

находились в четкой взаимосвязи с перинатальными исходами. Этот факт наглядно продемонстрирован увеличением числа преждевременных родов, случаев оперативного родоразрешения и количеством детей с признаками гипоксических повреждений среди пациенток основной группы. По всей видимости, снижение объемных показателей ЦГ со срока 34-35 недель на фоне постоянного увеличивающегося ОПСС являлось проявлением дезадаптации ЦГ матери и неблагоприятно влияло на кровообращение маточно-плацентарно-плодового комплекса. Прогрессирование беременности в таких условиях явилось одним из факторов нарушения плацентарной перфузии и формирования последующих осложнений (плацентарная недостаточность, задержка развития плода, гипоксия), что и послужило причиной увеличения количества новорожденных с перинатальными ишемически-гипоксическими повреждениями.

Таким образом, компенсаторно-приспособительные возможности сердечно-сосудистой системы во время беременности находятся в прямой пропорциональной зависимости от исходных значений показателей кровотока и, соответственно, от типа гемодинамики.

Ранними гемодинамическими предикторами развития гестоза следует считать пациенток, прирост минутного объема у которых составил менее 10% при гипер- и эукинетическом типе центральной гемодинамики и менее 3% при гипокинетическом типе центральной гемодинамики в сравнении с исходными данными.

Диагностическими критериями адекватности адаптационных изменений центральной гемодинамики считается прирост минутного объема на 30,0-35,0% у беременных с исходным эу- и гиперкинетическим типами и на 20,0-25,0% – у беременных с гипокинети-

ческим типом центральной гемодинамики на сроке 28-30 недель.

При беременности осложненной ПИГП возникают дезадаптационные изменения состояния центральной гемодинамики, характеризующиеся тем, что при исходном эу- и гиперкинетическом типе центральной гемодинамики процентный прирост МОС составляет менее 32%; при гипокинетическом типе – менее 23%. Дополнительными критериями дезадаптации являются укорочение периода максимальных гемодинамических нагрузок на 2-3 недели до 32-33 недель; снижение минутного объема и повышение общего периферического сосудистого сопротивления накануне родов до исходных значений в начале беременности.

Нарушение адекватности адаптационных изменений центральной гемодинамики приводят к патологическим гемодинамическим изменениям в маточно-плацентарно-плодовом комплексе с возникновением осложнений беременности в виде плацентарной недостаточности и перинатальных ишемически-гипоксических повреждений новорожденного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лысенков С.П., Мясникова В.В., Пономарев В.В. Неотложные состояния и анестезия в акушерстве. Клиническая патофизиология и фармакотерапия. – Майкоп: ООО "Качество", 2002. – 604 с.
2. Макаров О.В., Николаев Н.Н., Волкова Е.В. Особенности центральной гемодинамики матери у беременных с артериальной гипертензией // Акуш. и гин. – 2004. – № 4. – С. 18–22.
3. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству. – М.: МИА, 1997. – 440 с.
4. Стрижаков А.Н., Давыдова А.И., Белоцерковцева Л.Д. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. – М.: Медицина, 2000. – 318 с.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗНОВИДНОСТИ УПОТРЕБЛЯЕМОГО АЛКОГОЛЯ

© Куржупов К.А., Погосов А.В.

Кафедра психиатрии и клинической психологии
Курского государственного медицинского университета, Курск
E-mail: www.albertpogosov@yandex.ru

В статье представлены результаты клинико-психопатологического, динамического и статистического исследования 66 больных алкогольными психозами. Проведена оценка тяжести их клинических проявлений в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя. Зафиксированы более выраженные клинико-динамические характеристики алкогольной зависимости у больных алкогольными психозами, употребляющих суррогаты алкоголя: значимое различие в сторону снижения показателей возраста формирования алкогольного абстинентного синдрома и возраста манифеста алкогольных психозов; более высокая толерантность к алкоголю, непреодолимое первичное патологическое влечение к алкоголю, псевдозапойная форма пьянства, психопатологический вариант алкогольного абстинентного синдрома. Установлено, что тяжесть проявлений алкогольного психоза более выражена в группе больных, употребляющих суррогаты алкоголя. Для них характерны повторные алкогольные психозы, менее выраженное психомоторное возбуждение, литическая разновидность выхода из психоза, большая его продолжительность, отсутствие воспоминаний о болезненных переживаниях, переходные синдромы в виде резидуального бреда и органического психосиндрома.

Ключевые слова: алкогольные психозы – алкогольный делирий, структурно-сложный алкогольный психоз; стандартизованный алкоголь, суррогаты алкоголя.

CLINICAL-DYNAMIC EVALUATION OF ALCOHOLIC PSYCHOSES ON DIFEREND KINDS OF ALCOHOL ABUSED

Kurzhupov K.A., Pogosov A.V.

