

**ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ У БОЛЬНЫХ,
ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ РЕГИОНЕ
(КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)**

© *Погосов А.В., Лесников О.И.*

**Кафедра психиатрии и психосоматики
Курского государственного медицинского университета, Курск**
E-mail: albertpogosov@yandex.ru

В статье представлены результаты клинико-психопатологического, психологического и статистического обследования 60 больных алкогольным делирием. Показано, что клиническая картина алкогольного делирия у больных, проживающих в неблагоприятной экологической обстановке (основная группа), оцененная по ряду параметров (варианты алкогольного делирия, характер возбуждения, разновидность выхода из психоза, переходные синдромы), имеет более тяжелый характер, по сравнению с таковой у больных из относительно удовлетворительной экологической территории (контрольная группа). Интеллектуально-мнестические нарушения у больных основной группы, изученные методом Векслера, более выражены, чем у больных контрольной. Диагностика интеллектуально-мнестических расстройств и их коррекция в постпсихотическом периоде алкогольного делирия позволят сформировать адекватную установку на проведение противоалкогольного лечения и разработать для больных дифференцированные реабилитационные мероприятия.

Ключевые слова: алкогольный делирий, клиника, интеллектуально-мнестические расстройства, экологическая обстановка, терапия.

**PECULIARITIES OF DELIRIUM TREMENS IN PATIENTS
LIVING IN ENVIRONMENTALLY UNFRIENDLY REGIONS**

Pogosov A.V., Lesnikov O.I.

Department of Psychiatry and Psychosomatics of Kursk State Medical University, Kursk

The article contains the results of clinical psychopathological, psychological and statistical survey of 60 delirium tremens patients. According to the number of parameters (such as delirium tremens types, excitement character, variety of psychosis recovery, transient syndromes) the clinical picture of delirium tremens in patients living in environmentally unfriendly regions (the basic group) has been proved to be of more severe character in comparison with the clinical picture of delirium tremens in patients living in environmentally friendly areas (the control group). Intellectual and mnestic disorders studied with Wechsler's method turned out to be more apparent in the basic group patients than those in the control group. The diagnostics of intellectual and mnestic disorders and their correction in the post-psychotic period of delirium tremens will allow to form an adequate approach to the treatment of alcohol abuse and to develop different rehabilitation methods for patients.

Keywords: delirium tremens, treatment, clinical picture, intellectual and mnestic disorders, environmental situation.

Уровень распространённости алкогольных психозов является показателем не только употребления алкоголя населением, но и его психического здоровья [3, 7]. Известно, что изучение психических и поведенческих расстройств, включая алкогольные психозы, крайне актуально в контексте сохранения жизнеспособности популяции [10].

Клинические проявления алкогольных психозов, их структура, закономерности течения описаны достаточно полно как в отечественной, так и в зарубежной литературе [2, 6, 8, 9, 14, 17]. В то же время работы, посвященные изучению психических нарушений после окончания алкогольных психозов, немногочисленны. Т.А. Абрамова [1] в структуре психических нарушений, обнаруживающихся после окончания abortивного, типичного и тяжело протекающего алкогольных делириев, выявила наличие астенического синдрома, интел-

лектуально-мнестических нарушений и аффективных расстройств. Ю.П. Сиволап с соавт. [15] в период, непосредственно последовавший за исчезновением психотической симптоматики у больных алкогольным делирием, наблюдали характерную триаду психопатологических расстройств, включающую когнитивную дисфункцию, эмоциональные нарушения и алкогольную анозогнозию. На когнитивные нарушения после выхода из острого алкогольного галлюциноза обращает внимание Т.И. Немкова [11]. В таком состоянии она наблюдала неадекватно завышенную самооценку, снижение критики к заболеванию, игнорирование зависимости от алкоголя. Как видно, авторы обращают особое внимание на наличие в постпсихотическом периоде алкогольных психозов интеллектуально-мнестических нарушений, оказывающих влияние на состояние критической оценки перенесенного психоза и ал-

когольной зависимости. О важности изучения интеллектуально-мнестических расстройств у больных алкогольным делирием свидетельствует предложенное А.Г. Гофманом с соавт. [4] разделение клинических симптомов заболевания на продуктивные и дефицитарные. К первым отнесены обманы восприятия, чувственный бред, эмоциональные проявления; ко вторым – когнитивные нарушения: расстройства внимания, памяти, мышления.

