

УДК 616.89–053.2.005

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ И ИХ КЛАССИФИКАЦИЯ В МКБ-10

А.Г. Гофман, Т.А. Кожина, М.А. Орлова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

За последние годы в России отмечается уменьшение частоты возникновения алкогольных психозов, что, скорее всего, связано с уменьшением потребления спиртных напитков населением и больными алкоголизмом. Видимо, сказываются последствия повышения стоимости спиртных напитков (особенно водки) и ограничения времени их продажи в магазинах.

Несмотря на эту положительную тенденцию, частота возникновения алкогольных психозов остается достаточно высокой [4] (рисунок).

Первичная заболеваемость алкогольными психозами составила в 2011 году – 30,5 (43 000 больных), в 2012 году – 26,2 (37 000 больных), то есть уменьшилась на 14%. В 1991 году она составила 10,6 (на 100 тыс. чел. нас.), в 2005 году – 52,1 [1].

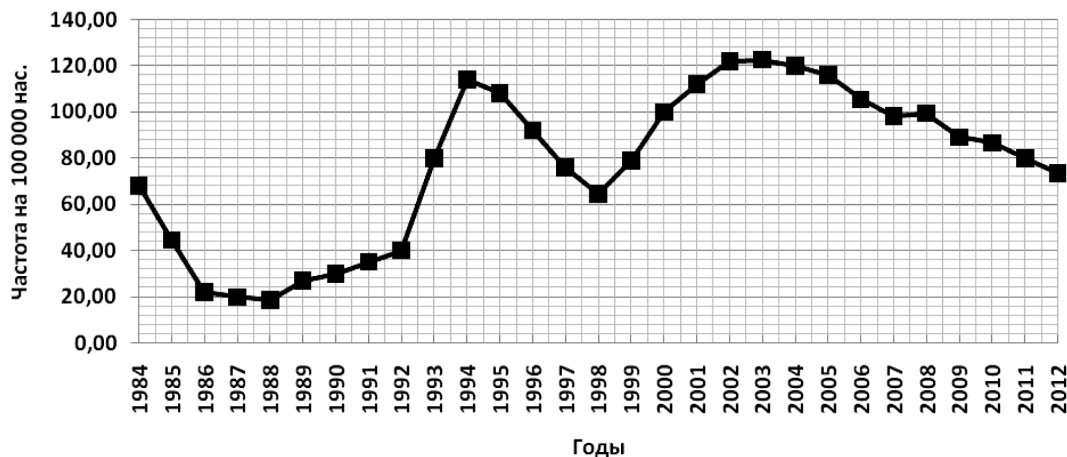
Всего зарегистрировано больных алкогольными психозами в 2011 году – 66,78, в 2012 году – 60,75 (на 100 тыс. чел. нас.). В эти же годы несколько уменьшилось число больных, госпитализированных в связи с возникновением алкогольных психозов: в 2011 году – 79,94, в 2012 году – 73,5 (снижение на 8%).

Обращает на себя внимание различное соотношение числа зарегистрированных больных алкогольными психозами и количества алкогольных психозов, потребовавших госпитализации, на разных территориях Российской Федерации в 2012 году (таблица).

Как следует из таблицы, в Москве, Санкт-Петербурге, Башкортостане количество потребовавших госпитализации алкогольных психозов намного превосходит число зарегистрированных больных алкогольными психозами, на других территориях соотношение прямо противоположное. Различие показателей может объясняться различной

Распространенность алкогольных психозов

Географическое положение	Число зарегистрированных больных алкогольными психозами	Число алкогольных психозов, потребовавших госпитализации
Российская Федерация	60,75	73,5
Москва	33,28	74,55
Санкт-Петербург	37,76	50,21
Башкортостан	32,55	53,48
Самарская область	125,39	82,33
Ивановская область	142,88	141,87
Ненецкий автономный округ	322,83	96,73
Ингушская республика	0	0
Кабардино-Балкарская республика	48,08	33,65
Чеченская республика	2,69	3,15
Кемеровская область	126,47	109,24
Чукотский автономный округ	162,48	139,25
Магаданский край	174,77	158,59



Показатели госпитализации больных алкогольными психозами

частотой возникновения психозов, различными подходами к их диагностике, к регистрации алкогольной патологии. Возможно, на различных территориях придерживаются различной точки зрения на принципы изменения диагноза, и в одних случаях диагноз «алкогольный психоз» сменяется на диагноз «алкогольная зависимость» через год после возникновения делирия или острого галлюциноза, в других случаях – через более длительные отрезки времени. Во всяком случае, трудно себе представить, что в Москве число алкогольных психозов, потребовавших в течение одного года госпитализации больного, более чем вдвое превышает число зарегистрированных больных алкогольными психозами.