Psychiatry & Clinic Psychology Department
of the Kursk State Medical University, Kursk

The article shows the results of clinical psychopathological, dynamic and statistic examination of 66 alcoholic psychosis patients. The evaluation of severity of clinical manifestations was carried out depending on kinds of alcohol abused. The alcohol psychosis patients who used alcoholic ersatz had strongly marked clinical dynamic characteristics of alcoholic dependence: decrease in age index of forming alcoholic abstinence syndrome and alcoholic psychosis manifestation; higher tolerance to alcohol, irresistible primary addiction to alcohol, pseudo-dipsomania, and psychopathological kind of alcoholic abstinence syndrome. It was determined that the group of patients abusing alcoholic ersatz had more serious symptoms of alcoholic psychoses. Relapsing alcoholic psychoses, less marked psychomotor stimulation, lytic withdrawal from psychosis, longer period of psychosis, absence of reminiscences concerning painful experience, transition syndrome in the form of residual delirium and organic psychosyndrome are very characteristic to them.

Keywords: alcoholic psychosis – alcoholic delirium, structurally compound alcoholic psychosis; standardized alcohol, alcoholic ersatz.

Проблема влияния качества алкоголя на тяжесть проявлений алкогольной зависимости и алкогольных психозов, обсуждаемая в специальной литературе, не потеряла своего значения и по сей день. При анализе алкогольной ситуации в России отмечен рост подпольного производства алкогольной продукции и ее суррогатов [9]. В России количество отравлений суррогатами алкоголя за год

является одним из самых высоких в мире и превышает аналогичный показатель в США в 87,5 раза [8]. В последние годы наметилась тенденция к увеличению количества лиц, употребляющих суррогатную алкогольную продукцию. В результате социологического исследования подростков и молодежи в образовательных учреждениях Архангельска установлено, что 22,7% юношей и 6,7% де-

вушек употребляют спирт и суррогаты алкоголя [4]. Изучение факторов формирования алкоголизма у женского населения Астрахани показало, что в структуре потребляемого алкоголя самогон занимал более одной трети. Доказательством социальной деградации таких женщин являлись: потеря способности к труду, ослабление чувства долга и родственных чувств, эмоциональное огрубление, интеллектуальное снижение, некритическое отношение к своей болезни [3]. У больных алкоголизмом, злоупотребляющих суррогатами алкоголя, в клинической картине доминируют выраженные проявления заболевания – компульсивное влечение к алкоголю, постоянное пьянство на фоне низкой толерантности [5]. Сведения, представленные в небольшом числе работ, посвященных клинικο-динамической оценке алкогольных психозов при употреблении суррогатов алкоголя, отличаются скудностью и противоречивостью. Анализ в них проводится с применением ограниченного количества оценочных критериев, без учета клинических вариантов алкогольных психозов. Анализ алкогольных психозов у лиц, употребляющих суррогаты алкоголя, показал их отличие от психозов, возникающих при злоупотреблении продажной алкогольной продукцией. Речь идет о преобладании тяжелых форм течения психозов: протрагированный, мусситирующий, профессиональный делирий. Отмечается малопродуктивное течение делирия, приобретающего порой характер аментивноподобного [6, 7].

Цель исследования – оценка тяжести клинических проявлений алкогольных психозов в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящей статье представлены результаты клинικο-психопатологического, динамического и статистического исследования 66 больных алкогольными психозами мужского пола (использован метод случайной выборки), находившихся на лечении в Курской областной наркологической больнице в 2007-2008 гг. Из указанного числа 39 больных (59,09%) жили в городе, 27 (40,91%) – в селе. По возрасту обследованные распреде-

лились следующим образом: от 21 до 30 лет – 23 человека (34,85%), от 31 до 40 лет – 20 (30,30%), от 41 до 50 лет – 17 (25,76%), старше 50 лет – 6 человек (9,09%). Только третья часть больных (23 – 34, 85%) работали на момент обследования, 43 больных (65,15%) были безработными. Семейное положение больных: женатые – 27 (40,91%); разведенные – 13 (19,70%); холостые – 24 (36,36%); вдовы – 2 (3,03%).

При диагностике алкогольной зависимости мы руководствовались данными сравнительной оценки понятий о клинических проявлениях наркологических заболеваний, принятых в МКБ-10 и в традиционных отечественных классификациях [1]. Анализ клинικο-динамических проявлений алкогольной зависимости и алкогольных психозов проводился на основе "Глоссария для унифицированной клинической оценки алкоголизма и алкогольных психозов" [2]. Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с определением достоверности по критерию Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнительной оценке подвергнуты клинические проявления заболевания в группах больных, сформированных с учетом разновидности употребляемого алкоголя. 20 из 66 больных (30,30%) употребляли стандартизованный алкоголь (1-я группа), 46 (69,70%) – суррогаты (2-я группа). Стандартизованный алкоголь в наших случаях представлен преимущественно водкой, приобретаемой в специализированных отделах и магазинах. Суррогатная алкогольная продукция включала самогон, а также спиртовые настойки боярышника и перца стручкового, реализуемого аптечной сетью.

