

opment, which is due to increasing variability of somatotype. Heterochrony found in the dynamics of length and transverse dimensions of the segments of the trunk and extremities of children with different somatotypes.

Key words: children, primary school age, somatotype, anthropometry.

УДК: 616.89-02:618.89-008.441.13

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗНОВИДНОСТИ УПОТРЕБЛЯЕМОГО АЛКОГОЛЯ

А.В. ПОГОСОВ*, О.И. ЛЕСНИКОВ**

В статье представлены результаты сравнительной оценки клинико-психопатологических проявлений острых алкогольных психозов в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя (суррогатный и стандартизованный алкоголь). Показано, что по ряду клинических параметров (продолжительность психоза, характер возбуждения и выхода из психоза, воспоминания болезненных переживаний и реальной обстановки, разновидность переходного синдрома в постпсихотическом периоде и др.) острый алкогольный психоз в случаях употребления суррогатного алкоголя протекает более тяжело, прогноз его неблагоприятный.

Ключевые слова: алкогольные психозы, суррогатный алкоголь, клиника.

Алкоголизм является одной из важнейших медико-социальных проблем современности. Актуальность проблемы алкоголизма определяется и достаточно высокой распространенностью связанных с употреблением алкоголя психических нарушений – алкогольных психозов [4,10,12,13]. Сведения, представленные в небольшом числе работ, посвященных клинико-динамической оценке алкогольных психозов при употреблении суррогатов алкоголя, отличаются скудностью и противоречивостью [2,11]. Изучение алкогольных психозов у лиц, употребляющих суррогаты алкоголя, показало их отличие от психозов, возникающих при употреблении стандартизованной алкогольной продукции [1,7]. Речь идет о преобладании тяжелых форм течения психозов: протрагированный, мусситирующий, профессиональный делирии. Отмечается малопродуктивное течение делирия, приобретающего порой характер аментивноподобного [8,9]. В.В. Гордеев, Л.М. Волгина [3] проанализировали клинику алкогольных психозов у лиц, употребляющих суррогаты алкоголя. Установлены большая длительность психозов, глубокое помрачение сознания, высокая частота возникновения психоорганического синдрома, скудность галлюцинаторной симптоматики на психотическом этапе заболевания. В.С. Шмыков, И.В. Реверчук [14] на примере города Ижевска продемонстрировали употребление суррогатов алкоголя основной массой больных, перенесших алкогольные психозы. Утяжеление клинических проявлений алкогольных психозов, рост частоты атипичных их форм, летальность при алкогольных психозах прямо коррелируют с распространенностью употребления суррогатов алкоголя. Существует и другое мнение, согласно которому патоморфоз алкогольной болезни, проявляющийся снижением частоты острых алкогольных психозов, связан с уменьшением доли потребления алкогольных суррогатов [6].

Цель исследования – изучение клинико-динамических проявлений острых алкогольных психозов в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя с разработкой диагностических и прогностических критериев.

Материал и методы исследования. В настоящей статье представлены результаты клинико-психопатологического и статистического (t-критерий Стьюдента) исследования 58 больных острыми алкогольными психозами, находившихся на лечении в Тульском наркологическом диспансере №3 в 2011-2012 гг. Из указанного числа больных 48 (82,76%) были лица мужского пола, 10 (17,24%) – женского. Распределение больных по месту жительства выглядело следующим образом: жители города составили 44,83%, села – 55,17%. Преобладали больные в возрасте 41-50 лет (44,83%) и 31-40 лет (31,04%). Доли больных в возрасте

21-30 лет и старше 50 лет были примерно одинаковыми (соответственно 10,34 и 13,79%). 72,41% больных имели среднее образование, 24,14% – среднее специальное. Лишь 2 больных (3,45%) получили высшее образование. Среди обследованных в равных долях встречались холостые и женатые (по 34,48%). Удельный вес разведенных составил 27,59% (16 человек), преобладали безработные – 82,76% (48 человек).

При диагностике алкогольной зависимости опирались на данные [4,5], касающиеся сравнительной оценки понятий о клинических проявлениях наркологических заболеваний, принятых в МКБ-10 и в традиционных отечественных классификациях. Алкогольные психозы диагностировались с использованием указаний «Глоссария для унифицированной клинической оценки алкоголизма и алкогольных психозов» и МКБ-10.

Результаты и их обсуждение. Сравнительной оценке подвергнуты клинические проявления заболевания в группах больных, сформированных с учетом разновидности употребляемого алкоголя. 36 из 58 больных (62,07%) употребляли суррогаты алкоголя (1 группа), 22 больных (37,93%) – стандартизованный алкоголь (2 группа). Стандартизованный алкоголь был представлен водкой, приобретаемой в специализированных отделах и магазинах. Суррогатная алкогольная продукция включала самогон, а также спиртовые настойки боярышника и перца стручкового, медицинский асептический раствор, реализуемые аптечной сетью.

Распределение больных обозначенных групп с учетом клинического варианта алкогольного психоза представлено в табл. 1.

