

3. Сулейманов, С. Ш. Роль провизора в выявлении побочного действия лекарственных препаратов в процессе ответственного самолечения / С. Ш. Сулейманов, Н. В. Абросимова, Н. В. Кирпичникова, А. А. Горбач // Новая Аптека. Эффективное управление. – 2010. – № 1. – С. 38–40.

4. Умерова, А. Р. Некоторые аспекты самолечения / А. Р. Умерова, О. А. Каштанова, Т. В. Новосельцева // Астраханский медицинский журнал. – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 123–127.

5. The World Medicines Situation 2011 (3rd Edition). Pharmacovigilance and Safety of Medicines / Pal. S., Dodoo A., Mantel A. et al. – Geneva : World Health Organization, 2011. – 19 p.

Смусева Ольга Николаевна, кандидат медицинских наук, докторант кафедры клинической фармакологии и интенсивной терапии с курсами клинической фармакологии ФУВ, клинической аллергологии ФУВ, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, руководитель Волгоградского регионального центра мониторинга безопасности лекарственных средств, Россия, 400131, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, д. 1, тел.: (8442) 38-50-05, e-mail: post@volgmed.ru.

Гаврилов Юрий Юрьевич, аспирант кафедры клинической фармакологии и интенсивной терапии с курсами клинической фармакологии ФУВ, клинической аллергологии ФУВ, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Россия, 400131, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, д. 1, тел.: (8442) 38-50-05, e-mail: post@volgmed.ru.

Соловкина Юлия Владимировна, клинический ординатор кафедры клинической фармакологии и интенсивной терапии с курсами клинической фармакологии ФУВ, клинической аллергологии ФУВ, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Россия, 400131, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, д. 1, тел.: (8442) 38-50-05, e-mail: post@volgmed.ru.

УДК 616.89-008.441.13: 616.885.8

© А.В. Хрящев, А.В. Петракова, Н.Х. Ягупова, 2012

А.В. Хрящев^{1,2}, А.В. Петракова¹, Н.Х. Ягупова²

К ВОПРОСУ О ШИЗОФРЕНОПОДОБНЫХ ПСИХОЗАХ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

¹ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

²ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань

Рассмотрены редко встречающиеся шизофреноподобные психотические расстройства у больных с синдромом зависимости от алкоголя. Прослежены особенности возникновения, динамика психоза, психопатология клинической картины, определена тактика лечения.

Ключевые слова: шизофреноподобное, психотическое, зависимость от алкоголя.

A.V. Khryashchev, A.V. Petrakova, N.H. Yagupova

ON THE QUESTION OF SCHIZOPHRENIC FORM PSYCHOTIC DISORDERS IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME

The rare schizophrenic forms psychotic disorders in patients with alcohol dependence syndrome were analyzed. The features of appearance, dynamics of psychosis, marked clinical variants, particular tactics of treatment were defined.

Key words: schizophrenic form, psychotic, alcohol dependence.

К алкогольным психозам относят психотические состояния, главным фактором возникновения которых является многолетнее злоупотребление напитками, содержащими этиловый алкоголь. Развиваются алкогольные психозы на II и III стадиях алкоголизма, когда имеются развернутые проявления абстинентного синдрома [2, 3, 4, 7, 9]. Диагностика алкогольных психозов, как правило, не вызывает трудностей, за исключением случаев, когда пациент и его близкие скрывают злоупотребление алкоголем, либо симптоматика не укладывается в привычные диагностические рамки [8]. Атипичные ал-

когольные психозы довольно часто описывались в научной литературе 60–70 гг. XX века [1]. Сегодня количество подобных работ не столь велико [2, 4, 5]. Между тем, в МКБ-10 среди психотических расстройств, обусловленных употреблением психоактивных веществ, в том числе алкоголя, выделяют «шизофреноподобное расстройство» (F10.50). Традиционно к проявлениям шизофрении относят составляющие синдрома Кандинского-Клерамбо (псевдогаллюцинации, психические автоматизмы, бред воздействия), бредовые идеи величия, кататонические расстройства [9]. Наличие указанной психопатологии у такого рода больных, по мнению большинства авторов, указывает на шизофренический процесс, осложненный алкоголизмом [11]. Следует отметить, что шизофреноподобные психозы (ШП) встречаются редко и зачастую ошибочно трактуются как эндогенные в связи с трудностями дифференциальной диагностики продуктивной симптоматики, обусловленной хроническим течением алкогольного процесса.