Потребление суррогатной алкогольной продукции отмечалось на различных этапах алкоголизации. Оно было связано с низкими социальным статусом и материальными возможностями больных, а также с существующими традициями (особенно в сельской местности) предпочтительного употребления самогона. Анализ проведен отдельно в зависимости от клинического варианта алкогольного психоза. Распределение больных обозна-

Долевое распределение больных с учетом клинического варианта алкогольного психоза

Обследованные группы Варианты	1-я группа (стандартизованный алкоголь) n = 20		2-я группа (суррогаты) n = 46		Всего: n = 66	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1. Алкогольный делирий	11	55,00	24	52,17	35	53,03
2. Структурно-сложный алкогольный психоз	9	45,00	17	36,96	26	39,39
3. Алкогольный галлюциноз	—	—	5	10,87	5	7,58
Итого:	20	100,00	46	100,00	66	100,00

ченных групп с учетом клинического варианта алкогольного психоза представлено в табл. 1.

В случайной выборке больных наибольшая доля приходилась на алкогольный делирий (35 больных – 53,03%), наименьшая – на алкогольный галлюциноз (5 – 7,58%). В группах, обозначенных в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя, также преобладали больные алкогольным делирием (1-я группа: 11 больных – 55,00%; 2-я группа: 24 – 52,17%). Больные алкогольным галлюцинозом в 1-й группе не встречались.

Для сравнительной оценки выраженности клинических проявлений заболевания в сформированных группах больных и с учетом варианта алкогольного психоза нами исследован ряд показателей, отражающих тяжесть алкогольной зависимости (варианты первичного патологического влечения к алкоголю и абстинентного синдрома, максимальная суточная толерантность, форма пьянства и др.) и алкогольного психоза (количество перенесенных алкогольных психозов, характер возбуждения, средняя продолжительность психоза, разновидность выхода из психоза – критический, литический, уровень воспоминаний болезненных переживаний и др.). В качестве факторов, свидетельствующих о тяжелом течении алкогольных психозов, изучена коморбидная соматическая и неврологическая патология. Предложенный нами набор оценочных критериев алкогольной болезни (алкогольной зависимости, алкогольных психозов) позволяет осуществлять объективную квали-

фикацию клинико-динамических проявлений алкогольных психозов в изучаемых группах.

Переходя к изложению полученных результатов, необходимо отметить, что выявленные клинико-динамические характеристики алкогольной зависимости и алкогольных психозов указывали на большую тяжесть заболевания во 2-й группе больных (употребляющих суррогаты алкоголя) по сравнению с 1-й (употребляющих стандартизованный алкоголь). Сходная закономерность установлена как у больных алкогольным делирием, так и больных структурно-сложным алкогольным психозом.

1.1. Клинико-психопатологический и динамический анализ алкогольного делирия.

Сравнительная оценка клинико-динамических показателей заболевания у больных алкогольным делирием в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя показала, что возраст первого употребления алкоголя и возраст систематического употребления алкоголя (в годах) хотя и были ниже во 2-й группе, однако достоверно не отличались (соответственно 1-я группа – $22,09 \pm 1,76$ и 2-я группа – $19,79 \pm 0,57$; $t = 1,24$; $31,90 \pm 3,04$ и $27,79 \pm 1,46$; $t = 1,21$). Установлено статистически значимое различие показателей возраста формирования алкогольного абстинентного синдрома (1-я группа – $34,45 \pm 0,94$, 2-я группа – $31,29 \pm 0,51$; $t = 2,98$) и возраста манифеста алкогольных психозов (1-я группа – $36,36 \pm 0,85$, 2-я группа – $34,16 \pm 0,57$; $t = 2,15$), свидетельствующее о более выраженных проявлениях заболевания у больных

алкогольным делирием, употребляющих суррогаты алкоголя. Выраженность динамических характеристик алкогольной зависимости у больных 2-й группы подтверждалась и результатами анализа ее основных клинических проявлений. Максимальная суточная толерантность здесь достоверно отличалась от таковой у больных 1-й группы (1-я группа – $872,00 \pm 27,57$ мл; 2-я группа – $980,00 \pm 38,53$ мл; $t = 2,27$). Для больных 1-й группы наиболее характерно спонтанное, без борьбы мотивов, первичное патологическое влечение к алкоголю (45,46%). У больных 2-й группы значительно преобладала тяжелая разновидность первичного патологического влечения к алкоголю – непреодолимое (62,50%). Ее удельный вес был достоверно ($t = 2,10$) выше аналогичного у больных 1-й группы (36,36%). Изучение долевого распределения формы пьянства в анализируемых группах показало, что для больных алкогольным делирием, употребляющих стандартизованный алкоголь (1-я группа), свойственно постоянное пьянство с высокой толерантностью (45,46%). Во 2-й группе постоянное пьянство с высокой толерантностью было представлено в равной доле с перемежающимся пьянством (по 20,88%). Псевдозапойное пьянство, относящееся к числу тяжелых форм, здесь встречалось с наибольшим удельным весом (58,34%). Его доля достоверно ($t = 2,09$) преобладала, по сравнению с таковой в 1-й группе (27,27%). У больных алкогольным делирием, употребляющих суррогаты алкоголя (2-я группа) достоверно ($t = 2,09$) преобладал психопатологический вариант алкогольного абстинентного синдрома (58,34%). На втором месте по удельному весу в этой группе был церебральный вариант алкогольного абстинентного синдрома (29,16%). В 1-й группе больных в равных долях (по 27,27%) выявлялись висцеральный, церебральный и психопатологический варианты алкогольного абстинентного синдрома.

