

изучения особенностей нитроксидазгической регуляции и процессов ПОЛ после реконструктивных операций и коррекции выявляемых патохимических сдвигов, и внедрения полученных результатов в практическую деятельность.

Литература

1. *Боровиков А.М.* Восстановление груди после мастэктомии.– Тверь: Губернская медицина.– 2000.
2. *Васильев С.А.* Пластическая хирургия в онкологии.– Челябинск: ЧелГМА.– 2002.
3. *Волчегорский И.А. и др.* // *Вопр. мед. химии.*– 1989.– №1.– С. 25–27.
4. *Емченко Н.Л. и др.* // *Клин. лаб.диагностика.*– 1994.– №6.– С.19–20.
5. *Зенков Н.К. и др.* // *Вест. РАМН.*– 2000.– № 4.– С.30.
6. *Медведев Ю.В., Толстой А.Д.* Гипоксия и свободные радикалы в развитии патологических состояний организма.– М.: Терра-Календер и Промоушн.– 2000.
7. *Миланов Н.О., Шилов Б.Л.* Пластическая хирургия лучевых повреждений.– М.: АИР-АРТ.– 1996.
8. *Шарова О.Н.* Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения рака молочной железы и формирование при них механизмов психологической защиты: Дис... канд. мед. наук.– Челябинск, 2000.
9. *Green L. et al.* // *Anal Biochem.*– 1982.– Vol. 126.– P.131.
10. *Kolb H., Kolb-Bachofen V.* // *Immun. Today.*– 1992.– №13.– P.157.
11. *Nathan C., Xie Q.* // *Cell.*– 1994.– Vol.78.– P.915.
12. *Win K.* // *Curr. Top. Cell. Regul.*– 1996.– Vol. 34.– P.159.

RECONSTRUCTIVE SURGERY AFTER MASTECTOMY: DISTINCTIVE FEATURES OF NITROXIDENERGETIC REGULATION AND OXIDANT HOMEOSTASIS

I.A. KARPOV, E.N. KOROBENIKOVA, YU.V. KUDREVITCH

Summary

Features of oxidant status in 36 patients with breast cancer following reconstructive surgery has been studied. The patients were examined twice on 2-3 and 15-16 postoperatively. It was established that the content of total polyene bases and conjugate ketodienes and ketotrienes was significantly increased. These values normalized by 15-16 days, but the concentration of diene conjugates and Schiff bases in the isopropanol fraction increased.

Key words: reconstructive surgery, ketodienes

УДК 616.89

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

С.Н. МОРОЗОВА, А.В. ПОГОСОВ*

Высокая распространенность, медицинские и социальные последствия алкогольной зависимости позволяют отнести ее к наиболее актуальным проблемам современности. Одной из причин недостаточной эффективности существующих подходов к терапии алкогольной зависимости является недооценка роли, а порой и игнорирование сочетающихся с ней (коморбидных) психических заболеваний.

К изучению коморбидности в психиатрии и наркологии отечественные и зарубежные исследователи проявляют большой интерес [15]. Раскрытие причин и механизмов возникновения, изучение своеобразия сочетанного течения алкогольной зависимости и психических заболеваний приобретает особую актуальность из-за наметившейся тенденции к увеличению таких случаев. Специальная литература располагает определенным количеством публикаций, в которых обсуждаются вопросы коморбидности алкогольной зависимости и психических заболеваний.

Наблюдающийся на рубеже 20-21 столетий во всем мире и России рост числа природных и техногенных катастроф, военных конфликтов и террористических актов обусловил большое распространение психогенных психических нарушений, в том числе и посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) [2]. По-

следствия боевой психической травмы (боевого ПТСР) являются предметом многочисленных исследований, проводимых в последние годы в России [5]. Несмотря на уменьшение в последние годы в России количества локальных вооруженных конфликтов, что отразилось на снижении случаев острого ПТСР, сегодня достаточно остро стоит проблема хронического течения ПТСР из-за присоединения к нему коморбидных психических и наркологических заболеваний. M.R. Zaslav располагает наблюдениями сочетания ПТСР с злоупотреблением психоактивными веществами. По утверждению С.L. Franklin, D. Zimmerman [11], развитию ПТСР часто предшествует зависимость от психоактивных веществ. J.H. Shore et al. [12] отмечали у 10% больных ПТСР проявления зависимости от алкоголя. Отдельные указания на злоупотребление психоактивными веществами больными ПТСР содержатся в публикациях отечественных исследователей.

