

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ: КЛИНИКА, КЛАССИФИКАЦИЯ*

А. Г. Гофман, М. А. Орлова, А. С. Меликсетян

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Изучение алкогольных психозов актуально в связи с их патоморфозом, а также в связи с тем, что частота возникновения алкогольных психотических состояний отражает уровень алкоголизации населения (так называемую алкогольную ситуацию в стране).

О том, насколько значимо изучение алкогольных психозов свидетельствуют следующие данные. Если принять, что 6% населения России обнаруживают бесспорные признаки зависимости от алкоголя, то за год один психоз приходится на 60 больных алкоголизмом. На 20 состоящих под наблюдением в наркологических кабинетах больных алкоголизмом приходится один алкогольный психоз в течение года. Почти каждый пятый госпитализированный больной алкогольной зависимостью (19,5%) – это больной алкогольным психозом. Доля больных алкогольными психозами среди лиц с впервые в жизни установленным диагнозом алкогольной зависимости столь велика потому, что выявление больных алкогольными психозами идет более интенсивно (за счет госпитализации), чем больных алкоголизмом, весьма часто стремящихся избежать обращения в наркологические амбулаторные учреждения.

В 2008 году в России зарегистрировано 114 067 больных алкогольными психозами (впервые в жизни – 57 947).

Из всех показателей, характеризующих частоту алкогольных психозов, наиболее точным является уровень госпитализации больных алкогольными психозами в психиатрические и наркологические стационары. Именно с помощью этого показателя удается наиболее точно судить о числе возникающих в течение года алкогольных психозов. Разумеется, часть алкогольных психозов не регистрируется. Это психозы, возникающие и купирующиеся в соматических стационарах, а также кратковременные и abortивные психотические состояния, по поводу которых пациенты не стационарируются ни в психиатрические, ни в наркологические отделения.

Доля нерегистрируемых алкогольных психозов неизвестна, но почти у каждого третьего больного алкогольным психозом, потребовавшим госпитализации, в анамнезе отмечаются abortивные алкогольные психотические состояния.

Говоря об алкогольных психозах, мы имеем в виду психотические состояния, главным и обязательным фактором возникновения которых является многодневное злоупотребление алкоголем на протяжении ряда лет. Поэтому понятие «алкогольный психоз» не равнозначно понятию «психоз у больного алкоголизмом» (у больного алкоголизмом могут возникать эндогенные, органические и иные неалкогольные психозы).

Особую группу образуют экзогенные (алкогольные) психозы у больных эндогенными психическими заболеваниями (шизофрения и заболевания шизофренического спектра). Эта группа психотических состояний должна рассматриваться отдельно от психозов, возникающих при наличии изолированной алкогольной зависимости. Вместе с тем с определенной частотой при сочетании шизофрении и заболеваний шизофренического спектра с алкоголизмом возникают не только атипичные, но и типичные острые алкогольные психозы, протекающие в форме делириев и кратковременных вербальных галлюцинозов (обычно при малопрогрессирующем течении шизофренического процесса).

О взаимосвязи уровня потребления населением алкоголя и частоты возникновения алкогольных психозов свидетельствуют данные на приводимом ниже графике, где отражена частота возникновения алкогольных психотических состояний за период с 1984 по 2008 годы [12] (рис. 1).

Из графика следует, что в связи с ограничением продажи спиртных напитков, начиная с 1985 года, началось резкое снижение числа зарегистрированных алкогольных психозов: в 1984 году – 68,0 на 100 000 населения, в 1988 – 18,5. Как только прекратилось ограничение продажи спиртных напитков, начался рост числа алкогольных психозов, достигший максимума в 1994 году (114,1). Одновременно отмечалось увеличение доли алкогольных делириев по сравнению с долей алкогольных галлюцинозов,