Известно, что оценка тяжести течения, прогноза алкогольных психозов должна проводиться с учетом не только психопатологических особенностей заболевания, но и наличия сопутствующей (коморбидной) соматической и неврологической патологии. Изучение ее частотного распределения показало, что у больных алкогольным делирием, пред-

почитающих стандартизованный алкоголь, коморбидная соматическая и неврологическая патология встречалась гораздо реже, чем в группе больных, употребляющих суррогаты алкоголя. В 1-й группе на 1 больного в среднем приходилось по 0,63 разновидности соматической и неврологической патологии, во 2-й группе аналогичный показатель составил 1,50. При анализе соматической патологии во 2-й группе установлено 7 случаев алкогольного гепатита, что составило 29,17%. В 1-й группе с такой патологией было 3 больных (27,27%; $t = 0,11$). Среди неврологической патологии во 2-й группе с наибольшей частотой встречалась алкогольная полинейропатия (37,50%); в 1-й группе она не наблюдалась. Далее по частотному распределению во 2-й группе следовали эпилептические припадки (33,33%), которые в 1-й группе встречались реже (18,18%; $t = 0,75$). Третье место по частоте во 2-й группе занимала токсическая энцефалопатия (29,17%), в 1-й группе такая патология не отмечалась. С наименьшей частотой в анализируемых группах регистрировалась токсико-сосудистая энцефалопатия (1-я группа: 9,09%; 2-я группа: 8,33%; $t = 0,02$). У 2-х из 11 больных 1-й группы (18,18%) наблюдалось сочетание соматической и неврологической патологии. Во 2-й группе такое сочетание встречалось в 8 случаях (33,33%). Сочетание соматической патологии в анализируемых группах не зафиксировано. В 1-й группе отсутствовало и сочетание неврологической патологии. У 7 из 24 больных (29,17%) 2-й группы отмечались две, у 2-х (8,33%) – три разновидности неврологической патологии.

Далее остановимся на результатах анализа ряда показателей, отражающих тяжесть течения алкогольного делирия. Сравнительная оценка долевого распределения количества перенесенных алкогольных психозов свидетельствовала о том, что наибольшее число больных 1-й и 2-й групп впервые госпитализировано в наркологический стационар по поводу алкогольного психоза (табл. 2). В то же время удельный вес таких больных был достоверно ($t = 3,60$) выше в 1-й группе (81,82%) по сравнению со 2-й (62,50%). В 6 случаях (25,00%) во 2-й группе больные перенесли два психоза, в 3 (12,50%) – три и более.

Таблица 2

Сравнительная оценка долевого распределения количества перенесенных алкогольных психозов у больных алкогольным делирием в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы Количество	1-я группа n = 11		2-я группа n = 24		t	Всего: n = 35	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Один	9	81,82	15	62,50	3,60	24	68,57
2. Два	2	18,18	6	25,00	0,33	8	22,86
3. Три и более	—	—	3	12,50	—	3	8,57
Итого:	11	100,00	24	100,00		35	100,00

Таблица 3

Сравнительная оценка долевого распределения характера возбуждения у больных алкогольным делирием в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы Характер возбуждения	1-я группа n = 11		2-я группа n = 24		t	Всего: n = 35	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Выраженное	7	63,64	8	33,33	3,34	15	42,86
2. Беспокойство	4	36,36	13	54,17	1,41	17	48,57
3. В пределах постели	—	—	3	12,50	—	3	8,57
Итого:	11	100,00	24	100,00		35	100,00

Известно, что более тяжелые формы алкогольного делирия сопровождаются менее выраженным психомоторным возбуждением [10]. В одних случаях, оно ограничивается пределами постели, в других — проявляется двигательным и речевым беспокойством. Результаты изучения характера возбуждения показали, что для больных 1-й группы свойственно выраженное психомоторное возбуждение в состоянии психоза (табл. 3). Доля последнего здесь достоверно ($t = 3,34$) превышала аналогичную во 2-й группе (1-я группа: 63,64%; 2-я группа: 33,33%). Для психоза у больных 2-й группы было характерно состояние беспокойства. Удельный вес таких больных здесь фиксировался выше, чем в 1-й группе (1-я группа: 36,36%; 2-я группа: 54,17%; $t = 1,41$). Во 2-й группе у 3 больных (12,50%) возбуждение ограничивалось пределами постели.

