитного рвотного рефлекса		
6. Нет	0,48 0,50	0,22 0,42
7. Да	0,52 0,50	0,78 0,42
Утрата количественного контроля		
8. Никогда	0,62 0,49	0,02 0,16
9. Всегда	0,38 0,49	0,98 0,16
Алкогольные амнезии		
10. Никогда	0,36 0,48	0,02 0,16
11. Всегда	0,64 0,48	0,98 0,16
Алкоголизация утром		
12. Никогда	0,60 0,49	0,02 0,16
13. Всегда	0,40 0,49	0,98 0,16
Синдром отмены алкоголя (алкогольный абстинентный синдром — ААС)		
14. Нет	0,49 0,50	0,00 0,00
15. Есть	0,50 0,50	1,00 0,00
Темп течения		
16. Низкий	0,62 0,49	0,09 0,30
17. Средний	0,17 0,38	0,09 0,30
18. Высокий	0,20 0,40	0,80 0,40
Характер опьянения		
19. Эйфория	0,92 0,28	0,68 0,47
20. Сниженный фон настроения	0,04 0,20	0,29 0,46
21. Дисфория	0,04 0,20	0,02 0,16

Таблица 2. Продолжение

1	2	3
Годовая частота употребления		
22. Редко	0,26 0,44	0,49 0,51
23. Часто	0,62 0,49	0,51 0,51
24. Очень часто	0,12 0,33	0,00 0,00
Никотиновая зависимость		
25. Нет	0,28 0,45	0,07 0,26
26. Есть	0,72 0,45	0,93 0,26
27. Количество выкуриваемых сигарет	9,45 8,38	16,31 6,31
Культуральные		
Национальность отца		
28. Удэгейц-нанаец	0,89 0,31	0,56 0,50
29. Русский	0,07 0,26	0,44 0,50
30 Другая	0,04 0,18	0,00 0,00
Национальность пробанда		
31. Удэгейц-нанаец	0,82 0,38	0,51 0,51
32. Метис со славянами	0,12 0,33	0,48 0,51
33. Метис с другой национальностью	0,07 0,26	0,00 0,00
Наследственная отягощенность		
Алкоголизация отца		
34. Редко	0,08 0,28	0,19 0,40
35. Часто	0,34 0,48	0,48 0,51
36. Очень часто	0,57 0,50	0,34 0,48
Алкоголизация матери		
37. Редко	0,13 0,34	0,65 0,48
38. Часто	0,54 0,50	0,16 0,37
39. Очень часто	0,33 0,47	0,19 0,40
Социальные		
Образование		
40. Среднее	0,65 0,48	0,17 0,38
41. Среднее специальное	0,01 0,14	0,37 0,49
42. Высшее	0,09 0,29	0,00 0,00
43. Неполное среднее	0,24 0,43	0,46 0,50
Трудоустройство		
44. Рабочий	0,73 0,45	0,07 0,26
45. Служащий	0,07 0,27	0,00 0,00
46. Пенсионер	0,17 0,38	0,15 0,36
47. Безработный	0,02 0,14	0,76 0,43
Примечание. SD — среднееквадратичное отклонение. Все различия достоверны: $t = 2-4,7$; $P < 0,01-0,002$, за исключением возраста пробандов. Количественные показатели во второй части таблицы (признаков 6–47) в процентах, например: 0,48 0,50 соответствует 48%.		

жание количества граммов чистого этанола по методике Н. Г. Халтаева [24]. Суммируя отдельно каждое значение, получали разовую дозу и толерантность. Количество дозы, выпитой за неделю, определялось произведением разовой дозы на кратность приема спиртного за последний год с использованием коэффициента пересчета средней кратности потребления. Кроме этого, выясняли дату последнего употребления алкоголя и количество дней воздержания от спиртного. При сведениях об ограничении приема спиртного выясняли причины (медицинские, социальные) прекращения или снижения потребления. Уточняли наличие абстинентного синдрома, симптома потери контроля и алкогольной амнезии. На все вопросы предлагались уточняющие варианты ответов, с целью выяснения степени выраженности указанных признаков (по трехбалльной шкале) и возраста их возникновения. Средние клиничко-динамические, культуральные и социальные признаки среди мужчин в двух удэгейско-нанайских субпопуляциях Приморского края приводятся в табл. 2.

Классификация синдрома алкогольной зависимости. При формулировке диагноза руководствовались указаниями Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10). Стадия алкогольной зависимости устанавливалась в соответствии с критериями, принятыми в отечественной психиатрии и наркологии [7, 15]. Основными диагностическими критериями, согласно которым ставился диагноз САЗ, служили: утрата рвотного рефлекса, повышение количества систематически потребляемого алкоголя по сравнению с этапом эпизодического потребления, его плато или снижение дозы, наличие амнестических форм опьянения, сформированный ААС, патологическое влечение к спиртному и прием спиртного по несколько дней подряд, продолжение употребления алкоголя, несмотря на очевидные последствия: функциональное расстройство органов и систем, социальная дезадаптация (проблемы производственного характера — замечания и административные взыскания, вплоть до увольнения, нарушение межличностных, внутрисемейных отношений, расторжение брака), когнитивные расстройства, деградация личности (эгоизм, забвение альтернативных интересов в пользу употребления алкоголя, увеличение времени, необходимого для приобретения, приема алкоголя или восстановления после его употребления) и т.д.

При наличии сочетанной патологии руководствовались указаниями МКБ-10: кодировалось столько диагнозов, сколько необходимо для того, чтобы отразить полную клиническую картину, выделяя один из них в качестве основного, остальные — в качестве вспомогательных. При этом отдавалось предпочтение диагнозу, который соответствует цели, преследуемой в нашей статистической работе. При сомнениях в выборе основного диагноза кодирование осуществлялось в соответствии с порядковыми номерами диагнозов в данной классификации.

Комплексное обследование включало опрос о наличии проявлений флэш-реакции (ФР) и дозах, ее вызывающих, возможности дальнейшего приема алкоголя после появления симптомов ФР. Выясняли частоту появления после употребления алкоголя основных субъективных симптомов ФР: покраснение лица, покраснение тела, чувство жара, сердцебиение, головная боль, головокруже-

ние, тошнота, сонливость, слабость, потливость, затруднение дыхания, зуд. Для этого обследуемых просили указать, как часто после употребления алкоголя они отмечают вышеуказанные симптомы. Так как большинство зарубежных авторов, исследовавших проблему ФР у монголоидов, указывает на наибольшую встречаемость у флэш-позитивных лиц признака «покраснения лица» из всех симптомов флэшинга, то именно этот показатель был взят нами за основу при разделении общей популяции на *флэш-позитивных* и *флэш-негативных* лиц.

Для объективизации исследования характера ФР всем обследуемым проводился этаноловый пластырный тест (ТЭП). Суть его заключается в том, что у лиц с неактивной АльДГ₂ при нанесении этанола на кожу метаболит последнего (ацетальдегид) накапливается в коже и вызывает возникновение местной эритемы. У флэшеров дополнительно уточнялось количество принятого алкоголя (в миллилитрах), которое приводило к появлению флэш-синдрома, а также выяснялась возможность дальнейшего употребления алкоголя после возникновения симптомов ФР. Все обследуемые были опрошены на наличие ФР у их родителей (предлагалось также 3 варианта ответа), выяснялась частота потребления алкоголя родителями на протяжении их жизни.