Анализ исследований, посвященных коморбидности алкогольной зависимости и ПТСР, говорит о том, что ряд аспектов этой проблемы далеки от разрешения. Не описаны клинико-динамические и прогностические особенности этих заболеваний, обусловленные их взаимным влиянием. Не исследованы психопатологические механизмы коморбидных взаимосвязей алкогольной зависимости и ПТСР. Не разработаны лечебно-профилактические программы для лиц с сочетанным течением этих заболеваний. Своеобразие клинических проявлений, тяжесть течения коморбидных психических и наркологических заболеваний создают для врачей необходимость решения сложных, ранее неизвестных задач диагностического и терапевтического спектра.

Цель исследования – изучение роли ПТСР в возникновении, клиническом оформлении и динамике алкогольной зависимости с последующей разработкой диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Материал и методы. В основу работы положены результаты клинико-психопатологического, клинико-динамического, экспериментально-психологического, катamnестического и статистического обследования 95 больных мужского пола, состоящих на учете в наркологических учреждениях Тульской области. У 65 из них диагностирована алкогольная зависимость, сочетающаяся с ПТСР (основная группа), у 30 – алкогольная зависимость (контрольная группа). Больные основной группы служили по призыву или контракту в Афганистане, Чечне, Абхазии. Они становились свидетелями гибели, опасности гибели и ранения сослуживцев на глазах (во всех случаях), испытывали угрозу для собственной жизни и здоровья (58 случаев – 89,23%), наблюдали страдания раненых (49 случаев – 75,38%). Для диагностики посттравматических стрессовых расстройств использовались критерии МКБ-10, DSM-III-R и «Вопросник для выявления симптомов посттравматического стрессового синдрома (PTSD)» [14]. У всех больных диагностировано хроническое ПТСР (по DSM-IV). При диагностике алкогольной зависимости мы опирались на данные сравнительной оценки понятий, касающихся клинических проявлений наркологических заболеваний, принятых в МКБ-10 и в отечественных классификациях [6]. Анализ клинико-динамических проявлений алкогольной зависимости проводился с использованием критериев классификации, предложенной [8], и «Глоссария для унифицированной клинической оценки алкоголизма и алкогольных психозов» [9]. В основной группе у всех обследованных становление алкогольной зависимости происходило на фоне ПТСР. В обозначенных группах (примерно с одинаковым средним возрастом больных) преобладали возрастные группы 41–50 лет (соответственно 38,46 % и 40,00 %) и 31 – 40 лет (соответственно 32,30 % и 33,33 %). У всех больных диагностирована 2-я стадия алкогольной зависимости.

Результаты. Клиническая картина ПТСР складывалась из облигатных (синдромы «реперевиваний», «избегания» и «повышенной активации») и факультативных (невротических – астенических, дистимических, соматоформных, тревожно-фобических – и патохарактерологических) синдромов. Синдром «реперевиваний» диагностирован у всех больных. Для него были характерны многократно повторяющиеся навязчивые воспоминания травматических событий (51 больной – 78,46 %), кошмарные сновидения со сценами пережитых травматических событий (39 больных – 60,00 %). Из-за этих расстройств больные переживали, мучились, страдали. «Обратные видения», проявляющиеся внезапными наплывами ярких воспоминаний с чувством нахождения в пережитой травмирующей ситуации, выявлены у 59 больных (90,76%). Они возникали на раздражители, сходные с пережиты-

* Тульский областной наркодиспансер, Курский ГМУ, Каф. психиатрии и клинической психологии