В практической деятельности наблюдаются случаи, когда у больных с синдромом зависимости от алкоголя с первоначально выставленным диагнозом «параноидной шизофрении» в процессе длительного пребывания в стационаре наступила стойкая ремиссия с критическим отношением к болезни. Приведем показательный пример клинических наблюдений.

Больная В., 1953 г. рождения, безработная, впервые находилась на стационарном лечении в АОГУЗ «Психиатрия» с 12.01.2000 по 21.07.2003 гг.

Из анамнеза: сведений об отягощенной психическими заболеваниями наследственности нет. Раннее развитие без особенностей. В умственном и физическом развитии не отставала от сверстников. Росла без отца. В школу пошла с 7 лет, училась удовлетворительно. Окончила 6 классов в интернате (мать повторно вышла замуж), продолжила учебу в вечерней школе. В дальнейшем работала телефонисткой, продавцом, помощником повара, посудницей. С работы ее увольняли за систематические прогулы. Была замужем (1974 г.), родила сына, брак вскоре распался. С первых лет жизни ребенка отдала его бабушке, не занималась его воспитанием, не оказывала материальной поддержки. В 1978 г. перенесла ЧМТ, в 1988 г. – аппендэктомию и инфекционный гепатит.

Алкогольные напитки употребляет с 15 лет. После 30 лет принимать алкоголь стала систематически, с этого же времени наблюдаются амнестические формы опьянения. С 1985 г. пьянство приобрело запойный характер, количественный и качественный контроль утрачены. Рвотный рефлекс на передозировку отсутствует. Употребляет все виды спиртного. Сформирован алкогольный абстинентный синдром, выражающийся общей слабостью, анорексией, тошнотой, головными болями, дрожью в теле, руках, нарушением сна, снижением фона настроения, тревогой.

Состоит на учете в наркологическом диспансере с 1988 г. В 1989 г. диагностирован хронический алкоголизм II стадии. Неоднократно находилась на стационарном лечении в наркологических отделениях с 1989 по 1999 гг., в том числе по 2–3 раза в год. В 1999 г. лечилась по поводу алкогольного галлюциноза. Во время очередной госпитализации с 17.11.1999 по 13.12.1999 диагноз был пересмотрен на «параноидную шизофрению», осложненную алкоголизмом, рекомендовано лечение в психиатрическом стационаре.

Последние годы не работала, «потеряла» комнату в общежитии, жила у случайных знакомых, бродяжничала, побиралась. Со слов сына, «совсем спилась», крайне редко его навещала, приходя что-то шептала – «как будто колдовала».

Сама обратилась за помощью в психоневрологический диспансер. Жаловалась на бессонницу, страх, тревогу, отмечала за собой «слезку» со стороны мужчин. Считала, что кто-то руководит ее мыслями, постоянно слышала в голове «голос бога». Употребление алкоголя в последние дни отрицала.

Психика при поступлении: во время беседы держалась свободно, вежливо, подобострастно. Говорила тихим голосом. На вопросы не всегда отвечала по существу: пускалась в пространные объяснения с указанием на свою «врожденную избранность богом», прослеживалась разорванность мышления. Отмечала, что с апреля 1999 г. неоднократно «общалась с богом», видела его в своей комнате – «на бога нельзя смотреть, он весь светится, я опускаю глаза и беседую с ним». Общение с богом доставляло ей удовольствие. Считала себя «дочерью бога». Заявляла, что бог пришел помочь ей еще с начала мира, что живет она «миллионы лет». Бог избрал ее, поднял со дна, чтобы она исцеляла людей. С ее появлением в отделении все изменилось – «стало светлее, люди стали лучше». Анамнестические сведения выдавала непоследовательно, путалась в событиях, точно датировать их не могла. Не отрицала алкоголизацию, старалась уменьшить ее размеры.