Определение параметров диагностической модели производилось методом многомерного статистического анализа [8]. Для получения клинических алгоритмов с целью распознавания наркологической патологии и классификации в работе применялась интегрально-методологическая стратегия (ИМС), позволяющая ускорить процесс определения достоверных, эмпирически обоснованных клинических норм для различных когорт обследуемых [2, 6, 25]. Банк анамнестических данных обрабатывался методами главных компонент и дискриминантного анализа, позволяющими проводить большой объем вычислений. Анализ структуры многомерных данных предназначен для агрегирования взаимосвязанных признаков, изучения многомерных различий между кластерами и использования нескольких переменных, позволяющих отнести объект к некоторому кластеру — классификации. Краткое описание статистических процедур дано по ходу изложения материала.

Результаты и обсуждение

Первичный скрининг по результатам клиничко-эпидемиологических исследований (табл. 3) среди мужчин (18—65 лет) двух удэгейско-нанайских субпопуляций Приморского края (с. Агзу, п. Красный Яр) позволил выявить (МКБ-10) следующие психические и поведенческие расстройства: САЗ (36 чел., 87,8%; 45 чел., 69,2% соответственно); аффективные расстройства (0 чел.; 2 чел., 3,1% соответственно); личностные расстройства (0 чел.; 1 чел., 1,5% соответственно); невротические расстройства (0 чел.; 1 чел., 1,5% соответственно); органические заболевания ЦНС (0 чел.; 2 чел., 3,1% соответственно); психозы (1 чел., 2,4%; 2 чел., 3,1% соответственно); другие психические расстройства (ПР) (2 чел., 4,9%; 4 чел., 6,2% соответственно); без ПР (2 чел., 4,9%; 8 чел., 12,3% соответственно). Заболеваемость наркологической патологией на 2000 г. составила в с. Агзу 270,7 на 1000 чел., в п. Красный Яр — 88,9 на 1000 чел.

Таблица 3

Общий спектр психических и поведенческих расстройств у мужчин в двух удэгейско-нанайских субпопуляциях Приморского края (с. Агзу, п. Красный Яр) при первичном скрининговом исследовании

Психическая патология	с. АГЗУ, N = 41		п. Красный Яр, N = 65		Всего, N = 106	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Алкоголизм	36	87,8	45	69,2	81	76,4
Аффективная	—	0	2	3,1	2	1,9
Личностная	—	0	1	1,5	1	0,95
Невротическая	—	0	1	1,5	1	0,95
Органическая	—	0	2	3,1	2	1,9
Шизофрения	1	2,4	2	3,1	3	2,8
Прочие расстройства	2	4,9	4	6,2	6	5,7
Отсутствие патологии	2	4,9	8	12,3	10	9,4
Итого	41	100,0	130	100,0	106	100,0

Указанный подход ИМС реализовывался в 2 этапа:

на первом осуществлялся метод главных компонент (МПК), изначально предназначавшийся для агрегирования (объединения) взаимосвязанных признаков, т.е. классификации переменных, и являющийся одним из самых простых способов изучения многомерных вариаций;

на втором использовался дискриминантный анализ, осуществляющий минимизацию вероятности ошибочного отнесения объектов к заданным классам, оценки диагностической значимости признаков и предсказания принадлежности объекта к некоторому классу.

При анализе первого блока 72 клинико-динамических и социальных показателей у 106 мужчин удэгейцев и нанайцев (первый этап) были получены 8 интегральных показателей (ИП), объясняющих 54% общей изменчивости и позволяющих оценить:

первый ИП, обозначенный нами как *синдром алкогольной зависимости — нормативное употребление*, учитывает основную симптоматику этнического клинического полиморфизма и дифференцирует употребление спиртных напитков от злоупотребления ими;

второй ИП, или показатель *анозогнозии*, определяет отсутствие осознания болезни алкогольной зависимости;

третий ИП — *возрастная изменчивость* — указывает на достоверно значимую корреляцию биологического возраста только лишь с двумя социальными характеристиками обследуемого, что позволяет рассматривать все остальные показатели без регрессионной поправки;

четвертый ИП, обозначенный как *частота употребления алкоголя*, позволяет оценить интенсивность САЗ либо как активную на фоне высокой разовой дозы и годовой частоты употребления алкоголя, либо как САЗ эпизодического характера с измененным качеством опьянения в виде дисфории;

пятый ИП, означающий *алкоголизм родителей*, выражает наследственную предрасположенность и семейный

алкоголизм. Он позволяет разделить объекты, с одной стороны, на лиц, имеющих наследственную отягощенность от обоих родителей, указывающую на низкую прогредиентность болезни, с другой стороны, на лиц без семейной трансмиссии алкоголизма, но с высокой прогредиентностью. Полученный в наших исследованиях результат не соответствует данным исследований в урбанизированных славянских популяциях, что может быть связано с особенностями ферментативной утилизации этанола у лиц данной этнической принадлежности. Объяснение полученного феномена будет рассмотрено ниже;

шестой ИП, обозначенный как *симптом утраты рвотного рефлекса*, позволяет судить о реакции ЖКТ на интоксикационные дозы этанола, что является достаточно точным признаком начала заболевания. Этот ИП выделяет две подгруппы: индивидуумов с высшим образованием, наличием рвотного рефлекса, не имеющих никотиновую зависимость, и лиц, курящих, без рвотного рефлекса на алкоголь;

седьмой ИП, названный нами *национальное отношение*, отражает этническую характеристику объекта и его родителей по отношению к своей национальности;

восьмой ИП, или *критика к алкоголизации*, позволяет выделить объекты, отрицающие свою алкогольную зависимость на фоне высокой общепопуляционной частоты САЗ и, наоборот, осознающие уровень своей алкоголизации. Представляет интерес, что данный ИП является самостоятельным, не взаимосвязанным с выше выделенным ИП *анозогнозия*.

В целом, выявленные ИП позволили “сжать” первоначальные исходные 72 признака до восьми и получить наиболее значимые клинико-динамические и социальные характеристики, необходимые для дальнейшего пошагового многомерного статистического анализа.

Считается, что по характеру потребления алкоголя у флашеров в сравнении с нефлашерами можно думать

о более частом формировании запойного типа пьянства и симптомов алкогольной зависимости у флаш-позитивных лиц в результате большей частоты и больших доз потребляемого алкоголя. Обсуждаемые данные резко не согласуются с данными литературы, где указывается, что у флашеров практически никогда не формируется алкогольная зависимость вследствие редкого приема малых доз алкоголя [27, 28, 31]. Поэтому нами была предпринята попытка проанализировать собственно характер ФР у аборигенов Приморского края. Следует напомнить [29, 30], что симптомы флашинга путем ТЭП и большая вариабельность внешних проявлений флашинга весьма субъективны, в отличие от высокоинформативного объективного способа фенотипического выявления дефицитной АльДГ₂ и результатов прямого генотипирования АльДГ₂. Последние методики нами не проводились и не входили в наши задачи. Но, как отмечал Р.Н. Wolff [32], «насколько долго этническая группа будет способна сохранять традиционные культурные ценности, столько времени флашинговый ответ будет препятствовать злоупотреблению алкоголем. Однако, когда традиционные ценности повержены вследствие исторических или политических обстоятельств, лица с флашингом могут становиться уязвимыми к злоупотреблению алкоголем». Поэтому в наших исследованиях сделана попытка найти корреляции между выявленными субклиническими формами САЗ и вегетативными проявлениями в виде субъективной ФР.