ми в условиях боевых действий (шум автомашин, строительной техники, раскаты грома и др.), иногда – при пробуждении от сна, или в состоянии алкогольного опьянения. «Обратные видения» носили транзитный характер. Больные были отрешены от реальных событий, их поведение напоминало таковое во время военных действий (перебежки, ползание по-пластунски, внезапные падения) и сопровождалось выкриками, боевыми командами. У 32 больных (49,23%) наблюдалось психический дискомфорт в ситуациях, напоминающих травматические события. Синдром «репереживания» у 65 больных ПТСР был представлен 181 симптомом, в среднем на 1 больного приходилось 2,78 симптома (для диагностики по DSM-III-R необходим как минимум один).

Синдром «избегания» у 38 больных (58,46%) проявлялся борьбой с периодически возникающими мыслями и чувствами, связанными с перенесенной психической травмой. 28 больных (43,07 %) избегали ситуации, напоминающие травматические события. Они отказывались от встреч с родными и близкими погибших, не принимали участие в мероприятиях, посвящённых их памяти. Больные не поддерживали беседы, не смотрели телепередачи, не читали статьи в периодической печати о войне. Психогенная амнезия (запоминание отдельных эпизодов психической травмы) встречалась у 49 больных (75,38 %). Потеря интереса к профессии, занятиям, которые до возникновения заболевания были предметом активной деятельности (к спорту, зрелищным мероприятиям, семейному отдыху на природе, охоте, рыбалке и др.), отмечалась у 34 больных (52,30%). Изолированный и обособленный образ жизни зафиксирован в 23 случаях (35,38%). Больные отстранялись от окружающих, становились менее общительными, их не тянуло в компании родственников, друзей, сослуживцев. У 31 больного (47,69%) эмоциональные реакции были маловыразительными. Они утрачивали чувство любви, сострадания, даже к близким людям, способность радоваться жизни. О потере смысла жизни, отсутствии перспективы утверждали 19 больных (29,23%). Они не строили планы на будущее, считали, что не смогут продвинуться по службе, создать благополучную семью, иметь детей и т.д. Всего выявлено 222 симптома синдрома «избегания» (в среднем на 1 больного 3,41 симптома). У 55 больных (84,62%) зафиксирован необходимый набор симптомов (3 и более) для диагностики (по DSM-III-R) синдрома «избегания». Такой вариант посттравматического стрессового расстройства обозначен нами как «целостный». У остальных 10 больных (15,38 %) синдром «избегания» был представлен 2 симптомами («абортивный» вариант ПТСР). Наличие неполного набора симптомов ПТСР, характерное для больных с давностью заболевания (ПТСР) более 10 лет, является свидетельством некоторого снижения актуальности переживаний. Синдром «повышенной активности» наблюдался у всех 65 больных (выявлено 252 симптома, по 3,87 на 1 больного). Нарушения сна были представлены затруднениями засыпания, поверхностным ночным сном с частыми пробуждениями, отсутствием чувства отдыха утром после сна (53 больных – 81,53%). Раздражительность по незначительным поводам зафиксирована у 44 (67,69%), трудности концентрации внимания – у 34 (52,30%) больных. Ощущение нахождения под постоянной угрозой, неадекватная бдительность, готовность к немедленным действиям для предотвращения опасности (симптом чрезмерной настороженности) были характерны для 39 больных (60,00%). Усиленная реакция вздрагивания на звуки, напоминающие угрозу (взрыв петарды, хлопок, исходящий от автомобиля или мотоцикла и др.), прикосновение, яркий свет возникала в 25 случаях (38,46%). В ситуациях, напоминающих травматические события, 57 больных (87,69%) покрывались потом, тяжело дышали, дрожали, у них учащалось сердцебиение, появлялись позывы на мочеиспускание.