В последние десятилетия в связи с выделением раздела экологической психиатрии внимание исследователей стало привлекать влияние состояния окружающей среды на психическое здоровье населения. Нарушения психической деятельности при неблагоприятных экологических воздействиях часто появляются раньше расстройств со стороны других органов и систем [12].

Работы, выполненные на кафедре психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета, показали, что неблагоприятная экологическая обстановка города Железнодорожска и Железнодорожского района – электромагнитное поле КМА, техногенное загрязнение окружающей среды – способствовала утяжелению клинических проявлений алкогольного делирия. Это подтверждалось большим количеством больных, перенесших два и более психоза, значительным преобладанием в психотическом состоянии двигательного и речевого беспокойства и возбуждения в пределах постели, предпочтительным литическим выходом из психоза, высокой средней его продолжительностью, небольшим количеством больных с воспоминаниями болезненных переживаний и частично сохранными воспоминаниями реальных событий, большим числом (около 50%) случаев переходного психорганического синдрома.

Целью исследования являлось изучение роли факторов экологического неблагополучия (на модели города Щекино и Щекинского района Тульской области) в изменении клиники и возникновении интеллектуально-мнестических нарушений у больных, перенесших алкогольный делирий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящей работе представлены результаты клинико-психопатологического, психологического и статистического обследования 60 больных, впервые госпитализированных в наркологические учреждения Тульской области по поводу алкогольного делирия. В основную группу вошли 30 больных, постоянно проживающих в городе Щекино и Щекинском районе, относящихся к числу регионов с неблагоприятной экологической об-

становкой – неблагоприятные территории вследствие загрязнения окружающей природной среды от деятельности промышленных предприятий и транспорта [5]. Контрольная группа включала 30 больных алкогольным делирием, проживающих в относительно удовлетворительной экологической обстановке – относительно благополучные территории с экологической обстановкой без выраженных загрязнений окружающей природной среды от деятельности промышленных предприятий и автотранспорта, а также отсутствием радиоактивных загрязнений вследствие Чернобыльской аварии [5]. Все обследованные были мужского пола. Возрастной диапазон в основной и контрольной группах колебался от 23 до 52 лет. Средний возраст в основной группе составил $36 \pm 1,7$ года, в контрольной группе – $37 \pm 1,1$ года. Преобладающее число больных в основной и контрольной группах употребляли суррогатный алкоголь: самогон, спиртовые настойки боярышника, перца стручкового, медицинский асептический раствор.

Алкогольный делирий был диагностирован с использованием указаний МКБ-10 и Национального руководства по наркологии [16]. Интеллектуально-мнестические функции больных оценивались методикой исследования интеллекта Д. Векслера перед выпиской из стационара после завершения лечения. В связи с громоздкостью процедуры тестирования полным вариантом методики нами были выбраны несколько субтестов. Из группы вербальных субтестов: «общая понятливость», «сходство» и «повторение цифр»; из группы невербальных: «кубики Косса», «недостающие детали» и «шифровка».

Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью критерия (t) Стьюдента, критерия (U) Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнительная оценка клинических проявлений алкогольного делирия в обозначенных группах, проведенная путем анализа ряда параметров, отражающих тяжесть его течения (вариант алкогольного делирия, характер возбуждения, разновидность выхода из психоза, переходный синдром), показала, что для жителей региона с неблагоприятной экологической обстановкой характерна более тяжелая клиника алкогольного делирия, по сравнению со случаями проживания в относительно удовлетворительной экологической обстановке.