При анализе второго блока 25 соматовегетативных показателей (ФР на прием спиртного) у 106 мужчин удэгейцев и нанайцев (второй этап) получены 5 ИП, объясняющих 67,1% общей изменчивости и позволяющих оценить:

первый ИП как *семейный флаш лица*, объединивший переменные, указывающие на наличие у объекта ФР лица, наследование у него ФР по отцовской и материнской линии (что косвенно подтверждает теорию о генетической передаче качественного и количественного содержания АльДГ₂);

второй ИП как *оценка биологической защиты организма* открывает проблему психофизиологической реакции организма, возникшую в ответ на развившуюся ФР в «классическом» варианте, что, в свою очередь, разграничивает объекты на две разнонаправленные группы с наличием и отсутствием психофизиологического ответа на употребление спиртного;

третий ИП как *вегетососудистая дистония* указывает на достоверно значимую корреляцию показателей слабости, тошноты, сонливости и позволяет предположить наличие вегетососудистого компонента в случае наблюдения этих симптомов;

четвертый ИП как *сердечно-сосудистая вегетативная реакция*, объединивший переменные (одышку, сердцебиение, головокружение) изолированно от симптомов вегетососудистой дистонии, вошедших в третий ИП, и объясняет, вероятно, лабильность симпатического отдела ЦНС в ответ на поступление этанола в организм, что наблюдается у одних индивидуумов и отсутствует у других;

пятый ИП как *классическая флаш-реакция* отражает и дополняет два однонаправленных признака — *флаш тела* и *положительный ТЭП* — у лиц с низкоактивной формой фермента АльДГ₂ и, напротив, отрицательный ТЭП при отсутствии кожной гиперемии тела с наличием нормальной АльДГ₂.

Выявленные ИП позволили сократить число первоначальных исходных 25 признаков до пяти наиболее значимых соматовегетативных характеристик, проявляющихся в виде ФР после приема спиртного и необходимых для дальнейшего пошагового многомерного статистического анализа.

Дискриминантный анализ, применяемый в дальнейшей нашей работе, относится ко второму этапу обработки первичных данных. Востребованность данного метода вызвана несколькими причинами, позволяющими:

определить влияние основных переменных на дискриминацию;

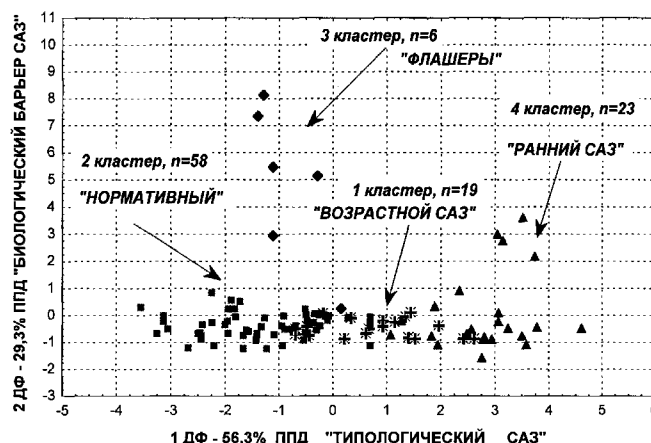
вычислить дискриминантный показатель для любой новой обследуемой подгруппы и либо определить ее принадлежность к одной из групп, либо вынести за пределы;

оценить диагностическую значимость ИП и классификацию точности предсказания наркологической патологии.

Вновь полученные с помощью дискриминантного анализа детерминанты вносят существенную систематизацию в последовательность и интерпретацию для исследуемых объектов. Под *психопатологической детерминантой* (ППД) мы понимаем аналитическое представление закономерностей, включающих совокупность интегральных клинко-динамических, социальных и соматовегетативных переменных, вносящих наибольшую значимость в сходство или различия (признаков, объектов, кластеров, групп) и ассоциированных с САЗ [2]. В этом случае детерминированный подход к изучению изменчивости переменных признается не вероятностным, а имеет строго определенный результат, при котором исключаются случайные воздействия. Иначе говоря, в детерминированной модели выбирается та стратегия, которая в решении задачи гарантирует лучший аналитический результат в данной совокупности входных значений.

В табл. 4 представлены стандартизованные коэффициенты ИП, показывающие их вклад в значение дискриминантных функций и определяющие различные формы САЗ.

Резюмируя результаты комплексного исследования и всестороннего анализа, по мере выявления предпосылок, наиболее значимых ИП, детерминант и клинических за-



Распределение объектов по ИП клинко-динамических и соматовегетативных переменных в пространстве 1-й и 2-й дискриминантных функций (ДФ) — 85,6 % дискриминантной возможности. ППД — психопатологическая детерминанта. ИП — интегральный показатель. САЗ — синдром алкогольной зависимости.

Таблица 4

**Вклады стандартизованных дискриминантных коэффициентов основных интегративных признаков
для дифференциации клинических вариантов САЗ**

Переменные	Дискриминантные функции		
	I	II	III
Синдром алкогольной зависимости — нормативное употребление	0,944*	—0,098	—0,068
Анозогнозия	—0,016	—0,261	—0,047
Возрастная изменчивость	1,045*	0,086	—0,205
Частота употребления алкоголя	—0,285	—0,031	—0,047
Алкоголизм родителей	—0,015	0,015	—0,903*
Симптом утраты рвотного рефлекса	0,006	—0,046	—0,711*
Национальное отношение	0,903*	—0,031	0,162
Критика к алкоголизации	0,308	—0,052	0,090
Семейный флаш лица	—0,005	0,160	—0,720*
Оценка биологической защиты организма	—0,250	—0,126	—0,136
Вегетососудистая дистония	—0,006	—0,249	—0,333
Сердечно-сосудистая вегетативная реакция	—0,603*	—0,920*	0,081
Классическая флаш-реакция	—0,001	—0,931*	0,045
Степени свободы	39	24	11
-квадрат	274,2	142,6	53,7
Собственные значения	2,91	1,51	0,74
Относительное процентное содержание	56,3	29,3	14,4
Каноническая корреляция	0,86	0,77	0,65
Уровень значимости, P <	0,00001	0,00001	0,001
Лямбда Уилкса	0,06	0,23	0,57
Примечание. Звездочкой обозначены значимые вклады дискриминантных функций			

кономерностей, мы идентифицировали различные типы течения алкоголизма в удэгейско-нанайской популяции среди мужчин, проживающих в Приморском крае. Несмотря на то, что данные получены лишь для той части населения, которая не избегала контакта с психиатрами, по результатам анализа можно в значительной мере интерпретировать исход и прогноз алкоголизма в целом для местной популяции. Потребление и злоупотребление спиртным в архаичных монголоидных этносах носят негативный характер, а болезнь отличается остротой и большим полиморфизмом, зависящим от различных социокультуральных факторов, метизации, наследственной отягощенности и последствий социально-экономических реформ. Потребление алкоголя в данном этносе характеризуется эпизодическим (по мере приобретения) прие-

мом токсических доз преимущественно крепких спиртных напитков; значителен удельный вес интенсивных потребителей алкоголя при малом числе абстинентов, абстинеров и систематически пьющих [1].

Последний этап комплексного статистического анализа указал на правомерность только восьми из 13 первоначальных полученных ИП (табл. 4, рисунок), которые в дальнейшем могут быть использованы в качестве *алгоритма клинической диагностики САЗ и нормативного употребления алкоголя* в контексте этнической наркологии. Сочетания ИП были сведены в три ППД, в которых алгоритм распознавания объектов связан с оценкой многомерной близости индивидов в исходном пространстве признаков. Эти ППД привели нас к достоверному диагностическому эффекту идентификации и классифика-

ции САЗ и нормативного употребления среди мужчин удэгейско-нанайской популяции:

типологический САЗ — объясняет и указывает на полиморфизм, трансформацию САЗ и условия, способствующие сдвигу реактивности организма и патоморфозу алкоголизма;

биологический барьер САЗ — отражает максимальное проявление ФР и указывает, по-видимому, на низко активную форму фермента АльДГ₂;

трансмиссия САЗ — раскрывает эффект трансформации флаша лица в типологии САЗ.