У больных основной группы с облигатными симптомами ПТСР в 32 случаях (49,23%) сочетались с факультативными синдромами невротического, в 33 (50,77%) – патохарактерологического регистра. В зависимости от варианта сочетания облигатных симптомов с факультативными диагностировано два варианта ПТСР – невротический и патохарактерологический. Невротический вариант ПТСР был представлен факультативными астеническими, дистимическими, соматоформными (ипохондрическими, конверсионными) и тревожно-фобическими (панические атаки) проявлениями. Его формирование подчинялось описанным в специальной литературе закономерностям становления невротического развития личности. Одной из описанных в литературе моделей коморбидности является «производное личностного дефекта»

[13]. Такая модель предполагает формирование личностной патологии в результате психического заболевания. На патохарактерологическое развитие личности при ПТСР обращали внимание многие исследователи. Ц.П. Короленко, Е.М. Загорукой [10] наблюдали у больных ПТСР период, обозначенный как «посттравматическое стрессовое личностное расстройство». А.В. Андрущенко [3] предлагает понятие «посттравматическое развитие личности». В ряде работ рассматриваются типы патохарактерологических изменений личности при ПТСР. Описывают дистимическую, тревожно-фобическую, соматоформную и аффективно-неустойчивую разновидности [1, 4]. Подобную систематику посттравматического стрессового расстройства личности (исключение аффективно-неустойчивый вариант) следует признать неудачной, так как очевидно, что речь идёт о вариантах невротического развития личности. Что же касается описания «Стойких изменений личности после пережитой катастрофы» (F 62.0 в МКБ-10), то в нём представлены симптомы «избегания» ПТСР, принявшие хроническое течение (критерии б, в, д). «Враждебное или недоверчивое отношение к миру» (критерий а) подразумевает особенности эмоционально-неустойчивой и параноидной личности, «хроническое чувство волнения, постоянной угрозы...» (критерий г) – тревожной личности (характеристики личностных расстройств из МКБ-10). В работе [7] указывается на патохарактерологические изменения у больных ПТСР по эпилептоидному, возбудимому, психастеническому, гипертимному, истерическому и сенситивному типам.

Проявления патохарактерологического варианта ПТСР (патохарактерологического развития личности) возникали через 2-3 года после начала заболевания. У таких больных, наряду с социальной отгороженностью, отчуждённостью, враждебным отношением к окружающим (симптомы стойких изменений личности после пережитой катастрофы), в 28 из 33 случаях (84,85%) зафиксированы проявления аффективно-неустойчивого, в 5 случаях (15,15%) сочетание аффективно-неустойчивого и истерического типов патохарактерологического развития личности (посттравматическое стрессовое личностное расстройство). Аффективно-неустойчивый тип патохарактерологического развития личности при ПТСР проявлялся эмоциональной неустойчивостью, тенденцией действовать импульсивно без учета последствий, гневливостью, вспышками жестокости, аффективно-деструктивными формами поведения, особенно в ответ на осуждение окружающих. При сочетании аффективно-неустойчивого и истерического типов вышеописанные проявления дополнялись демонстративностью, нарочитостью, стремлением совершать неожиданные, привлекающие внимание окружающих поступки. Обоснованность выделения двух вариантов ПТСР подтверждалась результатами СМИЛ. Для больных с посттравматическим невротическим развитием личности характерно увеличение показателей по шкалам истерии, ипохондрии, тревожности, что говорило о демонстративности, опасениях по поводу своего здоровья, избыточной драматизации событий. При посттравматическом патохарактерологическом развитии личности (ПТСР) обнаружено повышение значений по шкале психопатии, свидетельствующее о возбудимости, импульсивности, конфликтности.

Таблица 1

Сравнительная оценка распределения больных с учетом преобладающего варианта первичного влечения к алкоголю

	Основная группа (n=65)		Контрольная группа (n=30)		t
	абс.	%	абс.	%	
Ситуационно обусловленное	–	–	3	10,00	–
Спонтанное с борьбой мотивов	9	13,85	11	36,67	3,92
Спонтанное без борьбы мотивов	46	70,77	15	50,00	5,98
Непреодолимое	10	15,38	1	3,33	0,65