Изучение долевого распределения вариантов алкогольного делирия в основной и контрольной группах свидетельствует о том, что удельный вес больных с тяжелыми формами заболевания (де-

лирий с судорожным синдромом, мусситирующий делирий) выше в основной группе (соответственно 26,67% и 16,67%; $p < 0,05$). В то же время более легкие формы алкогольного делирия (классический, систематизированный) в этой группе регистрировались с меньшим удельным весом (соответственно 33,33%; $p < 0,05$ и 23,33%). Полученные результаты демонстрируют влияние неблагоприятной экологической обстановки у больных основной группы на формирование более тяжелых вариантов алкогольного делирия.

Оценка долевого распределения характера возбуждения у больных алкогольным делирием в зависимости от экологической обстановки в районе проживания показала более тяжелое течение заболевания в основной группе. Здесь наблюдался больший, чем в контрольной группе, удельный вес больных с двигательным беспокойством (46,67%; $p < 0,05$) и возбуждением в пределах постели (16,66%; $p < 0,05$). В основной группе зафиксирована меньшая доля, по сравнению с контрольной группой, выраженного возбуждения (соответственно 36,67%; 70,0%; $p < 0,05$).

При сравнительной оценке долевого распределения разновидностей выхода из психоза обнаружено, что для больных основной группы характерна литическая разновидность выхода (63,33%; $p < 0,05$). Для больных контрольной группы более свойственен критический выход из психоза (56,67%; $p < 0,05$). Как видно, по параметру «разновидность выхода из психоза» экологическое неблагоприятие способствует утяжелению алкогольного делирия.

Клинические проявления после выхода из острого психотического состояния – переходные синдромы Вика – свидетельствуют о тяжести перенесенного алкогольного делирия. У больных, проживающих в регионе с неблагоприятной экологической обстановкой (основная группа), наибольшая доля приходилась на самый тяжелый переходный психоорганический синдром (60,0%; $p < 0,05$). Она превышала в 3,6 раза аналогичный показатель в контрольной группе (16,66%). Для больных контрольной группы наиболее характерным был синдром эмоционально-гиперестетической слабости (астенический синдром), который регистрировался в 56,67% случаев, что 2,83 раза больше, чем в основной группе (20,0%; $p < 0,05$). Значительных отличий доли больных с резидуальным бредом в анализируемых группах не наблюдалось (контрольная группа – группа 26,67%, основная – 20,0%; $p < 0,05$).

Известно, что ведущими проявлениями органического психосиндрома (выявлен клинико-психологическим методом у 60,0% больных основной группы и 16,6% – контрольной) являются нарушения мнестических и мыслительных про-

цессов. Они были изучены рядом субтестов методики исследования интеллекта Д. Векслера. Обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости ($p < 0,01$) в показателях вербального, конструктивного и общего интеллекта у больных основной (проживающие в регионе с неблагоприятной экологической обстановкой) и контрольной (регион проживания с относительно удовлетворительной экологической обстановкой) групп. Объем памяти, преимущественно оперативной, а также концентрация, распределение, переключение внимания у больных основной группы ниже, чем у больных контрольной. Способность строить умозаключения на основе прошлого опыта, готовность к умственной деятельности, самостоятельность и социальная зрелость суждений, способность к логическому обобщению, абстрагированию, классификации, а также уровень развития понятийного мышления в большей степени сохранены у больных алкогольным делирием, проживающих в относительно удовлетворительной экологической обстановке. Кроме того, для них характерны более высокие уровни зрительно-моторной координации, скорости формирования новых навыков, аналитико-синтетических способностей, пространственного воображения, восприятия, способности дифференцировать существенное от второстепенного, а также умение анализировать целое через составляющие его части.

Полученные результаты комплексного обследования свидетельствуют о том, что сохранность интеллектуально-мнестической сферы больных, перенесших алкогольный делирий, проживающих в регионе с относительно удовлетворительной экологической обстановкой, выше.