Поскольку число возникающих в течение года алкогольных психозов отражает количество больных алкогольной зависимостью, можно говорить о крайнем неблагополучии в отношении распространенности алкоголизма на ряде территорий в европейской и азиатской частях России: в Самарской, Ивановской, Кемеровской областях, в Чукотском А.О., Магаданском крае, в Ненецком А.О. Намного меньше больных алкоголизмом и алкогольных психозов в республиках Северного Кавказа.

Поскольку все алкогольные психозы регистрируются в соответствии с МКБ-10 [3], целесообразно рассмотреть обоснованность выделенных в этой классификации диагностических групп. Это весьма существенно для того, чтобы по соотношению различных психотических состояний можно было судить о динамике алкоголизма на определенной территории. Известно, что с ростом алкоголизма учащается число алкогольных делириев и острых алкогольных галлюцинозов. Одновременно с ростом числа алкогольных делириев увеличивается число тяжело протекающих делириозных состояний, на долю которых приходится основная масса смертельных исходов.

В немногочисленных зарубежных публикациях, разграничивающих клинические формы алкогольных психозов, отмечается, что данные о частоте алкогольного галлюциноза могут быть неточными вследствие квалификации данных состояний в рамках «двойного диагноза», алкогольного абстинентного делирия и так далее, а также в редукции состояния без медицинского вмешательства [6, 8]. Что касается алкогольного делирия, то в зарубежных публикациях распространенность алкогольного делирия среди больных алкогольной зависимостью отмечается от 0,6% [8, 9] до 4–15% [5, 7].

В МКБ-10 дано весьма сомнительное определение делирия. Он понимается как состояние, характеризующееся помрачением и спутанностью сознания. Между тем, алкогольный делирий – это, прежде всего сновидное, галлюцинаторное помрачение сознания. Конечно, в структуре любого развернутого алкогольного делирия можно выделить позитивные и дефицитарные симптомы. К позитивным можно отнести

обманы восприятия, чувственный бред, телесные сенсации, аффективные нарушения, к дефицитарной симптоматике относятся такие нарушения, как расстройства памяти, внимания, гнозиса, мышления, нарушения ориентировки в месте, времени, ситуации. Почему-то при характеристике делирия не сказано о колеблющемся уровне помрачения сознания, о том, что временами больной существует не в реальном, а галлюцинаторном пространстве, что и позволяло ряду авторов трактовать делириозное помрачение сознания как сновидное. Мало что сказано о характерной для алкогольного делирия (можно сказать, типичной) неврологической симптоматике. А ведь ее наличие позволяет ограничивать алкогольный делирий от ряда других делириозных состояний. Ничего не сказано о различных формах делирия. А ведь существуют не только abortивные, гипнагогические, ориентированные делирии, а также атипичные, протекающие с преобладанием слуховых галлюцинаций, фантастические, тяжело протекающие. Все разнообразие делириев фактически сводится, согласно МКБ-10, к возникновению или отсутствию судорожных (эпилептиформных) припадков. Между тем, однократно возникший припадок и серийные судорожные припадки свидетельствуют о различной тяжести состояния и различном прогнозе течения психоза. Почему-то не указано, что для большинства делириев характерно преобладание симпатикотонии, а не просто нестабильность вегетативных расстройств.

Очень большим недостатком является отсутствие упоминания о течении и исходе делириозных состояний алкогольной этиологии. Этого можно было бы избежать, если бы упоминалось о многообразии психопатологических синдромов, встречающихся при различных алкогольных психозах. Если их расположить по глубине помрачения сознания (такой принцип расположения отражает тяжесть состояния), то вначале окажутся острые параноиды (в МКБ-10 они вообще отсутствуют), затем галлюцинозы, далее – промежуточные между галлюцинозом и делирием состояния, затем различные делириозные состояния. В конце этой цепочки следует тяжело протекающий делирий, когда нарастает глубина помрачения сознания, появляются признаки отека мозга, а клиническая картина определяется наличием оглушенности, мусситирующего делирия с постоянно существующей вероятностью утяжеления состояния, возникновения сопора и смерти в коматозном состоянии.