Алкогольная зависимость в основной группе формировалась на фоне проявлений ПТСР. Систематическое (практически ежедневное) употребление алкоголя больные использовали для воздействия на симптомы синдрома «репереживания» и «избегания». Алкогольное опьянение при приеме небольших доз алкоголя купировало переживания, связанные с воспоминаниями и сновидениями пережитых психотравмирующих событий, расширяло и улучшало контакты больного с окружающими, способствовало появлению интереса к повседневной деятельности, планов на будущее. В ряде случаев, при возвращении из мест интенсивных боевых действий, когда проявления ПТСР были выражены

ними, больные употребляли алкоголь в больших количествах, чтобы «снять напряжение», «отключиться», «забыться». Клиническая картина алкогольной зависимости определялась синдромами патологического влечения к алкоголю, измененной реактивности, абстиненции, изменений личности. Результаты, полученные в ходе исследования, показали, что предшествующее посттравматическое стрессовое расстройство оказывало существенное влияние на основные клинико-динамические параметры алкогольной зависимости. При сохранении общих закономерностей становления алкогольной зависимости в основной группе, по сравнению с контрольной, отмечались изменения проявлений стержневых синдромов и динамических особенностей алкогольной зависимости. Сравнительная оценка клинико-динамических характеристик алкогольной зависимости в основной (алкогольная зависимость, сочетающаяся с ПТСР) и контрольной (алкогольная зависимость) группах см. в табл. 1-7.

Изучение долевого распределения больных с учетом первичного патологического влечения к алкоголю показало (табл. 1), что в основной группе, по сравнению с контролем, преобладали более выраженные проявления алкогольной зависимости (спонтанные, без борьбы мотивов, непреодолимые).

Таблица 2

Сравнительная оценка распределения больных в зависимости от варианта вторичного влечения к алкоголю (в опьянении)

	Основная группа (n=65)		Контрольная группа (n=30)		t
	абс.	%	абс.	%	
Со снижением количественного контроля	-	-	5	16,67	-
С утратой количественного контроля	36	55,38	17	56,67	0,40
С утратой количественного и ситуационного контроля	29	44,62	8	26,66	3,03

Таблица 3

Клинико-динамические характеристики алкогольной зависимости

	Основная группа (n=65)	Контрольная группа (n=30)	t
Максимальная суточная толерантность (мл)	830±19,79	520±35,71	7,59
Длительность острого периода алкогольного абстинентного синдрома (в днях)	2,35±0,05	2,26±0,04	1,5

Сходная закономерность выявлена и при сравнительной оценке долевого распределения вариантов вторичного патологического влечения к алкоголю (табл. 2). При одинаковой доле разновидности с утратой количественного контроля в основной группе (алкогольная зависимость, сочетающаяся с ПТСР), по сравнению с контрольной (алкогольная зависимость), было больше больных с вторичным патологическим влечением к алкоголю с утратой количественного и ситуационного контроля.

Свидетельством более тяжелых проявлений алкогольной зависимости в основной группе являлись показатели максимальной суточной толерантности и длительности острого периода алкогольного абстинентного синдрома (табл. 3).

Таблица 4

Влияние амнестических форм алкогольного опьянения

	Основная группа (n=65)		Контрольная группа (n=30)		t
	абс.	%	абс.	%	
Частичные амнезии	42	64,62	19	63,33	0,47
Тотальные амнезии	23	35,38	5	16,67	2,42
Амнезии отсутствуют	-	-	6	20,00	-

В основной и контрольной группах у большинства имелись проявления частичной амнезии, их доля была примерно равна (табл. 4). Тотальных амнезий зафиксировано больше в основной группе, отсутствие амнезий – в контрольной.

Таблица 5

Тип алкогольного характера

	Основная группа (n=65)		Контрольная группа (n=30)		t
	абс.	%	абс.	%	
Синтонный	5	7,69	5	16,67	0,98
Неустойчивый	11	16,92	5	16,67	0,03
Эксплозивный	36	55,39	14	46,66	2,29
Истерический	13	20,00	6	20,00	-

У больных анализируемых групп преобладал эксплозивный тип алкогольного характера (табл.5). Его доля была больше в основной группе. Достоверных отличий удельного веса других типов алкогольного характера не установлено.