* Доклад на Первом Российском Национальном Конгрессе по наркологии

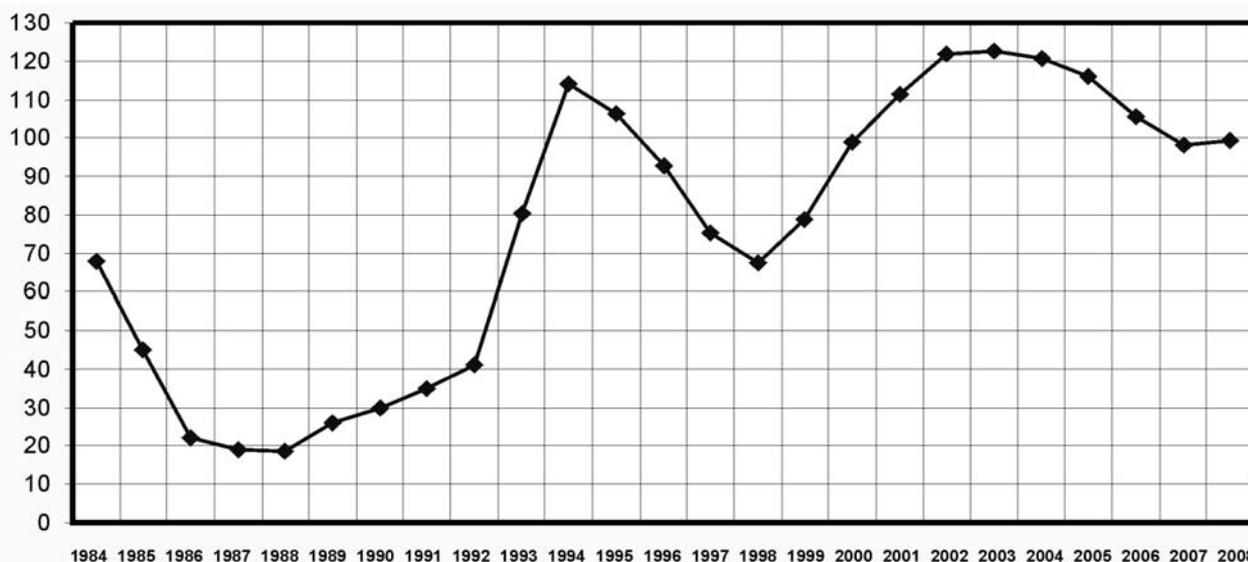


Рис. 1. Показатели госпитализации больных алкогольными психозами

увеличение частоты алкогольных энцефалопатий, увеличение смертности больных алкогольными делириями. Затем с 1994 по 1998 годы отмечалось снижение числа алкогольных психозов (в 1998 году – 64,47). Резкий рост числа алкогольных психозов, начавшийся с 1999 года и достигший максимума в 2003 (122,6), следует рассматривать как отражение возросшего душевого потребления алкоголя населением, в том числе и больными алкоголизмом, как это отмечалось в начале 90-х годов.

Поэтому не вызывает удивления приводимая цифра душевого потребления абсолютного алкоголя в 2008 году (18 литров на душу населения, включая младенцев и стариков). В действительности эта цифра может оказаться большей.

Частота алкогольных психозов к настоящему времени остается очень высокой (в 2008 г. – 99,29), она намного выше, чем в 1984 году, когда готовилось постановление об ограничении продажи спиртных напитков (реализация началась со второй половины 1985 г.).

Целесообразным представляется сравнение частоты алкогольных психозов в России с тем, что наблюдается в ряде других стран (табл. 1).

Из данных, опубликованных на официальном сайте ВОЗ, следует, что по частоте алкогольных психозов Россия находится на 24 месте (между Литвой и Чехией), чаще всего психозы возникают в Германии (340 на 100 000 нас.). Эти цифры могут вызывать лишь недоумение, тем более, что по официальным данным в России в 2006 году возникло не 46,49, а 105,35 психозов на 100 000 населения.

Видимо, методика определения числа алкогольных психозов, используемая ВОЗ, весьма несовершенна, так как игнорирует реальное число зарегистрированных в 2006 году алкогольных психозов в России (табл. 1).

Еще большее недоумение вызывают данные ВОЗ о потреблении абсолютного алкоголя на душу населения в 2003–2005 годах (табл. 2).

Согласно этим данным, Германия занимает 4-е место (по психозам – первое), а Россия – 18-ое.

Таблица 1

Число алкогольных психозов на 100 000 населения (по данным ВОЗ)

Страна	Год	Показатель	Страна	Год	Показатель		
1	Туркмения	2007	0,02	16	Белоруссия	2007	19,68
2	Турция	1998	0,04	17	Румыния	2007	19,32
3	Болгария	2007	0,14	18	Греция	2005	18,89
4	Азербайджан	2007	0,16	19	Швейцария	2005	22,83
5	Таджикистан	2006	0,3	20	Молдавия	2007	23,15
6	Албания	2007	0,51	21	Дания	2007	31,55
7	Бельгия	2004	0,63	22	Латвия	2007	41,65
8	Италия	1995	0,74	23	Литва	2007	43,13
9	Италия	2007	0,95	24	Чехия	2007	62,4
10	Грузия	2002	0,96	25	Словакия	2007	165,22
11	Армения	2007	1,18	26	Польша	2005	182,46
12	Узбекистан	2007	2,13	27	Эстония	2007	225,32
13	Киргизстан	2007	8,47	28	Казахстан	2007	317,19
14	Хорватия	2007	18,3	29	Германия	2006	340,0
15	Украина	2006	18,6	30	Россия	2006	46,49 (105,35)

Удивление вызывают приводимые данные по Белоруссии (4,8 л), Казахстану (2,43 л), Украине (5,15 л). Скорее всего, данные ВОЗ не отражают потребление подпольно произведенного алкоголя. В России уровень душевого потребления абсолютного алкоголя в 1984 году составлял примерно 10,5 только по официальным данным; вряд ли в 2003 году, когда