Лечение больных алкогольным делирием осуществлялось в три этапа. На первом этапе (психотическом) проводили мероприятия, направленные на уменьшение интоксикации, купировали психопатологические расстройства, поддерживали жизненно важные функции организма. Лечение на втором этапе (постпсихотическом) предусматривало восстановление и нормализацию обменных процессов, воздействие на переходные синдромы Вика (органический психосиндром, резидуальный бред, астенический симптомокомплекс). На третьем этапе (реабилитационном) воздействовали на мотивационно-эмоциональные сдвиги, лежащие в основе стремления к повторному приему алкоголя. Речь шла о противоалкогольной терапии на фоне продолжающихся мероприятий второго этапа. Она была направлена на стабилизацию настроения, редукцию патологического влечения к алкоголю, формирование установок на трезвый образ жизни, профилактику рецидивов. Терапевтические меро-

приятия проводили с учетом наличия у больных сопутствующей соматической и неврологической патологии.

Для лечения больных алкогольным делирием использовали разнообразные терапевтические подходы [13]. Они включали детоксикационную и дегидратационную терапию, коррекцию метаболических нарушений, витаминотерапию, симптоматическую терапию, купирование психопатологических расстройств, нейрометаболическую терапию.

Нейрометаболическая коррекция, направленная на проявления органической патологии головного мозга у больных алкогольным делирием, не должна ограничиваться назначением препаратов с ноотропным эффектом. Для этих целей применяли более широкий круг медикаментозных средств, обладающих нейрометаболическим действием: витамины, гепатотропные средства, антиоксиданты. Корректирующие мероприятия учитывали отягчающее влияние факторов экологического неблагополучия. В таких случаях чередовали курсы парентерального введения ноотропов (пирацетам, пикамилон) с курсами их приема внутрь (аминалон, пантогам, семакс, фенотропил). При проживании в регионе с относительно удовлетворительной экологической обстановкой ограничивали курс лечения приемом ноотропов только перорально. У больных из региона экологического неблагополучия ноотропы сочетали с ангиопротекторами (церебролизин 10 мл/сут. внутривенно, инстенон 2 мл/сут. внутривенно капельно).

У всех больных алкогольным делирием обязательным и первоочередным компонентом нейрометаболической коррекции являлось назначение тиамин (витамина В₁). Тиамин вводили внутримышечно 2-3 раза по 100 мг. Его суточную дозу увеличивали до 500 мг больным, проживающим в регионе с неблагоприятной экологической обстановкой. Назначение тиамин у них дополнялось пиридоксином (витамин В₆) и никотиновой кислотой (витамин РР), которые вводились внутривенно. После завершения курса парентеральной терапии витаминами больных из экологически неблагоприятного региона переводили на пероральный прием препарата мильгамма, содержащего нейротропные витамины группы В (по 1 драже 3 раза в день в течение месяца).

Учитывая тесные гепатоцеребральные взаимосвязи у больных алкогольной зависимостью и рекомендации по коррекции алкогольной деградации гепатотропными средствами, для нейрометаболической коррекции использовали гепатотропные средства. При проживании в регионе с неблагоприятной экологической обстановкой проводили курсы парентерального введения гепа-

тотропных средств (метадоксил 300-600 мг/сут. внутривенно, тиоктовая кислота 300-600 мг/сут. внутривенно и др.). После выписки из стационара больным рекомендовали прием метадоксила в амбулаторных условиях до 3 месяцев по 500 мг 3 раза в сутки.

Антиоксидантную терапию, обладающую эффектом нейрометаболической коррекции, назначали всем больным алкогольным делирием с проявлениями органической патологии головного мозга. При наличии указаний на проживание в регионе с неблагоприятной экологической обстановкой антиоксидантная терапия начиналась на первом (психотическом) этапе лечения водорастворимыми антиоксидантами (мексидолом по 4-8 мл 5% раствора внутривенно капельно) с последующим переходом на втором и третьем этапах лечения на жирорастворимый антиоксидант токоферол (по 100 мг в сутки). Таким больным рекомендовали длительный прием (до 3 месяцев) токоферола (по 100 мг/сут.) амбулаторно. Использование антиоксидантов позволяет влиять на процессы перекисного окисления липидов и проницаемость мембран, что в конечном итоге повышает резистентность организма к действию экзогенных факторов среды.

Необходимость применяемого подхода к проведению нейрометаболической коррекции больным алкогольным делирием, проживающим в регионе экологического неблагополучия, возрастала в связи с высоким удельным весом среди них лиц с органическим поражением головного мозга. По сравнению со «Стандартами», здесь расширялся круг ноотропов, ангиопротекторов, гепатотропных средств, антиоксидантов, использовался дифференцированный подход при выборе способов введения и доз витаминов.