Общепризнано, что наиболее точно тяжесть алкогольного психоза отражает характер выхода из психотического состояния

(табл. 4). Критическая разновидность выхода, свойственная легкому течению алкогольного делирия, в наших наблюдениях значительно преобладала в 1-й группе больных (81,82%). Она по удельному весу достоверно ($t = 6,14$) превышала аналогичную разновидность во 2-й группе (41,67%). Для больных, употребляющих суррогаты алкоголя, более характерным оказался литический выход из психоза (58,33%; $t = 2,04$). Доля больных с литическим выходом среди употребляющих стандартизованный алкоголь была равна 18,18%.

Установлены достоверные ($t = 2,97$) отличия средней продолжительности алкогольного делирия в выделенных нами группах. У больных, употребляющих суррогаты алкоголя (2-я группа), указанный показатель был более чем в 2 раза выше аналогичного в 1-й группе. В 1-й группе он составил $27,63 \pm 3,04$ часа, во 2-й — $59,75 \pm 10,36$ часа.

Как правило, из-за отрешенности больного от окружающего (критерий помраченного сознания К. Ясперса) у больных классиче-

Таблица 4

Сравнительная оценка долевого распределения выхода из психоза у больных алкогольным делирием в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы Разновидность выхода	1-я группа n = 11		2-я группа n = 24		t	Всего: n = 35	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Критический	9	81,82	10	41,67	6,14	19	52,29
2. Литический	2	18,18	14	58,33	2,04	16	45,71
Итого:	11	100,00	24	100,00		35	100,00

Таблица 5

Сравнительная оценка долевого распределения воспоминаний болезненных переживаний у больных алкогольным делирием в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы Воспоминания	1-я группа n = 11		2-я группа n = 24		t	Всего: n = 35	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Сохранены	8	72,73	8	33,33	4,86	16	45,71
2. Сохранены частично	3	27,27	9	37,50	0,64	12	34,29
3. Отсутствуют	—	—	7	29,17	—	7	20,00
Итого:	11	100,00	24	100,00		35	100,00

ским алкогольным делирием наблюдается амнезия реальной обстановки. В то же время болезненные переживания (иллюзии, галлюцинации) остаются в памяти. При тяжелом течении алкогольного делирия они сохраняются частично либо забываются. С учетом указанных обстоятельств, нами использован уровень воспоминаний болезненных переживаний в качестве критерия оценки тяжести алкогольного делирия (табл. 5). Среди больных алкогольным делирием, употребляющих стандартизованный алкоголь, значительно преобладала доля лиц, у которых сохранились воспоминания болезненных переживаний (72,73%). Удельный вес таких больных во 2-й группе был достоверно ниже (33,33%; $t = 4,86$). Здесь доминировали больные с частично сохранившимися воспоминаниями болезненных переживаний (37,50%; $t = 0,64$). Свидетельством более тяжелого течения психоза во 2-й группе являлись 7 случаев (29,17%), при которых отсутствовали воспоминания болезненных переживаний.

Характер переходных синдромов, наблюдающихся вслед за реакцией экзогенного типа, каковой является алкогольный делирий, отражает тяжесть течения заболевания и имеет прогностическое значение. Эмоционально-гиперестетическая слабость (астенический синдром) обычно возникает у больных с более легким течением алкогольного делирия. Тяжелые же его формы завершаются психоорганическим синдромом. Резидуальный бред (эндоформная симптоматика) в оценке тяжести алкогольного делирия занимает промежуточное положение. Долевое распределение переходных синдромов в анализируемых группах представлено в табл. 6. Для больных, употребляющих стандартизованный алкоголь, после выхода из психоза характерно состояние эмоционально-гиперестетической слабости (81,82%; $t = 6,64$). В случаях предпочтения суррогатов алкоголя доминировали психоорганический синдром (41,67%) и резидуальный бред (37,50%; $t = 0,96$).

Сравнительная оценка долевого распределения переходных синдромов у больных алкогольным делирием в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы Разновидности	1-я группа n = 11		2-я группа n = 24		t	Всего: n = 35	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Эмоционально-гиперестетическая слабость	9	81,82	5	20,83	6,64	14	40,00
2. Резидуальный бред	2	18,18	9	37,50	0,96	11	31,43
3. Психоорганический синдром	–	–	10	41,67	–	10	28,57
Итого:	11	100,00	24	100,00		35	100,00

1.2. Клинико-психопатологическая и динамическая характеристика структурно-сложного алкогольного психоза.