В группе обследуемых 106 мужчин-удэгейцев по трем ППД (8 интегральных показателей из 13) клинико-динамическим, соматовегетативным показателям и генеалогическим данным с высокой степенью достоверности ($P < 0,001$ — $0,0001$) классифицированы три варианта САЗ и «нормативное» употребление алкоголя.

Первый кластер (19 чел. — 9,5% от общей выборки) составляют лица с развернутой клинической картиной заболевания, имеющие, согласно МКБ-10, *инволюционный САЗ*, характеризующийся конкретными предпосылками и детерминантами, участвующими в патокинезе заболевания, а именно:

более позднее знакомство со спиртным (14,0 4,2 года);

большой временной интервал между систематическим употреблением спиртного и формированием ААС (10—15 лет и более), что указывает на низкую прогредиентность САЗ;

резкое повышение толерантности с коротким по продолжительности периодом плато и последующим снижением переносимости алкоголя (417,8 266,4 г этанола);

удлинение и утяжеление ААС (7—10 дней);

умеренно выраженная ФР лица на употребление средних и высоких дневных доз алкоголя (198,4 145,0 г этанола);

абсолютная (100%) наследственная отягощенность алкоголизмом со стороны отца и очень высокая — со стороны матери;

низкая частота метизации обоих родителей;

абсолютная частота соматической патологии различных органов и систем;

социальная и личностная дезорганизация;

личностные особенности — утомляемость, вялость, чувство собственной неполноценности, обидчивость, чувствительность, раздражительность, злопамятность, пессимизм.

Второй кластер (58 чел. — 54,7% от общей выборки) составляют лица (см. рисунок), которых по интенсивности алкоголизации следует отнести к среднестатистической (популяционной) норме со следующими проявлениями заболевания:

возраст первого потребления спиртного — 15,6±2,9 года;

возраст регулярного потребления — 21,7±6,0 года;

толерантность — 336±286,2 г этанола;

дневная (разовая) доза — 180,6±151,9 г этанола;

недельная доза — 254,1±508,2 г этанола;

национальность отца пробанда в 94% случаев оказалась удэгейской, матери — в 98% случаев тоже удэгейской. Сам пробанд в 93% наблюдений относил себя к удэгейско-нанайской национальности;

личностные характеристики — жизнерадостность, общительность, оптимизм, сознание собственной правоты, уверенность в себе;

прогредиентность САЗ низкая (10—15 лет).

Третий кластер (6 чел. — 5,7% от общей выборки) представлена индивидами (см. рисунок) с признаками «типичного» флаша в сочетании с одышкой, сердцебиением, головокружением, но с наиболее благоприятной картиной частотно-количественного потребления алкоголя:

возраст первого потребления спиртного — 16,7±3,8 года;

возраст регулярного потребления — 26,6±7,3 года;

толерантность — 180,0±73,8 г этанола;

дневная (разовая) доза — 103,3±52,8 г этанола;

недельная доза — 105,8±116,6 г этанола;

прогредиентность — низкая в 50% и средняя в 50%; «флашеры» имеют абсолютную частоту наследственной отягощенности алкоголизмом со стороны отца — 6 чел. (100%) и высокую частоту по материнской линии — 4 чел. (66,7%);

отцы и матери пробанда в 100% (6 человек) случаев оказались удэгейской национальности;

флаш лица и тест оказались положительными в 100% (6 чел.) случаев, ФР тела оказалась только в 33,3% (2 чел.) случаев;

личностные характеристики — застенчивость, робость, нерешительность, тревожность, мнительность, боязливость, склонность к субдепрессивным реакциям.

Четвертый кластер (23 чел. — 21,7% от общей выборки) объединил больных (см. рисунок) с формированием *ювенильного* (раннего) САЗ, являющегося наиболее неблагоприятным в прогностическом отношении вариантом САЗ, со следующими характеристиками:

возраст первого потребления спиртного — 12,5±3,8 года;

возраст регулярного потребления — 20,3±3,0 года;

толерантность — 470,5±216,9 г этанола;

дневная (разовая) доза — 289,0±178,2 г этанола;

недельная доза — 922,2±1234,1 г этанола;

прогредиентность — высокая (1—6 лет);

алкоголизм отца — 18 чел. (78,2%), алкоголизм матери — 9 чел. (39,1% случаев);

отец пробанда в 69,6% (16 чел.) случаев оказался болен алкогольной зависимостью, мать пробандов — в 84,2% (16 чел.). Национальность пробанда в 73,9% (17 чел.) была метизирована со славянской популяцией;

личностные характеристики — слабохарактерность, подчиняемость, подверженность влиянию окружающих, раздражительность, нетерпеливость, беспокойство, сознание собственной правоты, повышенная самооценка, бесцеремонность, склонность к беспричинному колебанию настроения.

Таким образом, полученные результаты идентификации и классификации позволяют перейти к малоизученным и спорным вопросам этнической наркологии — к типологии алкоголизма и нормативному потреблению спиртного с помощью оценки предикции и выявленных клинических алгоритмов диагностики. Ценность полученной информации приводит нас к следующим выводам:

1. Результаты клинко-эпидемиологических исследований среди мужчин (18—70 лет, N=106) двух удэгейско-нанайских субпопуляций Приморского края (п. Красный Яр, $n_1 = 65$; с. Агзу, $n_2 = 41$), позволил выявить следу-

ющие психические и поведенческие расстройства (МКБ-10): САЗ — 36 чел. (87,8%) и 45 чел. (69,2% соответственно); аффективные расстройства — 0 чел. и 2 чел. (3,1% соответственно); личностные расстройства — 0 чел. и 1 чел. (1,5% соответственно); невротические расстройства — 0 чел. и 1 чел. (1,5% соответственно); органические заболевания ЦНС — 0 чел. и 2 чел. (3,1% соответственно); шизофрения — 1 чел. (2,4%) и 2 чел. (3,1% соответственно); другие психические расстройства — 2 чел. (4,9%) и 4 чел. (6,2% соответственно); без психических расстройств — 2 чел. (4,9%) и 8 чел. (12,3% соответственно). Доля абсолютных абстинентов оказалась крайней редкой и выявлена только в двух случаях — по одному в каждой субпопуляции. Заболеваемость наркологической патологией на 2000 г. составила в с.Агзу — 270,7 на 1000 чел., в п.Красный Яр — 88,9 на 1000 чел. Различия заболеваемости в изучаемых субпопуляциях очевидны — в с. Агзу они в 3 раза больше. Клиническая гипердиагностика в наших исследованиях исключается, поскольку проводилась одними и теми же врачами по стандартизованным методикам для этнокультуральных исследований. Наркологическую ситуацию на период 2000 г. в удэгейско-нанайской популяции Приморского края можно отнести к самой неблагоприятной, сложившейся в центральных областях России (Тульская — 189,2; Новгородская — 183,7 на 1000 чел.).

2. При анализе 72 клинико-динамических и социальных показателей у 106 мужчин удэгейцев и нанайцев получены 8 ИП, объясняющих 54% общей изменчивости: *синдром алкогольной зависимости — нормативное употребление, анозогнозия, возрастная изменчивость, частота употребления алкоголя, алкоголизм родителей, симптом утраты рвотного рефлекса, национальное отношение, критика к алкоголизации*. Анализ взаимосвязи 25 соматовегетативных показателей (ФР на прием спиртного) у 106 мужчин-удэгейцев позволил получить 5 ИП, объясняющих 67,1% общей изменчивости: *семейный флэш лица, оценка биологической защиты организма, вегетососудистая дистония, сердечно-сосудистая вегетативная реакция, классическая ФР*.