Нигде не упомянуто закономерное возникновение после любого алкогольного делирия астенического состояния, которое дольше всего держится после перенесенного тяжело протекающего делирия.

Традиционно в числе основных алкогольных психозов рассматривались алкогольные галлюцинозы. В МКБ-10 такой рубрики нет, есть указание на возможность возникновения психотического

расстройства, одной из форм которого является «преимущественно галлюцинаторное расстройство». Среди всех расстройств, которые включены в рубрику «психотическое расстройство», существуют такие, которые обозначены как «шизофреноподобное», «преимущественно бредовое», «преимущественно полиморфное», «преимущественно с депрессивными симптомами», «преимущественно с маниакальными симптомами». В результате введения рубрики «психотическое расстройство» стирается грань между алкогольным психозом и психозом, возникающим у больного алкоголизмом. Иными словами, психозы, возникающие у больных алкоголизмом, рассматриваются как нечто единое целое. Это принципиально ошибочная позиция. Что, например, означает выделение «преимущественно бредового расстройства»? Невозможно понять, идет ли речь об остром параноиде или о систематизированном бреде ревности, или о каких-то иных психотических состояниях. Катанез показывает, что «острый алкогольный параноид» – это очень редкий психоз, в практической психиатрии этот диагноз с годами часто приходится пересматривать. Нельзя понять, что такое «преимущественно галлюцинаторное расстройство», так как не описаны его особенности. Если речь идет о синдроме вербального галлюциноза, то в отечественной психиатрии разработаны принципы отграничения алкогольного галлюцинаторного психоза от эндогенных заболеваний, сочетающихся со злоупотреблением алкоголем, при которых также может возникнуть галлюциноз. Что такое «полиморфное психотическое расстройство» понять еще сложнее. Идет ли речь о психозах, протекающих как промежуточные между делирием и галлюцинозом, или о каких-то иных психических нарушениях алкогольной или эндогенной природы?

Очень большие сомнения вызывает рубрика «психотическое расстройство преимущественно с депрессивными симптомами». Видимо, речь идет не об алкогольном абстинентном синдроме, в рамках которого встречается гипотимия, длящаяся несколько дней. У больного алкоголизмом могут возникать психогенно обусловленные депрессивные состояния, но они по своей сути не являются алкогольными психозами. Видимо, при попытке использовать эту рубрику так будут кодироваться различные депрессивные состояния, не имеющие отношения к алкоголизму.

Совсем уж большие сомнения возникают при использовании рубрики «психотическое расстройство с преимущественно маниакальными симптомами». Алкогольные психозы не протекают в форме маниакальных состояний. Здесь мы снова встречаемся с попыткой ставить знак равенства между алкогольными психозом и психозом у больного алкоголизмом.

При расшифровке понятия «психотическое расстройство» в МКБ-10 указано, что могут встречаться ложные узнавания. Ложные узнавания в рамках бредовых расстройств и в рамках делириозного состо-

яния – разные психопатологические состояния. Трудно понять, о чем идет речь, когда перечисляются параноидные идеи и персекуторные. Видимо, в первом случае речь идет о параноидальном синдроме, а во втором – о бреде преследования. Бред преследования возможен в рамках и галлюциноза, и делирия. Самое существенное – с какими симптомами он сочетается. Нельзя понять о каком возбуждении идет речь – о кататоническом или ином, о каком ступоре идет речь? Если это ступор с восковой гибкостью или с оцепенением, то это никакого отношения к алкоголизму не имеет. Как указано в МКБ-10, при психотическом расстройстве сознание обычно ясное или есть некоторая степень его помрачения. Тогда получается, что при люцидном сознании возникают возбуждение, ступор, экстатическое состояние, и вся эта симптоматика длится от одного месяца до шести. Возникает вопрос, чем это отличается от эндогенного (шизофренического) психоза, сочетающегося с алкоголизмом. Нигде не упоминается, что наблюдается в дальнейшем у этих больных, возникает ли дефектное состояние и какова структура дефекта.

То, что в рамках психотического расстройства объединены острый, затяжной, хронический алкогольный галлюциноз, бред ревности и «алкогольная паранойя» делает всю рубрику совсем непригодной для создания классификации алкогольных психозов. К тому же таинственной остается форма, обозначаемая как «алкогольная паранойя», которая перечисляется наравне с бредом ревности.