Таблица 2

Потребление абсолютного алкоголя на душу населения

	Страна	Год	Показатель
1	Люксембург	2003	14,61
2	Греция	2003	13,67
3	Эстония	2004	13,4
4	Венгрия	2003	11,6
5	Германия	2003	10,71
6	Ирландия	2005	10,61
7	Хорватия	2003	10,51
8	Австрия	2003	10,31
9	Молдавия	2002	10,2
10	Испания	2003	9,99
11	Франция	2003	9,95
12	Дания	2003	9,84
13	Словакия	2003	9,48
14	Португалия	2003	9,38
15	Англия	2003	9,29
16	Кипр	2003	9,04
17	Бельгия	2003	8,93
18	Россия	2003	8,87
19	Словения	2005	8,83
20	Литва	2003	8,56
21	Латвия	2003	8,36
22	Босния и Герцеговина	2003	8,32
23	Финляндия	2005	8,23
24	Нидерланды	2003	7,79
25	Греция	2003	7,68
26	Италия	2003	7,61
27	Румыния	2003	7,39
28	Польша	2003	6,68
29	Швеция	2003	5,62
30	Исландия	2003	5,47
31	Мальта	2003	5,36
32	Украина	2003	5,15
33	Болгария	2003	5,04
34	Норвегия	2003	4,82
35	Белоруссия	2003	4,8
36	Азербайджан	2003	3,12
37	Казахстан	2003	2,43
38	Киргизия	2003	2,43
39	Македония	2003	1,92
40	Албания	2003	1,66
41	Израиль	2003	1,65
42	Грузия	2003	1,29
43	Армения	2003	1,05
44	Узбекистан	2003	1,00
45	Турция	2003	0,96
46	Туркменистан	2003	0,72
47	Таджикистан	2003	0,25

число алкогольных психозов было максимальным за всю историю страны, он снизился до 8,87.

Параллельно росту числа алкогольных психозов увеличивается и летальность больных наркологическими расстройствами в стационаре. Так, в 1999 году она составляла 13,2 (на 1 000 выбывших), а в 2003 году – 18,4.

Смертность больных алкогольными психозами в разных учреждениях и регионах РФ колеблется от 0,5 до 4%.

Расхождения в частоте возникновения алкогольных психозов могут объясняться различным уровнем потребления алкоголя населением, различными формами потребления спиртных напитков (ежедневное потребление относительно небольших дозировок алкоголя и запойное пьянство), различным подходом к диагностике алкогольных психозов.

Так, трудно чем-либо объяснить расхождения в количестве зарегистрированных больных алкогольными психозами на европейской территории РФ: в Москве – 39,49 на 100 000 населения, в Санкт-Петербурге – 61,34, в Тульской области – 148,31, в Ивановской – 175,81. Конечно, существуют различия, объяснимые уровнем потребления алкоголя в разных регионах. Так, различия в показателях по республике Дагестан (4,28 больных алкогольным психозом на 100 000 нас.) и Магаданской области (312,99) вполне объяснимы. В Магаданской области в 2008 году 5,56% населения страдают зависимостью от алкоголя, в республике Дагестан – 0,38%.

Статистика свидетельствует, что наиболее часто среди всех алкогольных психозов (примерно в 90% случаев) возникают острые алкогольные психозы. Обоснованным представляется их рассмотрение с учетом тяжести состояния. В наибольшей степени тяжесть состояния при острых алкогольных психозах определяется глубиной помрачения сознания. Если учитывать именно эту характеристику психотических состояний, то их можно расположить следующим образом (табл. 4) [7, 8].

Исходом острых психозов может быть полное выздоровление (через этап астении), транзиторное слабоумие, транзиторный корсаковский психоз, стойкий психоорганический синдром или стойкое слабоумие различной структуры, стойкий амнестический синдром (корсаковский психоз).

Таблица 3

Летальность больных наркологическими расстройствами в стационаре (на 1 000 выбывших)

Год	Показатель
1999	13,2
2000	15,4
2001	18,5
2002	18,3
2003	18,4
2004	15,9
2005	16,2
2006	13,1
2007	12,2
2008	12,7

Таблица 4

Наиболее часто встречающиеся психотические состояния

№	Симптоматика
1	Острый параноид (бред преследования, физического уничтожения)
2	Острый галлюциноз с преобладанием бреда преследования
3	Острый галлюциноз с преобладанием тоскливости
4	Острый галлюциноз с обилием обманов восприятия (в том числе с явлениями кратковременного ступора)
5	Острый галлюциноз с эпизодическими зрительными галлюцинациями
6	Острый галлюциноз, на высоте которого возникает делириозное или онейроидное помрачение сознания
7	Чередование клинической картины галлюциноза и делирия в разное время суток
8	Смена галлюциноза делирием или промежуточные между галлюцинозом и делирием состояния
9	Ориентированный делирий, гипнагогический делирий и зрительный галлюциноз
10	Ложная ориентировка с суетливостью без обманов восприятия (делирий без делирия)
11	Делирий с обильными обманами восприятия и дезориентировкой или ложной ориентировкой (систематизированный, с преобладанием слуховых обманов, классический, с психическими автоматизмами, фантастический)
12	Профессиональный делирий
13	Гиперкинетический делирий
14	Дезориентировка с оглушенностью
15	Аменция (галлюцинаторная)
16	Мусситирующий делирий
17	Сопор и кома
18	Транзиторное слабоумие (в том числе обратимый амнестический синдром)
19	Стойкий психоорганический синдром или стойкое слабоумие (в том числе корсаковский синдром)