Сравнительная оценка клинико-динамических характеристик алкогольной зависимости свидетельствует как о сходстве, так и отличии ряда параметров в анализируемых группах. Статистически достоверных отличий возраста первого употребления алкоголя (1-я группа – $21,66 \pm 1,23$; 2-я группа – $22,35 \pm 0,81$; $t = 0,46$) и возраста начала систематического употребления алкоголя (1-я группа – $29,11 \pm 2,58$; 2-я группа – $29,47 \pm 1,95$; $t = 0,11$) не выявлено. Это обстоятельство дает основание считать, что больные обследованных групп находились в сходных условиях по возрасту как к моменту знакомства с алкоголем, так и его систематического употребления. У больных структурно-сложным алкогольным психозом, употребляющих суррогаты алкоголя, возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома составил $30,39 \pm 1,09$ года. Он был достоверно ниже ($t = 2,71$) аналогичного показателя в случаях употребления стандартизованного алкоголя ($34,44 \pm 1,03$ года). Обращает на себя внимание факт более быстрого формирования алкогольного абстинентного синдрома у больных 2-й группы. У них с момента систематического употребления алкоголя до появления алкогольного абстинентного синдрома прошло в среднем 0,92 года. В 1-й группе этот период был равен 5,33 года. Приведенные цифры свидетельствуют о прогрессивном течении алкогольной зависимости во 2-й группе, в 1-й группе оно было ближе к умеренно-

прогредиентному. Выявленное во 2-й группе (по параметру возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома) более выраженное течение алкогольной зависимости подтверждается и показателем возраста манифеста алкогольных психозов. У больных 1-й группы он был достоверно выше, по сравнению с больными 2-й группы (соответственно $37,77 \pm 1,59$ года; $33,29 \pm 1,36$ года; $t = 2,13$). В анализируемых группах отличалась продолжительность периода с момента формирования алкогольного абстинентного синдрома до манифеста алкогольных психозов. В 1-й группе она составила в среднем 3,33 года, во 2-й – 2,90 года. Изучение в сравнительном аспекте ведущих параметров алкогольной зависимости показало, что для больных структурно-сложным алкогольным психозом в случаях употребления суррогатов алкоголя (2-я группа) свойственны более выраженные клинические проявления. Отмечены достоверные отличия толерантности к алкоголю. Если в 1-й группе среднее ее значение составило $833,33 \pm 33,67$ мл, то во 2-й группе – $1035,00 \pm 44,05$ мл ($t = 3,63$). Структура долевого распределения вариантов первичного патологического влечения к алкоголю в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя была неодинаковой. В 1-й группе преобладали первичное патологическое влечение к алкоголю, спонтанное, без борьбы мотивов и непреодолимое. Зафиксирована их равная доля (по 44,44%). Во 2-й группе удельный вес непреодолимого первичного патологического влечения к алкоголю зарегистрирован в 1,83 раза выше спонтанного

без борьбы мотивов варианта (соответственно 64,70% и 35,30%). Сопоставление долей наиболее тяжелого варианта первичного патологического влечения к алкоголю – непреодолимого в анализируемых группах выявило разницу. Удельный вес таких больных во 2-й группе был больше, по сравнению с 1-й группой, в 1,45 раза. Для больных 2-й группы более характерны тяжелые формы пьянства – перемежающееся (29,41%; $t = 0,55$) и псевдозапойное (70,59%; $t = 2,30$). Доля последнего варианта здесь была в 2,11 раза больше, чем у больных в 1-й группе. У них же в 55,56% случаев встречалась относительно легкая форма – постоянное пьянство с высокой толерантностью, не отмеченное во 2-й группе. В обследованных группах установлены различия долевого распределения клинических вариантов алкогольного абстинентного синдрома. В 1-й группе первое место по удельному весу принадлежало висцеральному варианту (44,45%), второе – психопатологическому (33,33%), третье – нейровегетативному (22,22%). Во 2-й группе наибольшая доля была за тяжелыми вариантами алкогольного абстинентного синдрома – церебральным и психопатологическим (по 41,18%). Доля висцерального варианта здесь была наименьшей (17,64%), нейровегетативный вариант не регистрировался. Сравнительный анализ долевого распределения показал, что в 1-й группе, по сравнению со 2-й, преобладал висцеральный вариант алкогольного абстинентного синдрома (в 2,51 раза) ($t = 1,50$), отсутствовал церебральный вариант, удельный вес психопатологического варианта зафиксирован в 1,23 раза меньше.

Ранее на примере алкогольного делирия была убедительно продемонстрирована роль употребления суррогатов алкоголя в формировании коморбидной соматической и неврологической патологии. У больных структурно-сложным алкогольным психозом подтверждается выявленная закономерность. Если на 1 больного 1-й группы здесь приходилось в среднем 0,44 разновидности соматической и неврологической патологии, то во 2-й группе этот показатель был выше и равнялся 1,70 (у больных 2-й группы алкогольным делирием – 1,50). Анализ распределения соматической патологии показал более высокую ее частоту во 2-й группе больных. Алкоголь-

ный гепатит здесь встречался с частотой 41,18% (1-я группа – 22,22%; $t = 0,86$). Другая соматическая патология фиксировалась в 1-й группе с частотой 11,11 %, во 2-й – 23,52% ($t = 0,37$). Обращает на себя внимание тот факт, что у больных 1-й группы регистрировался лишь 1 случай неврологической патологии – алкогольная полинейропатия (частота 11,11%). Во 2-й группе (больные употребляли суррогаты алкоголя) отмечено 18 таких случаев. Наиболее часто встречались эпилептические припадки (41,18%), далее следовала токсическая энцефалопатия (29,41%), затем – алкогольная полинейропатия (23,52%). Частота токсико-сосудистой энцефалопатии составила 11,76%. У 9 из 17 больных 2-й группы (52,94%) наблюдалось сочетание соматической и неврологической патологии, у 4 больных (23,52%) сочетание двух, у 1 (5,88%) – трех разновидностей неврологической патологии.