Таблица 6

Сравнительная оценка среднего возраста формирования клинико-динамических показателей алкогольной зависимости

	Основная группа (n=65)	Контрольная группа (n=30)	t
Возраст первого употребления алкоголя	18,50±0,21	17,93±0,31	1,58
Возраст начала систематического употребления алкоголя	26,00±0,42	30,33±1,11	3,66
Возраст начала заболевания (алкогольной зависимости)	28,70±0,34	33,66±1,16	4,13
Возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома	30,90±0,39	36,06±1,02	4,73
Давность заболевания (алкогольной зависимости)	10,80±0,55	7,73±0,53	4,03

Сравнительная оценка среднего возраста формирования клинико-динамических показателей алкогольной зависимости в позволила получить следующие результаты (табл.6). Возраст первого употребления алкоголя достоверно не отличался. Зафиксировано статистически значимое различие среднего возраста начала систематического употребления алкоголя. Аналогичная закономерность выявлена и при анализе показателей возраста начала заболевания и возраста формирования алкогольного абстинентного синдрома. В основной группе установлена большая давность алкогольной зависимости по сравнению с контрольной.

При оценке долевого распределения больных по продолжительности последней ремиссии алкогольной зависимости как в основной, так и в контрольной группах хотя и зарегистрирован наибольший удельный вес ремиссии до 1 года, однако он был выше в контрольной группе (табл.7). Здесь же преобладала доля ремиссии более 1-го года. В основной группе в 29,23 % случаев ремиссия отсутствовала (контрольная группа – 10,00 %; t = 1,87).

Полученные данные позволяют квалифицировать более выраженные проявления алкогольной зависимости в случаях ее развития у больных ПТСР. Результаты исследования дают основание считать, что ПТСР оказывают влияние на проявления формирующейся на их фоне алкогольной зависимости. На это указывает факт отражения в клинике алкогольной зависимости симптомов ПТСР. У больных с невротическим вариантом ПТСР в клинической картине алкогольного абстинентного синдрома наблюдались депрессивные, конверсионные и тревожно-фобические включения. На депрессивное настроение указывали идеи самообвинения, содержание которых отражало психотравмирующие события, перенесенные в зоне локального вооруженного конфликта. Двигательные и сенсорные конверсионные симптомы в клинике алкогольного абстинентного синдрома были представлены «комом в горле», «астазией-абазией», «контрактурой суставов». Тревожно-фобические проявления свидетельствовали о пароксизмальной тревоге (панических атаках). Предпочтительная диагностика у больных с патохарактерологическим вариантом ПТСР эксплозивной и эпилептоидной разновидностей алкогольного опьянения является результатом влияния аффективно-неустойчивых патохарактерологических изменений на клинику алкогольной зависимости. Показательной у этих больных была и клиника алкогольного абстинентного синдрома с включениями дисфорического характера.

Таблица 7

Сравнительная оценка распределения больных по продолжительности последней ремиссии алкогольной зависимости

Продолжительность ремиссии	Основная группа (n=65)		Контрольная группа (n=30)		t
	абс.	%	абс.	%	
Более 1-го года	10	15,39	9	30,00	2,34
До 1-го года	36	55,38	18	60,00	1,51
Ремиссия отсутствует	19	29,23	3	10,00	1,87

Результаты исследования позволили разработать программу восстановительных мероприятий для больных алкогольной зависимостью, сочетающейся с ПТСР. Она предусматривает психофармакологическую и психотерапевтическую составляющие, дифференцированные с учетом давности алкогольной зависимости и клинического варианта ПТСР. При диагностике сочетанно-