3. Изучение патокинеза САЗ позволило выявить связь между преморбидом больного и первоначальной причиной дебюта, интенсивностью влечения и вариантами (формами) САЗ. Особенности клинико-генеалогических и культуральных факторов позволили сделать следующие

выводы: индивиды с *ювенильным типом САЗ* отличались стремительным и более тяжелым течением за счет больших интоксикационных разовых и недельных доз этанола, наследственной предрасположенности со стороны отца-славянина и матери удэгейско-нанайской национальности. Иная картина наблюдается в случае *инволюционного САЗ*, где низкая прогрессивность процесса, удэгейско-нанайская национальность и абсолютная наследственная отягощенность алкоголизмом у родителей, уровень болезненных проявлений достигает переходной II—III стадии.

4. При помощи дискриминантного анализа и процедуры пошагового анализа с включением были определены три дискриминантные функции — ППД.

Первая функция содержит 56,3% общих дискриминантных возможностей и представлена четырьмя ИП: *возрастная изменчивость, синдром алкогольной зависимости — нормативное употребление, национальное отношение, сердечно-сосудистая вегетативная реакция*.

Во *второй функции* значимая роль отводится двум ИП — *классическая ФР* и *сердечно-сосудистая вегетативная реакция*, — содержащим 29,3% дискриминантных возможностей.

Третья функция (14,4% дискриминантных возможностей) представлена тремя интегральными переменными: *алкоголизм родителей, симптом утраты рвотного рефлекса, семейный флэш лица*.

5. Для достоверности диагностического эффекта идентификации и классификации САЗ восемь ИП были сведены в три ППД: *типологический САЗ, биологический барьер САЗ, трансмиссия САЗ, флэша лица*.

Достоверность классификации и точности предикции 106 мужчин удэгейско-нанайской популяции по совокупности восьми ИП — трех ППД (табл. 5) с точностью до 98,5% правильно предсказывает дифференциацию для четырех кластеров: *инволюционный САЗ* ($n_1=19$ —9,5% от общей выборки), *нормативное употребление* ($n_2=58$ — 54,7% от общей выборки), *флашеры* ($n_3=6$ —5,7% от общей выборки) и *ювенильный САЗ* ($n_4=23$ — 21,7% от общей выборки).

Абсолютная доля (100%) классифицированных мужчин (табл. 5) наблюдается *во втором кластере* (см. рисунок), в котором диагностический эффект определяется психопатологической детерминантой *этнического САЗ*, представленной тремя интегральными клиническими и

Таблица 5

Классификационная матрица предикторов САЗ и нормативного употребления по ППД

Классы	Точность, %	1-й кластер, P = 0,179	2-й кластер, P = 0,547	3-й кластер, P = 0,057	4-й кластер, P = 0,217	N
Инволюционный САЗ ($n_1=19$)	78,9	15	2	0	2	19
Нормативное употребление ($n_2=58$)	100,0	0	58	0	0	58
«Флашеры» ($n_3=6$)	83,3	1	0	5	0	6
Ювенильный САЗ ($n_4=23$)	95,7	1	0	0	22	23
Итого	98,5	17	60	5	24	106
Примечание. ППД — психопатологические детерминанты. САЗ — синдром алкогольной зависимости. Строки — наблюдаемые объекты; столбцы — предсказанные объекты.						

Особенности этнонаркологической типологии САЗ у мужчин в удэгейско-нанайской популяции

Этнонаркологические типы САЗ	Стадии САЗ, по Н.Н.Иванцу	Клинико-динамические особенности этнонаркологического САЗ
1. Флашеры	Абсолютные и относительные абстиненты, I, II	1. Возраст первого потребления спиртного — 16,7±3,8 2. Возраст регулярного потребления — 26,6±7,3 3. Толерантность — 180,0±73,8 г этанола 4. Дневная (разовая) доза — 103,3±52,8 г этанола 5. Недельная доза — 105,8±116,6 г этанола 6. Прогрессиентность — низкая в 50% и средняя в 50% 7. Абсолютная частота (100%) наследственной отягощенности алкоголизмом 8. Удэгейско-нанайская национальность пробанда и его обоих родителей в 100% случаев 9. Абсолютная частота (100%) позитивных ФР лица, теста этанолового пластыря и в 33,3% случаев — позитивной ФР тела
2. Нормативное употребление спиртного — «субъективная норма»	I—II, II	1. Возраст первого потребления спиртного — 15,6±2,9 2. Возраст регулярного потребления — 21,7±6,0 3. Толерантность — 336±286,2 г этанола 4. Дневная (разовая) доза — 180,6±151,9 г этанола 5. Недельная доза — 254,1±508,2 г этанола 6. Прогрессиентность САЗ низкая (10—15 лет) 7. Национальность пробанда, его отца и матери удэгейско-нанайская в 93—98% случаев
3. Ювенильный САЗ	II	1. Возраст первого потребления спиртного — 12,5±3,8 2. Возраст регулярного потребления — 20,3±3,0 3. Толерантность — 470,5±216,9 г этанола 4. Дневная (разовая) доза — 289,0±178,2 г этанола 5. Недельная доза — 922,2±1234,1 г этанола 6. Прогрессиентность — высокая (1—6 лет) 7. Алкоголизм отца — 78,2% случаев, алкоголизм матери — 39,1% случаев 8. Высокий процент метизации (73,9%) пробанда славянским этносом
4. Инволюционные САЗ	II, II—III	1. Относительно позднее знакомство со спиртным (14,0±4,2) 2. Низкая прогрессиентность САЗ (10—15 лет и более) 3. Продолжительный (7—10 дней), тяжелой степени тяжести ААС 4. Умеренно выраженная ФР лица на употребление средних и высоких дневных доз алкоголя 5. Абсолютная наследственная отягощенность алкоголизмом; низкая частота метизации обоих родителей 6. Абсолютная частота (100%) соматической патологии различных органов и систем 7. Социальная и личностная дезорганизация

одним соматовегетативным показателями — *возрастная изменчивость, синдром алкогольной зависимости — нормативное употребление, национальное отношение, сердечно-сосудистая вегетативная реакция*. С учетом приведенного выше анализа выявленные закономерности (по интенсивности употребления алкоголя, темпу и равномерности течения, времени начала алкоголизации и условиям, способствующим привыканию и сдвигу реактивности к алкоголю) оказались минимальными в исследуемой популяции в группах относительно *инволюционного и ювенильного САЗ*. Клинический алгоритм распознавания позволил предположить, что данный кластер составляют лица, идентифицированные нами как «нормативно употребляющие». Доминирующим фактором в их преморбиде оказались наследственная отягощенность со стороны отца и отсутствие метизации по линии обоих родителей. Сочетанность этих биологических факторов в данной когорте

мужчин следует рассматривать как *явление патологического генотропизма*, формирующего метаболическую адаптацию организма. Преморбид «уязвимости» индивидуумов следует рассматривать с двух позиций: с одной стороны, он способствует быстрой утилизации этанола в организме и осуществлению контроля над дальнейшим употреблением спиртного — нивелирующий эффект симптома патологического развития, с другой, согласно традиционным классификациям [5, 7, 15], предрасполагает к развитию САЗ (I-II, II стадии). Поэтому методологически обоснованно правильно будет говорить об атипичности нормативного употребления алкоголя (*ненормативный САЗ*) в урбанизированных славянских популяциях и о *нормативном употреблении спиртного* среди мужчин удэгейско-нанайской популяции (табл. 6).