Перейдем к освещению результатов сравнительного анализа параметров, характеризующих тяжесть течения структурно-сложного алкогольного психоза. В табл. 7 отражены данные о количестве перенесенных психозов в обозначенных по разновидности употребляемого алкоголя группах. 8 из 9 больных (88,89%) 1-й группы госпитализированы в связи с алкогольным психозом впервые. Доля таких больных была достоверно ($t = 4,13$) выше аналогичной во 2-й группе (64,70%). В последней больше трети больных (35,30%) перенесли два и более психоза. В 1-й группе только 1 больной (11,11%) госпитализирован по поводу психоза повторно.

Изучение характера возбуждения у больных алкогольным делирием, результаты которого приведены выше, показало, что в случаях употребления суррогатов алкоголя для психотического состояния было свойственно невыраженное психомоторное возбуждение, проявляющееся двигательным и речевым беспокойством. Такие же данные получены и при сравнительном анализе долевого распределения характера возбуждения у больных структурно-сложным алкогольным психозом (табл. 8). У больных 1-й группы, в отличие от 2-й, преобладало выраженное возбуждение (1-я группа: 55,56%; 2-я группа: 29,41%; $t = 1,94$). Доля больных с двигательным и речевым беспокойством была достоверно

Таблица 7

Сравнительная оценка долевого распределения количества перенесенных алкогольных психозов у больных структурно-сложным алкогольным психозом в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы Количество	1-я группа n = 9		2-я группа n = 17		t	Всего: n = 26	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Один	8	88,89	11	64,70	4,13	19	73,08
2. Два	1	11,11	3	17,65	0,19	4	15,38
3. Три и более	–	–	3	17,65	–	3	11,54
Итого:	9	100,00	17	100,00		26	100,00

Таблица 8

Сравнительная оценка долевого распределения характера возбуждения у больных структурно-сложным алкогольным психозом в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы Характер возбуждения	1-я группа n = 9		2-я группа n = 17		t	Всего: n = 26	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Выраженное	5	55,56	5	29,41	1,94	10	38,46
2. Беспокойство	4	44,44	12	70,59	2,01	16	61,54
Итого:	9	100,00	17	100,00		26	100,00

Таблица 9

Сравнительная оценка долевого распределения выхода из психоза у больных структурно-сложным алкогольным психозом в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы Разновидность выхода	1-я группа n = 9		2-я группа n = 17		t	Всего: n = 26	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Критический	6	66,67	3	17,65	3,28	9	34,62
2. Литический	3	33,33	14	82,35	2,58	17	65,38
Итого:	9	100,00	17	100,00		26	100,00

($t = 2,01$) большей во 2-й группе (1-я группа: 44,44%; 2-я группа: 70,59%). Возбуждение в пределах постели у больных структурно-сложным алкогольным психозом в анализируемых группах не наблюдалось.

Результаты сравнительной оценки долевого распределения разновидности выхода из психотического состояния у больных струк-

турно-сложным алкогольным психозом показали, что для больных 1-й группы характерен критический выход из психоза (табл. 9). Его удельный вес здесь составил 66,67%. Во 2-й группе аналогичный показатель был меньше (17,65%; $t = 3,28$). Иная картина зафиксирована при изучении долевого распределения литического выхода. Он встречался у 82,35%

больных 2-й группы и у 33,33% больных 1-й группы. Разница приведенных долей была достоверной ($t = 2,58$). Она свидетельствовала о том, что для больных структурно-сложным алкогольным психозом, употребляющих суррогаты алкоголя, более характерна тяжелая – литическая разновидность выхода из психоза.

Средняя продолжительность структурно-сложного алкогольного психоза в случаях употребления суррогатов алкоголя была в 1,55 раза больше, чем у больных, предпочитающих стандартизованный алкоголь. Ее величина в 1-й группе составила $40,00 \pm 5,38$ часа, во 2-й – $62,00 \pm 4,45$ часа ($t = 3,15$). Приведенная достоверная разница показателей являлась свидетельством более тяжелого течения психоза во 2-й группе.

Долевое распределение воспоминаний болезненных переживаний у больных структурно-сложным алкогольным психозом в анализируемых группах значительно отличалось (табл. 10). В 1-й группе свидетельством более легкого течения психоза являлось преобладание больных, у которых воспоминания болезненных переживаний были сохранены (66,67%). Во 2-й группе доля таких лиц составила 23,53% ($t = 3,27$). В этой группе доминировали случаи частичного сохранения воспоминаний болезненных переживаний (47,06%), их удельный вес превышал таковой в 1-й группе (33,33%; $t = 0,81$). Тяжелое течение структурно-сложного алкогольного психоза у больных, употребляющих суррогаты алкоголя (2-я группа), подтверждали и 5 случаев (29,41%) отсутствия у них воспоминаний болезненных переживаний.