го течения алкогольной зависимости и ПТСР следует назначать нейрореплептики, антидепрессанты, нейрометаболики, сенсibiliзирующие к алкоголю средства. В случаях невротического варианта ПТСР, давности алкогольной зависимости до 10 лет нейрореплептики мягкого действия (сонапакс, эглонил), антидепрессанты (азафен, коаксил, симбалта) оказывают воздействие на проявления ПТСР, подавляя патологическое влечение к алкоголю. В качестве противопоказаний средства целесообразно перорально использовать эспераль (тетурам). Патохарактерологический вариант ПТСР, давность алкогольной зависимости более 10 лет с учётом выраженности патологического влечения к алкоголю, наличия алкогольных изменений личности, сочетающихся с личностными ПТСР, требует назначения нейрореплептиков – корректоров поведения (неулептил, хлорпротиксен), антидепрессантов (тразодон, леривон, пиразидол, велафаксин), нейрометаболиков (ноотропил, мексидол, церебролизин). Целесообразность применения церебролизина подтверждается итогами исследования его эффективности. Препарат расширяет диапазон адаптационных способностей при ПТСР, оптимизируя эмоциональные, когнитивные и поведенческие функции. При сочетании алкогольной зависимости и ПТСР из-за аддиктивного потенциала не следует назначать транквилизаторы.

Психотерапия алкогольной зависимости, сочетающейся с ПТСР, проводится в два этапа. На 1-м этапе предпочтение отдают индивидуальным методам психотерапии: когнитивная и бихевиоральная психотерапия, аутоэмпативные методы. Применяют семейную психотерапию и групповые методы: группы встреч и группы тренинга умений. На 2-м этапе ведут корректировку личности. При психотерапевтических мероприятиях акцент делают на бихевиоральные методы. Используют импозитивную терапию (поток образов). Суть в том, что больные повторяют образные представления травматического события до спокойного их восприятия. Другой бихевиоральный подход – метод систематической десенсибилизации применяется при наличии у больных ПТСР избеганий ситуаций, напоминающих травматические события (из-за выраженных переживаний). При алкогольной зависимости, сочетающейся с ПТСР, высокую эффективность имеет эриксоновский гипноз. Для формирования умения противостоять стрессу проводят тренинг устойчивости к стрессу.

Выводы. Установлено влияние предшествующего ПТСР на формирование основных клинико-динамических параметров алкогольной зависимости. Вариант ПТСР определяет особенности отражения симптомов ПТСР в клинике алкогольной зависимости. Программа восстановительных мероприятий для больных алкогольной зависимостью, сочетающейся с ПТСР, включает применение психофармакотерапии и психотерапии.

Литература

1. Александров Е.О., Красильников Г.Т. // Сибирский вестник психиатрии и наркол.– 2000.– № 2.– С. 29–31.
2. Александровский Ю.А. // XII рос. нац. конгр. «Человек и лекарство».– М., 2005.– С. 154–165.
3. Андриченко А.В. // XIII съезд психиатров России, 10-13 октября 2000 г. (МА-лы съезда).– М., 2000.– С. 100.
4. Беккер Д.Л. Клинико-социальная характеристика, терапия и профилактика психических расстройств, связанных со стрессом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.– М., 2001.– 24 с.
5. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство.– М.: Анахарсис, 2005.– 200 с.
6. Дмитриева Т.Б. и др. // Наркол.– 2002.– № 9.– С. 2–9.
7. Епанчинцева Е.М. Посттравматические стрессовые расстройства у комбатантов (клинико-динамический и реабилитационный аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук.– Томск, 2001.– 24 с.
8. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. // Алкоголизм: рук-во для врачей / Под ред. Г.В. Морозова и др.– М.: Медицина, 1983.– С. 75.
9. Качаев А.К. и др. Глоссарий. Стандартизированные психопатологические симптомы и синдромы для унифицированной клинической оценки алкоголизма и алкогольных психозов: метод. рекомендации.– М.: МЗ СССР. Управление по внедрению новых лекарственных средств и медицинской техники, 1976.
10. Короленько Ц.П., Загоруйко Е.Н. // XIII съезд психиатров России (мат-лы съезда).– М., 2000.– С. 103–104.
11. Franklin C.L., Zimmerman M. // J. Nerv. Ment. Dis. 2001.– Vol.35.– P. 404–410.
12. Shore J. et. al. // J Nerv Ment Dis.– 1989.– Vol.177.– P. 681.
13. Van Praag H.M. // British J. of Psychiatry.– 1996.– Vol.168, Suppl.30.