Острый алкогольный параноид (алкогольный бред преследования), описанный впервые Н.П.Тяпугиным в 1914 году – редкий психоз. Он возникает во второй стадии алкоголизма в первые дни после окончания многодневного злоупотребления алкоголем. Синдромологически – это острый параноид, ничем существенным не отличающийся от ситуационного параноида (параноида внешней обстановки), описанного С.Г.Жислиным. Если и возникают единичные обманы восприятия, то в самом начале психоза, содержание их никак не связано с тематикой бреда. Бред часто принимает форму бреда физического уничтожения, сопровождается аффектом страха. Чувственный бред сочетается с типичными формами поведения: бегством, обращением за помощью, напряженным ожиданием в стационаре после госпитализации. Больные никогда не совершают агрессивных поступков и суицидальных попыток. В отличие от шизофрении не возникают кататонические, депрессивно-параноидные, галлюцинаторно-параноидные (проявления психического автоматизма) и деперсонализационные расстройства. Психоз длится не более 10 дней. После окончания параноида отсутствуют характерные для шизофрении изменения личности. На всем протяжении психоза отсутствуют признаки помра-

чения сознания (нет ни отрешенности, ни амнезии, ни нарушения ориентировки в конкретно-предметной обстановке [5, 7]).

Острый алкогольный галлюциноз с преобладанием бреда преследования также возникает после окончания запоя (псевдозапоя) в состоянии похмелья. Слуховые обманы скудные, они сочетаются с бредом преследования, который отражает содержание вербальных галлюцинаций. Сознание на всем протяжении психоза не расстроено. Этот психоз занимает промежуточное положение между острым параноидом и острым галлюцинозом.

Острый галлюциноз с преобладанием депрессивных проявлений также должен рассматриваться как психоз, занимающий промежуточное положение. Обманы восприятия скудные (обвиняющие «голоса»), доминирует тоскливый аффект. Признаки помрачения сознания отсутствуют.

Острый галлюциноз с обилием обманов восприятия – второй по частоте алкогольный психоз. На всем протяжении психоза доминируют обильные вербальные галлюцинации и тесно связанный с ними бред преследования, угрозы, обвинения. Возможно возникновение патологических телесных ощущений, бреда инструментального воздействия, колдовства, постороннего воздействия. Характерно сочетание бреда воздействия с истинными обманами восприятия. На высоте развития психоза при наплыве вербальных галлюцинаций возникают признаки легкого помрачения сознания (отрешенность, нарушения внимания, частичная амнезия некоторых психотических переживаний).

Далее следуют алкогольные психозы, занимающие промежуточное положение между типичным галлюцинозом и делирием.

Острый вербальный галлюциноз с эпизодическими возникающими зрительными галлюцинациями характеризуется признаками транзиторного помрачения сознания в период появления зрительных обманов. После их исчезновения явных признаков нарушения сознания не обнаруживается.

Острый алкогольный галлюциноз, на высоте развития которого возникает кратковременное делириозное или онейроидное помрачение сознания – это промежуточный психоз между галлюцинозом и делирием. Онейроид или делирий возникают обычно в ночное время, существуют несколько часов, затем состояние, как и в начале психоза, определяется вербальным галлюцинозом. Содержание делирия или онейроида может частично амнезироваться [6].

Существуют психозы, протекающие в форме чередования клинической картины галлюциноза и делирия на протяжении нескольких дней. В дневное время доминируют вербальные галлюцинации и тесно связанный с ними чувственный бред, ночью клиническая картина определяется наличием делириозного помрачения сознания с дезориентировкой, суетливым возбуждением, доминированием зрительных галлюцинаций.

Еще одна разновидность острых алкогольных психозов – это смена галлюциноза делирием и промежуточные между делирием и галлюцинозом состояния. Тридцать процентов делириев начинаются с синдрома вербального галлюциноза, а затем, по мере нарастания помрачения сознания начинают доминировать зрительные галлюцинации и формируется типичная картина делирия. В некоторых случаях трудно отнести психоз к галлюцинозу или делирию в связи с частыми колебаниями глубины помрачения сознания, когда преобладают то вербальные, то зрительные галлюцинации; то больные правильно ориентированы, то ложно ориентированы или дезориентированы в конкретно-предметной обстановке.

Все психозы, занимающие промежуточное положение между галлюцинозом и делирием, ранее описывались как синдром моста.

Психозы, протекающие с той или иной глубиной помрачения сознания, возникают при таких формах как ориентированный делирий, гипнагогический делирий и зрительный галлюциноз.

Ориентированный делирий достаточно часто является начальным этапом белой горячки, но в некоторых случаях полностью определяет клиническую картину психоза. Отмечается появление разнообразных зрительных галлюцинаций, локализованных в реальном пространстве. Ориентировка в конкретно-предметной обстановке сохраняется, больные не путают окружающих, могут правильно назвать дату. Все же внимание неустойчивое, критика к обманам восприятия отсутствует, возможна бредовая трактовка галлюцинаций, поведение определяется содержанием галлюцинаторных образов.