В отделении: держалась высокомерно, требовала к себе особого внимания, называла себя «божьей дочерью». Брала персонал за руки со словами: «Я вам радость принесла». Считала, что всем людям приносит добро и свет. Периодически что-то шептала, поясняя, что «читает стихи». Не отри-

чала, что общается с богом, но особенности слуховых обманов восприятия не раскрывала. Эмоционально была неустойчива. Легко аффектизовалась при малейшем сопротивлении ее желаниям, нецензурно бранилась. Например, при намерении выдать не ту одежду гневно заявляла: «Отец-бог не позволяет мне носить такое». С больными не общалась, в трудовые процессы не включалась, считая себя «особенной». На предложение оформить группу инвалидности бурно прореагировала: «Не надо путать желтых людей – больных и белых – чистых, здоровых». Получала лечение: трифтазин 30 мг/сут., аминазин 150 мг/сут.

Заключение ЭЭГ от 01.02.2000: выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга в виде преобладания медленноволновой активности, в основном δ -диапазона, амплитудой до 22 мкВ на низкоамплитудном фоне, больше справа. Гиперсинхронизация β -ритма. Зарегистрированы единичные α -волны заостренной формы.

Заключение психолога от 27.01.2001: снижение мнестических функций (методика «10 слов», методика «Пиктограмма»). Снижение темпа психической деятельности и сенсомоторных реакций (таблицы Шульте). При исследовании мыслительной деятельности на фоне не критичности и эмоциональной неадекватности выявляются динамические нарушения мыслительной деятельности (нарушение целенаправленности), операциональные (искажение процесса обобщения), мотивационные (резонерство). Активность, сочетающаяся с чертами эмоциональной незрелости, ирреальность завышенных притязаний, склонность к рисовке, стремление привлечь к себе внимание.

Неврологический статус: менингознаков нет. Движения глазных яблок не ограничены. Сглажена левая носогубная складка. Парезов конечностей нет. Мышечный тонус конечностей равномерно снижен. Практически не вызываются ахилловы рефлексы. Легкое нарушение мышечно-суставного чувства: путает 2–4 пальцы на стопах. В позе Ромберга устойчива. Стойкий разлитой красный дермографизм. Тремор пальцев рук. Заключение: рассеянные органические знаки поражения нервной системы сложного генеза (алкоголь, ЧМТ) с признаками вегето-сосудистой дистонии и начальными проявлениями полинейропатии нижних конечностей.

Заключение терапевта: ИБС. Атеросклероз сосудов сердца. Симптоматическая гипертония.

17.03.2000 больная представлена на МСЭК, признана инвалидом 2 группы. По просьбе сына пациентка была отпущена в домашний отпуск, однако в тот же день из дома убежала. Обнаружена в нетрезвом виде на железнодорожном вокзале. В дальнейшем была переведена в отделение по уходу № 12. В отделении держалась обособленно, с окружающими не общалась, поясняла, что «некому открыть душу». Персоналу говорила, что она «затерявшаяся», ее не хочет брать домой мать. Неохотно рассказывала, что она «божья дочь», общается с богом, который «посылает ей холод». В ходе лечения галлюцинаторной симптоматики не выявляла, бредовые идеи поблекли. Из стационара выписана 21.07.2003.

Вторая госпитализация осуществлялась с 22.07.2003 по 14.11.2003. При поступлении пациентка была настроена доброжелательно, довольна тем, что ее положили в 6 отделение. Хвалила медперсонал, обещала всем бессмертия: «Когда-нибудь в воскресенье вы умрете на 30 минут, потом проснетесь и будете жить вечно». Речь развернутая, эмоциональная, подробно рассказывала о боге Саваофе, его жене Мариам, которые вместе с сыном Иисусом Христом живут в Америке. Сообщала, что знает об этом со слов проповедника. Наличие слуховых галлюцинаций не подтверждала, в наблюдении не выявляла. Заявляла, что она верующий человек, поэтому все, о чем она просит бога, сбывается. Госпитализацию объясняла тем, что мешала родственникам: «Им и без меня тесно..., а в больнице просторно». Считала, что в психиатрии ей помогли избавиться от алкоголизма. Критические функции снижены, утверждала, что если бы не жилищные проблемы, она смогла бы работать, вести обычный образ жизни.