Третий кластер ($n_3 = 6—5,7\%$ от общей выборки) с точностью 83,3% идентифицировал лица, условно названные нами как *флашеры*. Это самая вариабельная из четырех ва-

риантов САЗ группа, но с четко прослеживаемой тенденцией к незначительным проявлениям болезни или полному их отсутствию (абсолютные и относительные абстиненты). Полиморфизм данной когорты можно проследить по таким клинико-динамическим признакам, как:

показатель прогрессивности (50% низкий и 50% средний);

уровень болезненности — от лиц с длительным (10 лет и более) воздержанием от спиртного до больных с активными признаками I, I—II стадий болезни.

Выявленная общность наследственных и социокультуральных факторов, соматовегетативных показателей третьего кластера заключается:

в абсолютной частоте наследственной отягощенности алкоголизмом;

абсолютной частоте (100%) принадлежности пробандов и их родителей к удэгейско-нанайской национальности;

100% случаев положительная ФР лица;

100% случаев положительный ТЭП;

в 33,3% случаев положительная ФР тела, чего не наблюдается ни в одном из вариантов выявленного в популяции САЗ.

Все вышеперечисленное говорит о правомерности выделения данного варианта САЗ в сохранную, относительно общепопуляционной нормы, подгруппу — абстинентов и абстинентов и оправдывает свое условное название *флашеры*.

В первый кластер, с вероятностью 78,9%, вошли индивиды ($n_1 = 19$ —17,9% от общей выборки), имеющие большую давность заболевания, с ранним дебютом, но дожившие до старшего возраста и старости — *инволюционный* (возрастной) САЗ. Отличительной чертой этого кластера служат прежде всего более поздние, возрастные патокинетики характеристики болезни.

В наших наблюдениях после запоздалого дебюта алкоголизма болезнь в инволюционном возрасте быстро прогрессирует, трансформируясь из II во II—III стадию, с резким повышением толерантности, коротким по продолжительности периодом плато и последующим снижением переносимости алкоголя, удлинением и утяжелением абстинентного синдрома, с выраженной соматической симптоматикой. Логично предположить, что, скорее всего, соматическая патология у данной когорты больных является «ограничителем» в злоупотреблении алкоголем, проявляющимся удлинением «светлых» промежутков и снижением разовой и недельной доз спиртного. По-видимому, в удэгейско-нанайской популяции в позднем возрасте могут быть описаны все типы течения алкоголизма — от злокачественно-прогрессирующего до регрессирующего, — каждый из которых будет иметь свой класс условий, свои характерологические причины в участии клинических и социокультуральных факторов. Несмотря на то, что позднее формирование основных симптомов *инволюционного* САЗ в этой когорте оказалось незначительно больше по сравнению с общепопуляционной алкоголизацией, но по совокупности всех входящих ИП возрастной алкоголизм имеет свои достоверно значимые различия. Не имея достоверных анамнестических сведений об их здоровье в подростковом возрасте, можно предположить, что преморбидно эти мужчины были относительно здоро-

выми, что сказалось на этапности динамики и фазности течения, играющих определенную патогенетическую роль в САЗ. Изменения клинической картины заболевания по мере его прогрессирования в первом случае и цикличность смены состояния во втором случае традиционно классифицируют заболевание на острый, подростковый и хронический периоды [3]. Из выше приведенной алкогольной симптоматики *ювенильного* САЗ видно, что с возрастом в инволюционной когорте больных просматривается тенденция к уменьшению тяжести эксцессов и некоторому регрессу САЗ. Вероятно, на клиническую картину накладывается отпечаток наличия той или иной соматической патологии.

Индивиды четвертого кластера ($n_4 = 23$ —21,7% от общей выборки) с высокой точностью предикции (в 95,7% случаев) могут быть классифицированы с диагнозом *ювенильный* САЗ и альтернативны первому кластеру — *инволюционному* САЗ. Они, так же как и для объектов из «субъективной нормы», выявляются психопатологической детерминантой *этнического* САЗ, но характеризуются максимальными симптоматическими и синдромологическими показателями (табл. 4, 5). Болезнь в этой когорте является развернутой стадией алкоголизма, где все эти признаки выступают в наиболее отчетливой форме. В патокинезе алкоголизма следует выделить следующие «осевые» симптомы ювенильного САЗ: высокая прогрессивность; максимальная толерантность, разовая и суммарная недельная дозы этанола; высокая частота метизации со славянским этносом при минимальных возрастных характеристиках развития болезни. Сочетание таких признаков, как высокая частота метизации русскими с алкогольной зависимостью, повлияла на патокинез и злокачественность болезни. Стремительное развитие болезни в группе ювенильного САЗ можно объяснить с позиции эффекта метизации, где пробанд из алкогольной семьи (в которой отец славянин) на начальных этапах формирования способен принимать интоксикационные дозы этанола. Наследственные факторы, повлиявшие на высокие синдромологические показатели САЗ и отличающие от родительских основных клинико-динамических признаков, можно отнести к эффекту гипотетического гетерозиса. Так, например, в метизированной когорте пробандов ($n_1 = 27$) признаки формирования и течения САЗ по сравнению с мужчинами-удэгейцами ($n_2 = 72$) наиболее злокачественные:

средний возраст — $36,1 \pm 15,7$ года против $43,6 \pm 13,9$ года соответственно;

возраст первого потребления алкоголя — $12,7 \pm 3,6$ года против $15,4 \pm 3,5$ года соответственно;

толерантность — $515,4 \pm 260,7$ г этанола против $318,4 \pm 253,1$ г этанола, соответственно; разовая доза алкоголя — $287,3 \pm 173,8$ г этанола против $172,9 \pm 144,1$ г этанола соответственно;

недельная доза алкоголя — $786,7 \pm 1243,4$ г этанола против $294,2 \pm 519,8$ г этанола соответственно;

утрата количественного контроля — 89,2% случаев против 54,4% случаев соответственно;

алкоголизация утром — 85,4% случаев против 55,9% случаев соответственно;

высокая прогрессивность — 81,2% случаев против 32,4% случаев соответственно.

Различия по всем показателям имеют высокую степень достоверности ($t = 2-4,7$; $P < 0,01-0,002$).

Группа больных этого кластера оказалась гетерогенна, в частности 8 больных прогностически нами были выявлены с элементами нозологической трансформации САЗ. А именно, мужчины, рожденные от родителей удэгейцев и с признаками позитивной ФР лица, прогностически с большой долей вероятности в будущем могут перейти в сохранную группу флашеров (см. рисунок). Как же можно объяснить участие в развитии и патокинезе алкоголизма вклада генетических и средовых факторов, проявляющихся либо в ригидности заболеваемости, либо в форсировании злокачественности?

В.Б.Миневич [16] считал, что паттерны алкоголизации определяются конвенциональным сводом норм и правил (обрядов, традиций, этики и т.д.), а принятые нормативы в отношении алкоголизации связаны с большим количеством переменных (этнос, религия, ритуал). Но «норма — болезнь» в психиатрии и наркологии рассматривается с позиции мультифакториальной болезни и детерминирована генетическими, социальными, психологическими и историческими факторами. Так, например, клинко-эволюционный анализ патоморфоза шизофрении показал, что из генетических факторов в нем участвуют акселерация и гетерозис, а из средовых — терапия, экзогенные показатели и этнокультуральные особенности [20]. Алкоголизм, как и шизофрения, относится к мультифакториальной патологии, в силу чего в наших исследованиях ненормативное потребление спиртного, злокачественное формирование болезни связаны с двумя основными факторами, реализующимися в фенотипе больного:

генетическая предрасположенность — наследственная отягощенность, метизация, ферментативный контроль над этанолокисляющей системой и др.;

средовая предрасположенность — социокультуральные особенности, технологическая цивилизация, экологические и этнические кризисы.

Все эти составляющие входят в предложенный алгоритм клинического полиморфизма САЗ (табл. 6) и, по-видимому, являются причинно-следственными закономерностями патокинеза и трансформации алкоголизма.