Гипнагогический делирий характеризуется наплывом зрительных галлюцинаций при закрытых глазах в ночное время с одновременным нарушением ориентировки в пространстве. Одной из форм гипнагогического делирия называлось патологическое состояние, выражающееся в возникновении сновидений, содержание которых характерно для типичной белой горячки (животные, проникновение злоумышленников в квартиру, сцены измены жены и т.д.) и неправильном поведении в течение некоторого времени после пробуждения. Иногда гипнагогический делирий предвещает развитие типичной белой горячки.

Зрительный галлюциноз – психотическое состояние, наблюдаемое в редких случаях после этапа развернутого делирия. Больные начинают правильно себя вести, восстанавливается ориентировка в месте и времени, но периодически возникают зрительные, однотипные галлюцинации, локализованные в реальном пространстве (мелкие животные на полу, насекомые или птицы на стенах или потолке). Обманы восприятия вначале воспринимаются без критики. Патологическое состояние может длиться несколько недель и свидетельствует о наличии алкогольной энцефалопатии.

Делирий без делирия – это психоз, характеризующийся нарушением ориентировки в конкретно-пред-

метной обстановке, иногда ложной ориентировкой, нарушением внимания, когнитивными расстройствами, суевым поведением. Обманы восприятия при этом отсутствуют. Подобное состояние можно наблюдать в начале развития типичной белой горячки, в периоды временного отсутствия обманов восприятия во время развернутого делирия. В некоторых случаях вся патология ограничивается появлением ложной ориентировки с суевостью и может расцениваться как состояние спутанности алкогольной этиологии.

Типичный делирий или классическая белая горячка характеризуется сновидным галлюцинаторным помрачением сознания с нарушением ориентировки, суевым возбуждением, обильными обманами восприятия. Доминируют зрительные галлюцинации, реже встречаются слуховые, тактильные, термические и иные. В тех случаях, когда содержание делирия образует сюжетно объединенные галлюцинаторные сцены, можно говорить о систематизированном делирии. Систематизированные делирии иногда протекают с преобладанием слуховых галлюцинаций.

В части наблюдений отмечаются разнообразные проявления синдрома психического автоматизма (сенсорные, идеаторные, моторные автоматизмы), в этих случаях психоз можно квалифицировать как атипичный.

Еще более сложным по структуре является фантастический делирий, или алкогольный онейроид, когда к атипичной симптоматике присоединяются фантастические по содержанию галлюцинаторные сцены (войны, сражения, путешествия, в том числе на другие планеты).

Вне зависимости от вида развернутого алкогольного делирия всегда можно выделить продуктивную и дефицитарную симптоматику. К продуктивной симптоматике относятся обманы восприятия (галлюцинации и иллюзии), патологические телесные ощущения (от парестезий до сенестопатий), расстройства схемы тела, чувственный бред, конфабуляции, эмоциональные расстройства (страх, приподнятое настроение, редко – восторженность, удивление, гнев, протест). Дефицитарную симптоматику образуют нарушения внимания, памяти, ориентировки, разнообразные когнитивные нарушения, нарушения мышления, некритичность.

Делирий длится несколько суток, заканчивается чаще критически после длительного (многочасового) сна, реже – литически. После окончания психоза отмечается астеническое состояние. В тех случаях, когда в течение нескольких недель возникает делириозное помрачение сознания (протрагированный делирий), речь идет обычно об алкогольной энцефалопатии, сочетающейся нередко с соматической патологией.

Делирий чаще всего возникает в течение первых трех суток после прекращения пьянства, на высоте алкогольного абстинентного синдрома. Делирии,

возникающие на 4–6 сутки после прекращения злоупотребления алкоголем, нередко протекают достаточно тяжело.

Наиболее тяжело протекают алкогольные психозы, сопровождающиеся исчезновением обманов восприятия и нарастающим помрачением сознания.

При профессиональном делирии обилие обманов восприятия уменьшается, сохраняется ложная ориентировка, непрекращающееся суетливое возбуждение, содержанием делирия является привычная или профессиональная деятельность (делирий занятости).

Еще более тяжелым состоянием является гиперкинетический делирий, когда на фоне глубокого помрачения сознания наблюдается двигательное возбуждение с разнообразными гиперкинезами (не только генерализованный тремор, но и миоклонии, хореоформный гиперкинез, автоматизированные движения). Возбуждение, как правило, молчаливое, вступить в контакт с больным невозможно. Гиперкинетический делирий может прерываться периодами успокоения, когда состояние определяется наличием дезориентировки с оглушенностью.

Очень тяжелым состоянием считается мусситирующий делирий, характеризующийся глубоким помрачением сознания, бормотанием, невнятными отрывочными высказываниями, характерной неврологической симптоматикой. В некоторых случаях состояние можно квалифицировать как галлюцинаторный вариант аменции. При утяжелении состояния и нарастании глубины помрачения сознания возникает сопор и гипертермическая кома (температура тела выше 40°C).