После раздела «амнестический синдром» указано, что могут встречаться резидуальные психотические расстройства и психотические расстройства с поздним (отставленным) дебютом. Они выражаются в изменении познавательных функций, личности или поведения. Такая характеристика очень неопределенна. Не вполне ясно, идет ли речь об органическом психосиндроме или о развитии личности. Упоминается возможность возникновения органического расстройства личности и резидуального аффективного расстройства. Видимо, органическое расстройство личности следует объединить со стойким когнитивным расстройством.

Самое сложное для понимания – это «поздно возникшее психотическое расстройство с поздним дебютом». Если при этом исключается корсаковский амнестический синдром, то совершенно непонятно о какой патологии идет речь.

Недостатком классификации алкогольных психозов является отказ от выделения острых и хронических алкогольных психозов, а также допущение возникновения по существу любых по структуре психотических состояний у больных алкоголизмом. Речь опять-таки идет о разделении понятий «алкогольный психоз» и психоз у больного алкоголизмом.

Специально проведенное изучение психозов [2], возникающих у больных шизофренией, злоупотребляющих алкоголем, показало следующее.

Из 107 больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра, сочетающихся со злоупотреблением алкоголем (хроническая алкогольная интоксикация и зависимость от алкоголя), у 46 человек возникли экзогенные (металкольные) психозы, у 52 – эндоформные психозы, у 9 пациентов – психозы смешанной структуры. Всем психозам непосредственно предшествовало массивное злоупотребление алкоголем (многодневное пьянство с большими суточными дозировками алкоголя). Психозы металкольной структуры протекали в форме abortивного делирия (12), типичного делирия (2), атипичного делирия (4), фантастического делирия (2), abortивного алкогольного галлюциноза (1), типичного острого галлюциноза (3), атипичного галлюциноза с преобладанием бреда (2), галлюциноза с преобладанием депрессии (1), алкогольного галлюциноза с преобладанием бреда (1), психоза в форме чередования делирия и галлюциноза (5), смены вербального галлюциноза делирием (2), смены вербального галлюциноза делириозно-онейроидным состоянием (1), вербального галлюциноза с делириозными включениями (5), abortивного алкогольного психоза с делириозной и галлюцинаторной симптоматикой (2), острого алкогольного параноида (1), смены параноида вербальным галлюцинозом и делирием (2). Оказалось, что экзогенные психозы (металкольные) возникли у 41 больного шизотипическим расстройством, у 2 больных шубообразной шизофренией с параноидной структурой приступов (параноидная шизофрения с эпизодическим течением) и у 1 больного параноидной шизофренией с непрерывным течением.

У 52 больных эндоформные психозы протекали в виде аффективно-бредовых синдромов (2), паранойального синдрома (2), полиморфного бредового состояния (1), вербального псевдогаллюциноза (16), галлюцинаторно-бредового синдрома (1), острого параноида (1), депрессивно-параноидного синдрома (6), хронического параноида (9), галлюцинаторно-параноидного синдрома (8), хронического парафренного синдрома (6). На параноидную шизофрению с непрерывным течением пришлось 17 психотических состояний, на параноидную шизофрению с эпизодическим течением – 34 психотических состояния, на шизоаффективное расстройство – всего 1 психоз,

протекавший в форме аффективно-бредового состояния.

Психозов смешанной структуры было всего 9, они возникали у больных непрерывнотекущей параноидной шизофренией (2) и больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением (7).

Из приведенных данных следует, что психозы металкольной структуры в подавляющем большинстве случаев возникают при шизотипическом расстройстве, и только тогда, когда отмечается массивное злоупотребление алкоголем в форме запоев с высокой толерантностью к алкоголю.

Во всех случаях, когда диагностировалась шизофрения и заболевания шизофренического спектра, отмечались характерные изменения мышления и эмоционально-волевой сферы.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что включение в рубрику «психотическое расстройство» при болезнях зависимости ряда эндоформных состояний ничем не оправдано. Это может лишь усложнить диагностику и способствовать не вполне адекватному лечению.

Видимо, попытка дать характеристику любым психотическим состояниям при разных болезнях зависимости не вполне оправдана. Так, при опиоидной наркомании психотические состояния возникают крайне редко и, в основном, тогда, когда больные употребляют дополнительно иные препараты (например, барбитураты или холинолитики).

При злоупотреблении психотомиметиками, стимуляторами, ингалянтами психозы кратковременны, длительно может отмечаться лишь депрессивное состояние.