14. Watson G.G. // J. Clin. Psychol.– 1991.– № 47.– P.186–188.

15. Woody G.E. Двойной диагноз // NIDA-СПБГМУ им. акад. И.П. Павлова Межд. рабочее совещание «Фармакотерапия наркоманий»: Фундам. и клин. исслед-я (тезисы, слайды).– СПб, 2003.– С. 28.

CLINIKO-DYNAMIC CHARACTERISTICS OF ALCOHOLIC DEPENDENCE COMBINED WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISTURBANCES

S.N. MOROZOVA, A.V. POGOSOV

Summary

It is established the important influence of post-traumatic stress disturbances on the formation of clinico-dynamics parameters of alcoholic dependence. The recovery treatment in patients with alcoholic dependence combined post-traumatic stress disturbances consists of psychopharmacotherapy and psychotherapy.

Key words: post-traumatic stress disturbances

УДК 616.831-005.1-06-02:616.89-008.441.13

НЕЙРОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ, ЗЛЮПОТРЕБЛЯВШИХ АЛКОГОЛЕМ

И.П. ЯСТРЕБЦЕВА, А.Е. НОВИКОВ*

Отрицательное влияние алкоголя связано с его нейротоксичностью, с проявлением прямого и опосредованного повреждением органов и систем действия токсикантов на нервную систему

Резкий рост потребления спиртного [3–5, 9, 11] продолжался до 1994 г., затем начался спад вплоть до 1998 г. (13,5 литров) и новый рост в 1999–2001 гг. (14,5 литров в 2000 г.). Алкоголизация достаточно распространена и в молодежной среде [2]. За период с 1991 по 2000 годы число впервые диагностированных подростков, больных алкоголизмом выросло в 1,5 раза и составило 10,5 на 100 тыс. подростков. Отрицательное влияние алкоголя связано с его токсичностью [3, 5, 7, 11]. В основе токсического процесса может лежать повреждение любого структурного элемента нервной системы путем модификации пластического, энергетического обменов, нарушения генерации, проведения нервного импульса по возбудимым мембранам, передачи сигнала в синапсах. Нейротоксичность может быть проявлением прямого, и опосредованного повреждением др. органов и систем, действия токсикантов на нервную систему.

Под влиянием длительной алкогольной интоксикации в процессе раннего постнатального онтогенеза у экспериментальных животных возникали патоморфологические изменения в структурах головного мозга [4]. При постоянном употреблении 0,5% раствора этанола крысами-самцами с 4 до 7 месяца постнатальной жизни отсутствовала сглаженности борозд плаща головного мозга и мозгового ствола. У больных, страдающих хроническим алкоголизмом, выявлена преимущественная заинтересованность структур левого полушария головного мозга [8, 10]. Наибольшие изменения микроциркуляторного русла определялись в среднем слое твердой мозговой оболочки, затрагивая все области конвексимальной поверхности головного мозга [4]. В условиях хронической алкоголизации в сосудах твердой мозговой оболочки происходили и адаптационные механизмы, направленные на компенсацию гемодинамики. При воздействии альтернирующих факторов травматического и нетравматического генеза, развивалась стадия декомпенсации в виде геморрагического пропитывания твердой мозговой оболочки, формирования сливных геморагий, эритроцитарных агрегатов, пристеночных тромбозов и венозного полнокровия и массивного кровотечения.

Злоупотребление алкоголем часто осложняется сердечно-сосудистыми заболеваниями [1, 3, 4, 11]. Инсульты головного мозга сопровождаются морфологическими изменениями церебральных структур и ликворных путей [6, 12]. Высокая частота развития инсультов и злоупотребления алкоголем определяют высокую значимость обсуждаемой проблемы.

* Кафедра неврологии и нейрохирургии, Ивановская ГМА, 153012, г. Иваново, пр.Ф.Энгельса, д.8