Гиперкинетический делирий, дезориентировка с оглушенностью, мусситирующий делирий, аментивное состояние характеризуют течение тяжело протекающего алкогольного делирия. Тяжесть состояния определяется патологией мозга (дисциркуляторные нарушения, отек мозга). В случае присоединения к типичному делирию тяжелого соматического заболевания говорят об осложненном делирии, а не о тяжелопротекающем. Смерть больных во время тяжелой белой горячки наступает в результате падения артериального давления и возникновения коллапса. На долю тяжелопротекающих делириев приходится не более 10% всех белогорячных состояний. Частота их возникновения зависит от времени начала лечения и качества лечебного процесса [1, 3, 7, 13].

Исходом типичной белой горячки является полное выздоровление, тяжелая белая горячка нередко рассматривается как острая форма энцефалопатии Гайе-Вернике и ее исходом может быть формирование обратимого или необратимого психоорганического синдрома (вплоть до слабоумия) или амнестического синдрома (обратимый и необратимый корсаковский психоз).

Острые алкогольные психозы (делирий и галлюциноз) могут протекать в форме кратковременных или abortивных состояний, что вряд ли позволяет

относить их к группе атипичных психозов. Так, алкогольный делирий может длиться несколько часов (кратковременный делирий) или же психотическое состояние укладывается в рамки начальной стадии белой горячки (abortивный делирий). Точно так же алкогольный галлюциноз может продолжаться несколько часов (кратковременный галлюциноз) или приостановиться на начальной стадии развития психоза (abortивный галлюциноз) [11, 19].

К затяжным алкогольным галлюцинозам относятся психозы, длящиеся от месяца до одного года. Они могут протекать с преобладанием обманов восприятия, с выраженными проявлениями депрессии (тревно-тоскливый аффект), с преобладанием бредовых расстройств и относительно скудными обманами восприятия, с появлением отдельных проявлений синдрома психического автоматизма. Во всех случаях эти редкие психотические состояния характеризуются отсутствием изменений мышления и эмоционально-волевой сферы, характерных для шизофрении [7].

Хронический алкогольный галлюциноз – очень редкий алкогольный психоз, при котором вербальные галлюцинации не исчезают на протяжении года (чаще – в течение многих лет или пожизненно). Вербальный галлюциноз может сочетаться с критической или полукритической оценкой обманов восприятия. В некоторых случаях формируется бред, появляются некоторые проявления синдрома психического автоматизма и идеи величия (парафренный синдром). Во всех случаях не возникают изменения мышления и эмоционально-волевой сферы, характерные для шизофрении. При длительном воздержании от алкоголя хронический алкогольный галлюциноз может подвергнуться обратному развитию [7].

К затяжным и хроническим алкогольным психозам относят алкогольный бред ревности (бред супружеской неверности). Это систематизированный паранойальный бред, возникающий у больных алкоголизмом после многолетнего злоупотребления алкоголем.

Психоз развивается или у лиц с выраженной деградацией личности или у пациентов с особым складом характера. Этих лиц в преморбиде отличают такие особенности как недоверчивость, подозрительность, постоянное ожидание козней и неприятностей от окружающих. Иногда наблюдаются несколько иные черты характера: злопамятность, жадность, упрямство, уверенность в своей правоте по любому вопросу. Бред ревности чаще всего сопровождается аффектом злобы, гневом, стремлением разоблачить и наказать «изменницу жену». Намного реже встречается тоскливый аффект.

В части наблюдений отмечается дезактуализация бреда, в большинстве наблюдений критика не появляется и поведение больных может представлять опасность для окружающих, прежде всего для жен. Бред ревности крайне редко возникает у женщин. Обострение состояния нередко связано с продолжающимся злоупотреблением алкоголем.

Алкогольные энцефалопатии достаточно часто возникают при многолетнем злоупотреблении алкоголем. Они характеризуются появлением психоорганического синдрома и характерной неврологической симптоматики (патология в виде атрофии серого вещества, расширения желудочков, поражения мозжечка и других отделов легко устанавливается при компьютерной томографии и МРТ). Наряду с этим известны и особые формы энцефалопатии. В России они представлены корсаковским психозом и алкогольным слабоумием (алкогольным псевдопараличом). В большинстве случаев наблюдаются промежуточные картины, когда имеются и грубые нарушения памяти и той или иной степени выраженности интеллектуальный (гностический) дефект. Весьма часто при этом отмечаются проявления полиневропатии [9].

Острые алкогольные психозы нередко протекают в виде синдромологически разных состояний. Эти психозы целесообразно обозначать как структурно-сложные. Чаще всего наблюдается смена вербального галлюциноза делирием, острого параноида – делирием, реже делирий сменяется вербальным галлюцинозом. Психоз может протекать в форме острого параноида, сменяющегося галлюцинозом, а заканчиваться делириозным помрачением сознания.