Таким образом, клиническая картина алкогольного делирия у лиц, проживающих в регионе с неблагоприятной экологической обстановкой, характеризуется более тяжелым течением заболевания. О тяжести клиники алкогольного делирия свидетельствовали преобладание в основной группе тяжелых форм алкогольного делирия, в психотическом состоянии двигательного беспокойства и возбуждения в пределах постели, предпочтительный литический выход из психоза, почти две трети случаев переходного психоорганического синдрома после выхода из острого психоорганического состояния.

Неблагополучная экологическая обстановка города Щекино и Щекинского района Тульской области (загрязнение окружающей природной среды от деятельности промышленных предприятий и транспорта) обуславливает утяжеление клинических проявлений алкогольного делирия.

Диагностика интеллектуально-мнестических расстройств и их коррекция в постпсихотическом периоде алкогольного делирия позволят сформировать адекватную установку на проведение противоалкогольного лечения и разработать для больных дифференцированные реабилитационные мероприятия.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамова Т.А.* Структура и динамика психических нарушений у больных, перенесших различные виды алкогольного делирия // Наркология. – 2003. – № 7. – С. 28-32.
2. *Альциулер В.Б.* Алкоголизм. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 264 с.
3. *Бохан Н.А., Матвеева Н.П., Афонская И.И.* Этнокультуральные особенности течения алкогольных психозов в республике Саха (Якутия) // Сибирский вест. психиатр. и нарколог. – 2010. – № 2 (59). – С. 125-128.
4. *Гофман А.Г., Орлова М.А., Меликсетян А.С.* Алкогольные психозы: клиника, классификация // Социальн. и клин. психиатр. – 2010. – № 1 (Т. XX). – С. 5-12.
5. *Желтиков А.А., Желтиков В.А., Желтиков Ю.А., Новикова И.С., Корнеева Л.Н.* Экология, адаптация и здоровье населения Тульского региона: монография. – Тула : Промпилот, 2012. – 306 с.
6. *Иванец Н.Н., Винникова М.А.* Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 409-442.
7. *Кошкина Е.А., Киржанова В.В.* Эпидемиология наркологических заболеваний // Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 15-31.
8. *Куржупов К.А., Погосов А.В.* Клинико-динамическая оценка алкогольных психозов в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя // Курск. науч.-практ. вестн. «Человек и его здоровье». – 2009. – № 2. – С. 61-73.
9. *Масленников А.А., Уманский С.М.* Патоморфоз алкогольного делирия // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 1. – С. 40-43.
10. *Миневич В.Б., Красик Е.Д., Короленко Ц.П.* Эпидемиология психозов, связанных с потреблением алкоголя. – Томск, 1990. – 87 с.
11. *Немкова Т.И.* Когнитивные и аффективные нарушения у больных острым алкогольным галлюцинозом // Наркология. – 2012. – № 1. – С. 49-52.
12. *Пивень Б.Н.* Экологическая психиатрия. – Барнаул, 2001. – 136 с.
13. *Погосов А.В.* Проблемы наркологии (лекционный курс). – Курск : КГМУ, 2005. – 216 с.
14. *Погосов А.В., Куржупов К.А.* Алкогольные психозы (клиника, патоморфоз, терапия). – Курск : ГОУ ВПО КГМУ Минздравсоцразвития России, 2011. – 216 с.
15. *Сиволап Ю.П., Дамулин И.В., Менделевич С.В.* Психические нарушения в постпсихотическом периоде алкогольной белой горячки // Журнал невролог. и психиатр. – 2011. – № 11, вып. 2 – С. 28-29.
16. *Стрелец Н.В., Уткин С.И.* Алкогольные (металкагольные) психозы // Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 445-476.
17. *Wright T., Myrick H., Henderson S.* Risk Factors for delirium tremens: a retrospective chart review // Am. J. Addict. – 2006. – Vol. 15, N 3. – P. 213-219.