В отделении была малозаметна, к общению с больными не стремилась. С медицинским персоналом была мягка, доброжелательна. Временами возникали аффективные вспышки по незначительным поводам. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявляла. К трудовой деятельности в условиях стационара не стремилась. Считала, что ее можно выписать, и она будет работать телефонисткой. Получала поливитамины, азалептин 25 мг/сут., симптоматическую терапию. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Анализ наблюдения: больная с неотягощенной наследственностью эндогенными заболеваниями росла в неблагополучных микросоциальных условиях с недостатком внимания и заботы со стороны близких (неполная семья, пребывание в интернате). Это отчасти способствовало ранней алкоголизации с формированием в последующем синдрома зависимости от алкоголя. Налицо все признаки алкогольной зависимости: утрата количественного и качественного контроля, амнестические формы опьянения,

отсутствие защитного рвотного рефлекса, формирование абстинентного синдрома. Пациентка неоднократно лечилась в наркологических стационарах, в 1999 г. по поводу алкогольного галлюциноза.

В дальнейшем на фоне продолжающейся алкоголизации возникли компоненты синдрома Кандинского-Клерамбо: рудиментарные идеаторные, сенсорные автоматизмы с бредом воздействия («кто-то руководит мыслями», «бог посылает холод»), преследования, слуховые псевдогаллюцинации (в голове «голос» бога). Появление идей величия («дочь бога», «избрана богом») сопровождается «положительным» вариантом синдрома психического автоматизма («может исцелять людей», «несет людям радость»), в высказываниях при этом прослеживается разорванность мышления.

На протяжении психотического периода наблюдается лабильность аффекта, проявляются такие черты деградации личности, как грубость, бестактность. Выражены нарушения памяти.

Диагностируемая энцефалопатия достигает степени алкогольного псевдопаралича с невритами конечностей, нарушением чувствительности, ослаблением сухожильных рефлексов, снижением интеллектуального и морально-этического уровня.

Выход из психоза постепенный на сравнительно небольшой дозе нейролептиков. В обратном развитии психопатологии следует отметить сначала купирование аффективных расстройств и упорядочение поведения, затем редукцию галлюцинаторной, а следом и бредовой симптоматики. Критическое отношение к состоянию появляется по мере исчезновения психотических расстройств (при шизофрении оно порой отсутствует даже после стихания продуктивной психопатологии).

Приведенный клинический случай интересен тем, что прослежен катамнез после первого обращения в психиатрический стационар через 11 лет. В связи с социальной дезадаптацией, сложными внутрисемейными отношениями пациентка была оформлена в психоневрологический дом-интернат. На протяжении длительного времени в условиях данного учреждения продуктивной симптоматики не наблюдалось, на первый план выступали мнестико-интеллектуальные нарушения, эмоциональные расстройства органической структуры.

Анализ и динамика психопатологии позволяют думать о шизофреноподобном психозе (в соответствии с МКБ-10) парафренной структуры с элементами синдрома Кандинского-Клерамбо у больной с синдромом зависимости от алкоголя на фоне энцефалопатии сложного генеза (алкоголизм, ЧМТ в анамнезе). Редукция парафренной симптоматики и ее отсутствие на протяжении 7 лет (в условиях, исключающих употребление алкоголя), негативные изменения личности по алкогольно-органическому типу подтверждают основной диагноз.

Немаловажным моментом в постановке диагноза являются особенности негативной симптоматики. На парафренном этапе непрерывнотекущего эндогенного заболевания неизбежны специфические изменения личности, которые у пациентки отсутствуют.

Таким образом, развитию ШП предшествует длительный алкогольный анамнез, употребление алкоголя носит запойный характер, утрачивается количественный и качественный контроль, отмечаются амнестические формы опьянения, повышение толерантности. Диагностируются хронические соматические заболевания и церебрально-органическая недостаточность. Формирование симптоматики происходит на фоне систематической алкоголизации.