Повторно возникающие алкогольные психозы иногда не совсем точно обозначают как рецидивирующие. Все эти психозы возникают каждый раз после многодневного злоупотребления алкоголем, то есть в результате рецидива алкоголизма или продолжающегося злоупотребления алкоголем. Не существует наблюдений, подтверждающих возможность спонтанного возникновения повторных алкогольных психозов. Обычно повторные психозы возникают только у 50% больных, третьи – у 25%, четвертые – у 12–13% пациентов.

Для повторных психозов характерна последующая смена делириев галлюцинозами, но в некоторых случаях все повторные психозы протекают в форме делирия или галлюциноза. Смена делирия галлюцинозом частично может объясняться возникновением алкогольной энцефалопатии, падением толерантности к алкоголю, уменьшением суточной дозировки спиртного и как следствие более легким течением абстинентного синдрома. Иногда наблюдается чередование делириев и галлюцинозов при повторном возникновении психозов, делирию часто предшествует более длительный запой, галлюцинозу – менее длительный. Соответственно перед возникновением делирия абстинентный синдром выглядит более тяжелым, могут наблюдаться судорожные припадки (особенно перед возникновением тяжело протекающего делирия).

К атипичным психозам целесообразно относить лишь те психотические состояния, в структуре которых появляется симптоматика, свойственная эндогенным психозам, реже – органическим психозам. В эту группу могут быть отнесены галлюцинозы с выраженной депрессией, с кратковременным,

длящимся несколько часов ступором, зрительный галлюциноз без признаков помрачения сознания, атипичный делирий и фантастический делирий (алкогольный онейроид).

Существует группа патологических состояний алкогольной этиологии, которые вряд ли следует рассматривать в качестве алкогольных психозов. Так, алкогольная эпилепсия – это судорожные припадки в структуре алкогольного абстинентного синдрома. Психотические проявления здесь просто отсутствуют, да и термин «алкогольная эпилепсия» не очень удачен (это судорожная реакция мозга на интоксикацию со снижением порога судорожной готовности в первые несколько дней после прекращения массивного пьянства).

Дипсомания – это определенная форма запоев в третьей стадии алкоголизма, встречающаяся также при сочетании алкоголизма с эпилепсией, аффективными расстройствами и некоторыми формами малопрогрессирующей шизофрении, протекающей с преобладанием аффективных расстройств. Называть эту разнородную группу патологических состояний одним термином, вряд ли оправдано. Термин «дипсомания» можно сохранить только для обозначения запоев в третьей стадии алкоголизма, а в остальных случаях следует диагностировать коморбидную патологию.

Алкогольная депрессия стала модным обозначением ряда разнородных состояний. Сюда относят вариант алкогольного абстинентного синдрома, протекающего с тревожно-депрессивной или тоскливой окраской настроения, а также психогенные и эндогенные расстройства настроения, сочетающиеся с алкоголизмом. Существование особой формы расстройства настроения алкогольной этиологии вне рамок абстинентного синдрома весьма сомнительно [10, 16, 18, 20].

Несмотря на разнообразие лекарственных средств и методов, предложенных для купирования алкогольных психозов, вырисовываются некоторые определяющие принципы терапии. Лечение больных острым параноидом, острым и затяжным алкогольным галлюцинозом требует обязательного назначения антипсихотиков в сочетании с противотревожными средствами, в некоторых случаях – в сочетании с антидепрессантами [5–7, 11, 17, 19].

Лечение больных хроническими алкогольными галлюцинозами малоэффективно, удается только купировать обострение состояния, вызванного очередным запоем. Все надежды связаны с проведением противоалкогольной терапии, которая иногда способствует исчезновению обманов восприятия.

Любые делириозные состояния, кроме тяжело протекающих, купируются препаратами, вызывающими длительный сон и двигательное успокоение. Обычно это успешно осуществляется с помощью комбинации седатиков, diazепинов, этилового спирта, сердечно-сосудистых средств и восполнения потери жидкости. Поскольку при этих психозах

нет грубого нарушения гомеостаза, психозы купируются в течение нескольких суток. Обратное развитие делириев может быть ускорено дополнительным назначением небольших доз галоперидола, зипрексы, клопиксола [1–4, 17].

Терапия больных тяжело протекающим делирием требует проведения экстренных мероприятий, направленных на нормализацию гомеостаза, то есть устранения гипоксии, ацидоза, гиповитаминоза, коррекцию водно-электролитного обмена. Одна из важнейших задач – предупреждение отека мозга и легких, борьба с возникшим отеком мозга. Показано проведение инфузионной терапии в условиях реанимационного отделения, где постоянно контролируется содержание ионов калия, натрия, определяется Ph крови. Нередко для проведения многочасо-

вой инфузионной терапии требуется вначале ввести больного в состояние наркоза с помощью тиопентала (пентотала) натрия. В зависимости от состояния используется этиловый спирт, оксибутират натрия, преднизолон, большие дозы тиамин. Терапия тем успешнее, чем ранее начато интенсивное лечение, чем качественнее оно проводится [7, 14, 15].