Таким образом, проблема алкоголизма у североазиатских монголоидов Приморского края неоднозначна, но, оценивая эпидемиологическую ситуацию в целом, можно говорить о популяции, употребляющей алкоголь в неумеренных количествах в сочетании, как правило, с каннабисом. Характерологической особенностью являются социально-психологические показатели: отсутствие желания сократить алкоголизацию; отсутствие чувства вины перед родными по поводу злоупотребления спиртным; неосознание тяжести и неблагоприятного прогноза болезни в случае продолжающейся алкоголизации, т.е. явление анозогнозии.

Средний показатель на 1995—2001 гг. болезненности алкоголизмом в удэгейско-нанайской мужской популяции высокий (159,2 на 1000 чел.), что по результатам наших исследований объясняется ранним проникновением в данную популяцию «алкофорной» славянской цивилизации. Термин, заимствованный из работ В.Б.Миневича [16], наиболее точно отражает негативные процессы в удэгейско-нанайской популяции, привнесен-

ные («форос» — нести) миграцией, метизацией и аккумуляцией.

В меняющейся экосфере ряд, казалось бы, «классических» феноменов требует нового рассмотрения. Это предполагает, в частности, изменение представлений о границах психологически понятных явлений и патологии. В нашей работе мы не отходим от одного из фундаментальных методологических принципов науки — принципа соответствия, утверждающего, что «новая теория должна переходить в старую в тех условиях, в которых эта старая была установлена. Новая теория лишь точнее определяет эти условия, устанавливает границы применимости старой».

Применительно к настоящей работе можно говорить, например, о том, что до недавнего прошлого не ставилась проблема нормативного потребления спиртных напитков в структуре обрядов и традиций. В 1985—1988 гг. любое потребление алкоголя рассматривалось как ненормативный акт. С 1989 г. такой «жесткий» подход признан нерациональным. Трудности разграничения нормы и патологии в наркологии общеизвестны, и, как правило, они в большей степени связаны не с мифическим «реальным положением вещей», а с господствующей парадигмой. М.Блеулер (1980 г.) констатирует [цит. по 16], что «нереально превратить психиатрию в точную науку, так как она имеет дело с принципиально не измеряемыми величинами». То же, вероятно, можно отнести и к наркологии.

В рамках «нормы» этнонаркологической классификации уровень болезненности в нашем случае следует идентифицировать как «субъективную норму», ассоциирующуюся с личным опытом как индивидуума, так и популяции в целом. Мы считаем, что при рассмотрении популяционной нормы следует учитывать сложившееся в популяции мнение большинства аборигенов к употреблению спиртного и их отношение к алкоголизму в определенный исторический период. В конкретном случае речь идет о «неумеренно» употребляющей популяции, что позволяет классифицировать мужчин-удэгейцев, входящих во второй кластер, как вариант «субъективной нормы».

Мы понимаем, что такая задача проще формулируется, нежели исполняется. Однако используемый в нашей работе подворный клинко-эпидемиологический метод (в контексте психологической антропологии) может быть одним из таких подходов [17].

Выводы

1. Этнонозологическая специфика алкоголизма требует нового наркологического клинического алгоритма, позволяющего дифференцировать типологические варианты САЗ с целью совершенствования медикаментозной и психотерапевтической программ профилактики. Разработана интегрально-методологическая стратегия классификации САЗ и нормативного потребления спиртного в мужской удэгейско-нанайской популяции, состоящая из нескольких последовательных этапов: выявления предпосылок, интегральных показателей (клинко-динамических, клинко-генеалогических, соматовегетативных, социокультуральных признаков) и психопатологических детерминант.

2. Потребление алкоголя в удэгейско-нанайских субпопуляциях Приморского края характеризуется эпизодическим (по мере приобретения) приемом токсических доз

преимущественно крепких спиртных напитков; значителен удельный вес интенсивных потребителей алкоголя при малом числе абстинентов, абстейнеров и систематически пьющих. Злоупотребление спиртным носит негативный характер, а болезнь отличается остротой и большим полиморфизмом. Критика и негативное отношение к употреблению алкоголя отсутствует не только у самих больных, но и у их родственников и односельчан, о чем свидетельствует большая вариабельность и недостоверность признаков, входящих в интегральные показатели *анозогнозии и критика к алкоголизации*.

3. Средние популяционные дозы (в граммах чистого этанола) оказались токсическими в обеих субпопуляциях мужчин: недельная доза — $462,5 \pm 780,5$ г этанола; разовая доза — $204,2 \pm 151,7$ г этанола. В структуре потребляемых напитков основную часть составляли крепкие суррогатные спиртные напитки (водка, технический спирт). Шестилетние клинико-катамнестические данные и их анализ позволили получить более достоверные результаты частоты психических расстройств и описать клинический полиморфизм этнических аспектов наркологии. На формирование злоупотребления спиртным накладываются минимум 5 возможных факторов: аккультурация, метизация, безработица, отсутствие перспективы будущего, территориальная бесправность.

4. С помощью изучения предпосылок, интегративных показателей, психопатологических детерминант были получены клинические и социокультуральные закономерности, позволившие идентифицировать различные типы течения мужского алкоголизма в удэгейско-нанайской популяции, проживающих в Приморском крае. Выявленная зависимость между интегральными показателями позволила определить и классифицировать 4 типа течения алкоголизма, их исход и прогноз заболевания. Получена высокая вероятность идентификации САЗ и нормативного употребления алкоголя в удэгейско-нанайской мужской популяции Приморского края, которая с точностью до 98,5% правильно предсказывает дифференциацию для четырех кластеров: прогностическая оценка индивидуума с инволюционным САЗ составила 78,9%, с «нормативным» употреблением — 100%, с ювенильным САЗ — 95,7%, для флашеров — 83,3%.

5. Метизацию славянским этносом можно рассматривать как пример неуправляемой эволюции, в результате чего в первом поколении закрепляются и проявляются самые негативные предикторы, влияющие на патокинез и злокачественность алкоголизма. Метизированные семьи образуются по принципу ассортативности, в которых основное влияние на потомство еще оказывает и эффект созависимости алкоголизации родителей. Стремительное развитие болезни в группе ювенильного САЗ можно объяснить с позиции эффекта метизации, где пробанд из алкогольной семьи (в которой отец славянин) на начальных этапах формирования САЗ способен принимать интоксикационные дозы этанола. Наследственные факторы, повлиявшие на высокие синдромологические показатели САЗ у пробанда и отличающиеся от родительских основных клинико-динамических признаков, можно отнести к эффекту гипотетического гетерозиса.

6. Изучение патокинеза САЗ позволило выявить связь между преморбидом больного и первоначальной причи-

ной дебюта, интенсивности влечения и вариантов (форм) алкоголизма. Патопластические особенности клинико-динамических, клинико-генеалогических и культуральных факторов таковы: индивиды с ювенильным типом САЗ отличались стремительным и более тяжелым течением за счет больших интоксикационных разовых и недельных доз этанола, наследственной предрасположенности со стороны отца-славянина и матери удэгейско-нанайской национальности. При сочетании таких признаков, как низкая прогрессивность процесса, удэгейско-нанайская национальность, абсолютная наследственная отягощенность алкоголизмом, высокая частота соматической патологии, уровень болезненных проявлений в случае инволюционного САЗ достигает переходной II—III стадии.

7. У аборигенов Приморского края ФР встречается очень редко и, вероятно, является «атипичной» по сравнению с классической ФР, характерной для восточных монголоидов, не связанной с дефицитной АльДГ₂. Наличие у индивидуумов классической ФР в сочетании с соматической патологией говорит о низкой интенсивности патологического влечения к алкоголю, оказывает нивелирующий эффект на развитие заболевания и может служить прогностическим источником.