В структуре психоза могут прослеживаться псевдогаллюцинации, сенсорные, моторные и идеаторные автоматизмы (последние отличаются рудиментарностью), идеи величия. На протяжении шизофреноподобного психоза наблюдаются лабильность аффекта, такие черты деградации личности, как грубость, бесцеремонность и бестактность.

В условиях стационарного лечения прогноз ШП благоприятный. С учетом церебрально-органической недостаточности обязательно включение в схему лечения нейрометаболических стимуляторов (ноотропы, церебропротекторы), вазоактивных препаратов, витаминов группы В, гепатопротекторов, физиотерапии [6, 10, 12].

Среди основных лечебно-реабилитационных мероприятий основное место должно занимать воздержание от алкоголя. Актуальным вопросом является применение медицинских мер принудительного характера в стационарных условиях в течение длительного периода времени и осуществление в дальнейшем комплекса реабилитационных мероприятий с рациональным трудоустройством, что в современных условиях организации здравоохранения практически невозможно.

Список литературы

1. Галкина, А. И. К вопросу о синдроме Кандинского в рамках алкогольных психозов / А. И. Галкина // Труды объединенной конференции Всероссийского и Астраханского научных об-

- ществ невропатологов и психиатров, посвященной памяти В.Х. Кандинского (г. Астрахань, 1966 г.) / отв. ред. проф. Д. Д. Федотов. – М. : Росглавполиграфпром, 1969. – С. 175–178.
2. Гофман, А. Г. Алкогольные психозы: клиника, классификация / А. Г. Гофман, М. А. Орлова, А. С. Меликситян // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – № 1. – С. 5–12.
 3. Великанова, Л. П. Наркология / Л. П. Великанова, О. В. Каверина, Р. В. Бисалиев. – Ростов-н/Д. : Феникс, 2008. – 382 с.
 4. Иванец, Н. Н. Руководство по наркологии / Н. Н. Иванец, К. Г. Гуревич, М. Л. Рохлина и др.; под ред. Н. Н. Иванца. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 944 с.
 5. Лукин, А. А. Клинические особенности алкоголизма у женщин, перенесших алкогольные психозы / А. А. Лукин // Вопросы наркологии. – 2008. – № 4. – С. 65–72.
 6. Ляшенко, А. А. Клиническая динамика и терапия психотических форм алкоголизма на этапе формирования ремиссии : автореф. дис. ... канд. мед. наук. / А. А. Ляшенко – Томск, 2005. – 24 с.
 7. Сиволап, Ю. П. К вопросу о систематике металкогольных психозов / Ю. П. Сиволап // Неврология и психиатрия им. С.С. Корсакова. – 2006. – № 5. – С. 4–9.
 8. Старкова, И. В. Шизофрения и алкогольные психозы : сходство и различия / И. В. Старкова, С. А. Овсянников // Наркология. – 2006. – № 6. – С. 22–23.
 9. Тиганов, А. С. Руководство по психиатрии / А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская и др.; под ред. А. С. Тиганова. – М. : Медицина, 1999. – Т. 1. – 784 с.
 10. Уваров, И. А. Современное состояние проблемы алкогольных психозов (аналитический обзор) / И. А. Уваров // Наркология. – 2009. – № 1. – С. 75–94.
 11. Шулькин, Л. Н. Особенности формирования и течения алкогольной зависимости у пациентов с параноидной шизофренией / Л. Н. Шулькин // Вопросы наркологии. – 2008. – № 6. – С. 5–14.
 12. Anton, R. F. Current phramacotherapies of alcoholism : a US perspective / R. F. Anton, R. M. Swift // American Journal of Addiction. – 2003. – Vol. 12. – P. 53–68.

Хрящев Александр Валерьевич, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, главный врач ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», Россия, 414000, г. Астрахань, Началовское шоссе, д. 15, тел.: (8512) 49-13-50, e-mail: okpb@bk.ru.

Петракова Анастасия Валентиновна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, Началовское шоссе, д. 15, тел.: (8512) 49-13-52, e-mail: okpb@bk.ru.

Ягунова Наиля Хакимовна, заведующая отделением № 12 ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», 414000, г. Астрахань, Началовское шоссе, д. 15, тел.: (8512) 35-80-41, e-mail: nelya.j@yandex.ru.