Лечение больных алкогольными энцефалопатиями, к сожалению, недостаточно результативно. Даже при применении больших дозировок тиамин, поливитаминов и ноотропов (пирацетам в больших дозировках), полное восстановление психического функционирования наблюдается весьма редко. Все же при интенсивном и длительном лечении в части наблюдений удается достигнуть улучшения состояния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Т.А. Динамика интеллектуально-мнестических нарушений у больных, перенесших алкогольный делирий: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2006. 22 с.
2. Арана Д., Розенбаум Д. Фармакотерапия психических расстройств. М., 2004. 415 с.
3. Бегунов В.И. Клинические варианты белой горячки: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Л., 1978. 20 с.
4. Бурдаков А.В. Сравнительная эффективность комплексных методов купирования алкогольного делирия: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1998. 20 с.
5. Гофман А.Г. Клиника и дифференциальная диагностика алкогольных параноидов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1961. 21 с.
6. Гофман А.Г. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение алкогольных галлюцинозов: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1968. 38 с.
7. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М., 2003. 214 с.
8. Гофман А.Г., Бегунов В.И. Проблема лечения больных алкогольными психозами // Вопросы профилактики, клиники и лечения алкоголизма и неалкогольных наркоманий. М., 1975. С. 176–185.
9. Кузнецова Ц.В. Клиника алкогольных энцефалопатий с грубыми интеллектуально-мнестическими расстройствами: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003. 25 с.
10. Минутко В.Л. Депрессия. М., 2006. 319 с.
11. Нижниченко Т.И. Клиника алкоголизма у больных острыми алкогольными психозами: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1983. 16 с.
12. Основные показатели деятельности наркологической службы Российской Федерации в 2007–2008 годах: Статистический сборник / Под ред. Е.А.Кошкина, В.В.Киржанова. М., 2009. 139 с.
13. Подольный Ф.С. Клиника начального периода белой горячки: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1969. 23 с.
14. Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. М., 2008. 943 с.
15. Руководство по психиатрии / Под ред. А.С.Тиганова. М., 1999. Т. 2. 784 с.
16. Сайков Д.В., Сосин И.К. Алкогольная депрессия. Харьков, 2004. 336 с.
17. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии. М., 2001. 352 с.
18. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М., 2003. 425 с.
19. Соколова Е.П. Особенности алкогольных психозов у женщин: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1974. 34 с.
20. Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. Наркология. Харьков, 2005. 799 с.
21. Терентьев Е.И. Бред ревности. М., 1991. 271 с.

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ: КЛИНИКА, КЛАССИФИКАЦИЯ

А. Г. Гофман, М. А. Орлова, А. С. Меликсетян

В статье приводятся сведения о частоте возникновения алкогольных психозов по данным официальной статистики в РФ с 1984 по 2008 гг. Эти данные сопоставляются с уровнем потребления абсолютного алкоголя в разные годы и с количеством больных алкогольной зависимостью в разных регионах страны. Приводится короткая характеристика алкогольных психозов, в том числе наиболее часто возникающих острых алкогольных психозов. Предложено классифицировать острые психотические состояния с учетом глубины помрачения сознания, так как именно этот показатель определяет тяжесть состояния, выбор терапии и исход алкогольного психоза. Рассмотрены

основные принципы терапии больных различными психозами: антипсихотики – при параноидах, галлюцинозах; седатики, снотворные, диазепам, этиловый спирт – при делириях средней тяжести; коррекция водно-электролитного обмена и гомеостаза – при тяжело протекающем алкогольном делирии; витамины комплекса В, ноотропы – при алкогольных энцефалопатиях.

Ключевые слова: алкогольные психозы, клиника, классификация, количество больных алкогольной зависимостью, острые психотические состояния.

ALCOHOL PSYCHOSES: CLINICAL PICTURE AND CLASSIFICATION

A. G. Gofman, M. A. Orlova, A. S. Melixetyan

This article contains information concerning alcohol psychoses rates in the Russian Federation in 1984–2008 (official statistics). These data are compared with absolute amounts of alcohol consumed in different years and the numbers of patients with alcohol addiction in different regions of the country. The authors provide a brief description of alcohol psychoses, also the most common acute alcohol psychoses. They propose to classify acute psychotic conditions on the basis of degree of patient's mental confusion because this parameter reflects the severity of condition and happens to be

decisive for the treatment choice and outcome. The article also includes description of principal approaches towards treatment of alcohol psychoses, i.e. antipsychotics in paranoid and hallucinoses; sedatives, hypnotics, diazepam and ethyl alcohol in moderate delirium tremens; correction of water and electrolyte metabolism and homeostasis in severe delirium tremens; vitamins B-group and nootropic drugs in alcohol encephalopathy.

Key words: alcohol psychoses, clinical picture, classification, statistics on patients with alcohol addiction, acute psychotic conditions.

Гофман Александр Генрихович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения психических расстройств, осложненных патологическими видами зависимости, ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; e-mail: gofman27@list.ru

Орлова Мария Алексеевна – аспирант отделения психических расстройств, осложненных патологическими видами зависимости, ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; e-mail: mary.a.orlova@gmail.com

Меликсетян Анаит Сергеевна – аспирант отделения психических расстройств, осложненных патологическими видами зависимости, ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; e-mail: anait_meliksetyan@mail.ru