Долевое распределение разновидностей синдромов, наблюдающихся после выхода из психоза, подтверждало более легкое его течение в 1-й группе больных, по сравнению со 2-й (табл. 11). Для больных 1-й группы характерным был переходный синдром эмоционально-гиперестетической слабости (66,67%; $t = 3,06$). Во 2-й группе преобладали психоорганический синдром и резидуальный бред (соответственно 47,06% и 41,18%).

Полученные результаты, касающиеся алкогольного галлюциноза, только по некоторым параметрам согласуются с выявленными закономерностями у больных алкогольным делирием и структурно-сложным алкогольным психозом. Это связано с небольшим объемом алкогольного галлюциноза в сделанной нами случайной выборке из-за невысокой его распространенности среди алкогольных психозов.

Результаты клинико-психопатологического, динамического и статистического исследования 66 больных алкогольными психозами позволили определить структуру госпитальной болезненности: наибольшая доля приходится на алкогольный делирий (53,03%), далее следует структурно-сложный алкогольный психоз (39,39%). С наименьшей долей встречается алкогольный галлюциноз (7,58%). Среди обследованных преобладают больные, употребляющие суррогаты алкоголя (69,70%). Принимают стандартизованный алкоголь в 2,3 раза меньше (30,30%). Проведена оценка тяжести клинических проявлений заболевания в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя.

Таблица 10

Сравнительная оценка долевого распределения воспоминаний болезненных переживаний у больных структурно-сложным алкогольным психозом в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы Воспоминания	1-я группа n = 9		2-я группа n = 17		t	Всего: n = 26	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Сохранены	6	66,67	4	23,53	3,27	10	38,46
2. Сохранены частично	3	33,33	8	47,06	0,81	11	42,31
3. Отсутствуют	–	–	5	29,41	–	5	19,23
Итого:	9	100,00	17	100,00		26	100,00

Сравнительная оценка долевого распределения переходных синдромов у больных структурно-сложным алкогольным психозом в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы Разновидности	1-я группа n = 9		2-я группа n = 17		t	Всего: n = 26	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Эмоционально-гиперестетическая слабость	6	66,67	2	11,76	3,06	8	30,77
2. Резидуальный бред	3	33,33	7	41,18	0,45	10	38,46
3. Психоорганический синдром	–	–	8	47,06	–	8	30,77
Итого:	9	100,00	17	100,00		26	100,00

Полученные данные позволяют считать более выраженными клинико-динамические характеристики алкогольной зависимости у больных алкогольными психозами, употребляющих суррогаты алкоголя, по сравнению с больными, предпочитающими стандартизованный алкоголь. Об этом свидетельствует значимое различие в сторону снижения у них показателей возраста формирования алкогольного абстинентного синдрома и возраста манифеста алкогольных психозов при отсутствии достоверных отличий возраста первого употребления алкоголя и возраста систематического употребления алкоголя. Для таких больных свойственны более высокая толерантность к алкоголю, непреодолимое первичное патологическое влечение к алкоголю, псевдозапойная форма пьянства, психопатологический вариант алкогольного абстинентного синдрома.

У больных алкогольными психозами в случаях употребления суррогатов алкоголя коморбидная соматическая и неврологическая патология встречается гораздо чаще, чем при употреблении стандартизованного алкоголя. Соматическая патология представлена алкогольным гепатитом, неврологическая – алкогольной полинейропатией, эпилептическими припадками, токсической энцефалопатией. В ряде случаев отмечается сочетание соматической и неврологической патологии, нескольких разновидностей неврологической патологии.

Установлено, что тяжесть проявлений алкогольного психоза, оцененная по ряду параметров, зафиксирована более выраженной в

группе больных, употребляющих суррогаты алкоголя. Для них характерны повторные алкогольные психозы, менее выраженное психомоторное возбуждение (ограничивается пределами постели либо двигательным и речевым беспокойством), литическая разновидность выхода из психоза, большая его продолжительность, отсутствие воспоминаний о болезненных переживаниях, переходные синдромы в виде резидуального бреда и органического психосиндрома.

Представленные результаты планируется использовать для прогностической оценки алкогольных психозов и при составлении дифференцированных терапевтических программ. Дифференциация будет проведена с учетом разновидности алкогольных психозов, употребляемого алкоголя, сопутствующей соматической и неврологической патологии.

На следующем этапе исследования предполагается сопоставление приведенных результатов с проявлениями алкогольных психозов, возникающих в регионе с действием абиотических и антропогенных экологических факторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриев Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и др. Зависимость от психоактивных веществ // Наркология. – 2002. – № 9. – С. 2–9.
2. Качаев А.К., Иванец Н.Н., Игонин А.Л. и др. Глоссарий. Стандартизированные психопатологические симптомы и синдромы для унифицированной клинической оценки алкоголизма и алкогольных психозов: метод. рекомендации. – М.: МЗ СССР, управление по