Список литературы

1. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. — М.: Медицина, 1986. — 272 с.
2. Галактионов О.К., Шорин В.В. Транскультуральная психиатрия (контуры, реальность и значимость медицинской практики в архаичных монголоидных этносах). — Владивосток: Агентство «Время, ЛТД», 2003. — 416 с.
3. Даренский И.Д. Фазное течение алкоголизма // Концептуальные вопросы наркологии: Сб. науч. трудов. — М., 1997. — С. 21—28.
4. Дебед Г.Ф. Антропологические исследования в Камчатской области // Труды Института этнографии АН СССР (новая серия). — М., 1951. — Т. 17. — С. 68—118.
5. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и др. Злоупотребление психоактивными веществами (общая и судебно-психиатрическая практика). — М.: ГНЦ СиСП им. В.П.Сербского, 2000. — 300 с.
6. Дюк В.А. Компьютерная психодиагностика. — СПб.: Братство, 1994. — 364 с.
7. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — Т. 1. — 444 с.
8. Кендалл М., Стьюарт А. Многомерный статистический анализ и временные ряды/ Пер. с англ. — М., 1976. — 736 с.
9. Козлова И.Л. Клинико-динамические особенности алкоголизма у представителей удэгейско-нанайской популяции: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — Томск, 2001. — 24 с.
10. Колотилин Г.Ф., Кудрявцев Ю.Д. К вопросу о психической заболеваемости у малочисленных народов Дальнего Востока // Псих. здоровье — регион. асп.: Тез. докл. Всесоюз. с междунар. участием научно-практ. конф. / Под ред. В.Я.Семке, Л.П.Яцкова. — Владивосток, 1992. — С. 232—235.
11. Колотилин Г.Ф., Кудрявцев Ю.Д., Васильев В.Д. и др. Клиника алкогольного опьянения у аборигенов Дальнего Востока в первой стадии хронического алкоголизма // Регион. асп. псих. здоровья: Материалы междунар. конф. "Социально-мед. пробл. пьянства и алкоголизма в регионах проживания малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока" / Под ред. В.Я.Семке, Л.П.Яцкова. — Томск; Владивосток, 1993. — С. 253—255.
12. Колотилин Г.Ф., Кудрявцев Ю.Д., Логинов И.П. Абстинентный синдром в клинике алкоголизма у аборигенов Дальнего Востока // Там же. — Томск; Владивосток, 1993. — С. 255—267.

13. Кудрявцев Ю.Д., Колотилин Г.Ф. Особенности алкогольного абстинентного синдрома у аборигенов Приамурья, страдающих алкоголизмом. Матер. Междунар. конф. психиатров, Москва, 16–18 февр., 1998. — М., 1998. — С. 326–327.
14. Кудрявцев Ю.Д. Клинические проявления психических расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, у коренных народов Хабаровского края: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — Москва, 2000. — 22 с.
15. Лекции по наркологии/ Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Нолдж, 2000. — 448 с.
16. Миневич В.Б. Алкоголизм в Сибири (эпидемиология, клиника, последствия, оптимизация наркологической помощи): Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — Томск, 1990. — 40 с.
17. Миневич В.Б., Галактионов О.К. Этнонаркология в контексте антропологической психологии. Сообщ. 1. Теоретический экскурс // Концептуальные вопросы наркологии: Сб. науч. трудов. — М., 1995. — С. 33–37.
18. Поддубная Г.П., Столярова И.П., Яцков Л.П., Шмелев А.А. Культурально-этнические особенности и психофизическое здоровье малочисленных народностей Приморского края // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. — М., 1997. — С. 49–52.
19. Поддубная Г.П., Столярова И.П. Наркологическая патология у представителей малочисленных народностей Приморского края // Там же. — С. 276–277.
20. Самохвалов В.П. История души и эволюция помешательства (начало эволюционного психоанализа). — Сургут: АИИК «Северный дом», Северо-Сибирское книж. изд., 1994. — 286 с.
21. Сегал В.М. Алкоголизм (клинические, социально-психологические и биологические проблемы). — М., 1967. — 578 с.
22. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. — Архангельск, 1999. — 306 с.
23. Старцев А.Ф. Материальная культура удэгейцев (вторая половина XIX–XX в.) — Владивосток: ДВО РАН, 1996. — 160 с.
24. Халтаев Н.Г. Сравнительное изучение влияния основных факторов риска и питания на развитие ишемической болезни сердца в популяции // Тер. архив. — 1985. — № 11. — С. 60–66.
25. Языков К.Г., Галактионов О.К., Дорофеева Л.И. Морфофизиологические параметры психической дезадаптации в одной из популяций народов Дальнего востока // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 1998. — № 3. — С. 29–35.
26. Яцков Л.П. Феномен постоянства как культурно-этническая особенность малочисленных народностей // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. — М., 1997. — Вып. 2. — С. 49–52.
27. Goedde H.W., Agarwal D.P., Harada S. et al. Aldehyde dehydrogenase polymorphism in north american, south american and mexican indian populations // Am. J. Hum. Genet. — 1986. — Vol.38. — P. 395–399.
28. Harada S. Genetic polymorphism of aldehyde dehydrogenase and its physiological significance to alcohol metabolism // Isozymes: Structure, Function and Use in Biology and Medicine. — 1990. — P. 289–294.
29. Muramatsu T., Higuchi S., Sasao M. et al. Mechanism of the ethanol patch test // Biochem. and Soc. Aspects of Alc. and Alcoholism. Proceedings of the Fourth Congress of the Int. Soc. for Biochem. Res. on Alc. (ISBRA). — Kyoto, Japan. — 1980. — P. 135–138.
30. Muramatsu T., Higuchi S., Shigemori K. et al. Ethanol patch test — a simple and sensitive method for identifying aldh phenotype // Alcoholism: Clin. and Exp. Res. — 1989. — Vol.13, №2. — P. 229–231.
31. Thomasson H.R., Zeuk D., Mai K., et al. Population distribution of ADH2 and ALDH2 alleles: [Abstr.] Seventh Congr. Int. Soc. Biomed. Res. Alcohol., Gold Coast, Queensland, Australia, June 26–July 1, 1994 // Alcoholism: Clin. and Exp. Res. — 1994. — Vol.18, № 2. — P. 60A.
32. Wolff P.H. Vasomotor Sensitivity to Alcohol in Diverse Mongoloid Populations // Amer. J. of Hum. Genet. — 1973. — Vol. 25, № 2. — P. 193–199.

TYPOLICAL VARIANTS OF MALE ALCOHOLISM IN UDEGHIAN-NANAIAN POPULATION OF THE PRIMORSKY TERRITORY

GALAKTIONOV O.K., SHORIN V.V., USHAKOV V.V., BAHAREVA O.S., TERENTIEVA YU.B.

In the research interconnections of clinic-diagnostic, biological, hereditary and social factors have been retraced. These interconnections influence on the forming, course and outcome of alcohol dependence syndrome (ADS) in two male Udeghian-Nanaian subpopulations of the Primorsky Territory. Pathokynesys of three ADS variants enabled us to outline nosological borders as in the population integrally, as on the subpopulation level. The obtained results can amend the ADS variants' interpretation, but the technology of clinical algorithms' obtaining will allow us to differentiate normative consumption from clinical polymorphism of the disease in all its manifestations. Effect of the hypothetical alcoholism heterosis has been uncovered. The effect is explained by the Slavic ethnos crossbreeding. Integrally-methodological policy has been developed. This policy enables us to classify ADS and normative alcohol consumption in the male Udeghian-Nanaian population to 94,3%.