Наверное, при создании очередной классификации болезней надо отдельно описывать психозы при разных видах зависимости, ориентируясь на хорошо известные формы и учитывая длительность существования психотической симптоматики. Так, могли бы быть выделены острые алкогольные психозы (делирии, галлюцинозы, промежуточные состояния, острый параноид), затяжные алкогольные психозы (галлюцинозы), хронические алкогольные психозы (бред ревности, хронический галлюциноз), энцефалопатии с психотическими и грубыми интеллектуально-мнестическими нарушениями (корсаковский психоз, алкогольная деменция и ряд редких форм).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гофман А.Г., Меликсетян А.С., Орлова М.А. Алкогольные психозы: клиника, классификация // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 5–12. ВОЗ МКБ-10.
2. Гофман А.Г., Орлова М.А. Клиника психотических состояний, возникающих при сочетании расстройств шизофренического спектра со злоупотреблением алкоголем // Психическое здоровье. 2012. № 1. С. 25–36.
3. Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: «Адис», 1994. 304 с.
4. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2011–2012 годах. Статистический сборник. <http://www.nncn.ru/objects/nncn01/1377084053.pdf>
5. Menecier D., Thomas M., Arvers P. et al. Factors predictive of complicated or severe alcohol withdrawal in alcohol dependent inpatients // Gastroenterol. Clin. Biol. 2008. Vol. 32, N 8–9. P. 792–797.
6. Perala J., Kuoppasalmi K., Pirkola S. et al. Alcohol-induced psychotic disorder and delirium in the general population // Br. J. Psychiatry. 2010. Vol. 197. P. 200–206.
7. Saitz R., O'malley S.S. Pharmacotherapies for alcohol abuse. Withdrawal and treatment // Med. Clin. North Am. 1997. Vol. 81. P. 881–907.
8. Soyka M. Prevalence of alcohol-induced psychotic disorders // Eur. Arch. Psychiatry. Clin. Neurosci. 2008. Vol. 258. P. 317–318.
9. Soyka M. Prevalence of delirium tremens // Am. J. Addict. 2008. Vol. 17. P. 452.

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ И ИХ КЛАССИФИКАЦИЯ В МКБ-10

А.Г. Гофман, Т.А. Кожина, М.А. Орлова

В статье указывается частота возникновения алкогольных психозов по данным официальной статистики с 1984 по 2012 годы. Проводится анализ классификации алкогольных психозов в МКБ-10. Приведены данные исследования, в котором алкогольные психозы возникали у больных расстройствами шизофренического спектра. В заключение предложено в будущих классификациях придерживаться традиционного принципа выделения форм алкогольных психозов: острые алкогольные психозы (делирии, галлю-

цинозы, промежуточные состояния, острый параноид), затяжные алкогольные психозы (галлюцинозы), хронические алкогольные психозы (бред ревности, хронический галлюциноз), энцефалопатии с психотическими и грубыми интеллектуально-мнестическими нарушениями (корсаковский психоз, алкогольная деменция и ряд редких форм).

Ключевые слова: алкоголизм, алкогольный психоз, делирий, галлюциноз, шизофрения, классификация, МКБ-10.

ALCOHOL PSYCHOSES AND THEIR CLASSIFICATION IN THE ICD-10

A.G. Gofman, T.A. Kozhina, M.A. Orlova

The authors report official statistical data on the incidence of alcohol psychoses in the period from 1984 to 2012 and analyse the classification of alcohol psychoses in the ICD-10. They refer to research that found alcohol psychoses in patients with schizophrenia spectrum disorders. The authors propose to adhere to the newly developed classifications to traditional division of the forms of alcohol psychoses, i.e. acute alcohol psychoses (delirium, hallucinosis, intermediate

conditions, acute paranoid), protracted alcohol psychoses (hallucinoses), chronic alcohol psychoses (delusion of jealousy, chronic hallucinoses), encephalopathy with psychotic and gross cognitive disorders (the Korsakov psychosis, alcohol dementia and a number of rare forms).

Key words: alcoholism, alcohol psychosis, delirium, hallucinosis, schizophrenia, classification, ICD-10.

Гофман Александр Генрихович – профессор, доктор медицинских наук, руководитель отдела психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: gofman27@list.ru

Кожина Татьяна Анатольевна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: sonata07.07@mail.ru

Орлова Мария Алексеевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: maria.kudinova@gmail.com