В случайной выборке больных наибольшая доля приходилась на алкогольный делирий (52 больных – 89,66%), наименьшая – на острый алкогольный галлюциноз (6 больных – 10,34%). В группах, обозначенных в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя, также преобладали больные алкогольным делирием (1 группа – 88,89%; 2 группа – 90,91%).

Таблица 1

Распределение больных с учетом клинического варианта алкогольного психоза

Обследованные группы	1-я группа (суррогаты) n=36		2-я группа (стандартизованный алкоголь) n=22		t	Всего: n=58	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Варианты							
Алкогольный делирий	32	88,89	20	90,91	1,16	52	89,66
Острый алкогольный галлюциноз	4	11,11	2	9,09	0,12	6	10,34
Итого:	36	62,07	22	37,93		58	100,0

Для сравнительной оценки выраженности клинических проявлений заболевания в сформированных группах нами исследован ряд показателей, отражающих тяжесть алкогольной зависимости (максимальная суточная толерантность, варианты первичного и вторичного патологического влечения к алкоголю, алкогольного абстинентного синдрома, 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 реальной обстановки и др.). Предложенный набор критериев алкогольной болезни (алкогольной зависимости, алкогольных психозов) позволял осуществлять объективную оценку 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 в 1 группе больных (употребляющих суррогаты алкоголя), по сравнению со 2 (употребляющих стандартизованный алкоголь).

Сравнительная оценка клинико-динамических показателей заболевания у больных алкогольными психозами в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя (табл. 2) показала, что возраст первого употребления алкоголя и возраст систематического употребления алкоголя были ниже в 1 группе (соответственно 1 группа – 17,38±0,43 и 2 группа – 18,09±0,39; t=1,24; 28,33±1,02 и 34,45±1,39; t=3,55). Установлено различие показателей возраста формирования алкогольного абстинентного синдрома (1 группа – 34,11±1,13, 2 группа – 40,09±1,06; t=3,88) и возраста манифеста алкогольных психозов (1 группа – 38,5±1,41,

* Курский государственный медицинский университет, ул. Карла Маркса, 3, г. Курск

** Тульский областной наркологический диспансер № 3, ул. Пионерская, д. 46, г. Щекино, Тульская область, 301200

2 группа – 45,09±1,0; t=4,25), свидетельствующее о более выраженных проявлениях заболевания у больных алкогольными психозами, употребляющих суррогаты алкоголя.

Таблица 2

Сравнительная оценка клинико-динамических показателей заболевания у больных алкогольными психозами в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Показатели	1-я группа (суррогаты) n=36		2-я группа (стандартизованный алкоголь) n=22		t
	Абс.	%	Абс.	%	
Возраст первого употребления алкоголя (в годах)	17,38±0,43		18,09±0,39		1,24
Возраст начала систематического употребления алкоголя (в годах)	28,33±1,02		34,45±1,39		3,55*
Возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома (в годах)	34,11±1,13		40,09±1,06		3,88*
Возраст манифеста алкогольных психозов (в годах)	38,5±1,41		45,09±1,0		4,25*
Максимальная суточная толерантность (в мл 40° водки)	827,77±66,82		790,9±27,91		0,5

Примечание: * – p<0,05 – значимые статистические различия

Выраженность динамических характеристик алкогольной зависимости у больных 1 группы подтверждалась и результатами анализа ее основных клинических проявлений. Максимальная суточная толерантность в пересчете на 40° водку здесь отличалась от таковой у больных 2 группы (1 группа – 827,77±66,82 мл; 2 группа – 790,9±27,91мл; t=0,5).

Сравнительная оценка долевого распределения преобладающего варианта первичного патологического влечения к алкоголю в обозначенных группах (табл. 3) показала, что доля больных с непреодолимым вариантом была выше в 1 группе (1 – 33,33%; 2 – 27,27%; t=0,72). Для больных 2 группы более характерно спонтанное первичное патологическое влечение без борьбы мотивов (72,73%; t=1,78).

Таблица 3

Сравнительная оценка долевого распределения преобладающего варианта первичного патологического влечения к алкоголю у больных алкогольными психозами в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы	1 группа (суррогаты) n=36		2 группа (стандартизованный алкоголь) n=22		t	Всего: n=58	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Спонтанное без борьбы мотивов	24	66,67	16	72,73	1,78	40	68,97
2. Непреодолимое	12	33,33	6	27,27	0,72	18	31,03
Итого:	36	62,07	22	37,93		58	100,0

Результаты, представленные в табл. 4, свидетельствуют о том, что доля больных с более тяжелым клиническим вариантом вторичного патологического влечения к алкоголю – с утратой количественного и ситуационного контроля была выше в 1 группе (употребляющие суррогаты) (36,11%; t=1,06). Удельный вес больных 2 группы (употребляющих стандартизованный алкоголь) с вторичным патологическим влечением к алкоголю с утратой количественного контроля был выше, чем в 1 группе (72,73% и 63,89% соответственно; t=2,54).

Таблица 4

Сравнительная оценка долевого распределения вариантов вторичного патологического влечения к алкоголю у больных алкогольными психозами в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы	1 группа (суррогаты) n=36		2 группа (стандартизованный алкоголь) n=22		t	Всего: n=58	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. С утратой количественного контроля	23	63,89	16	72,73	2,54*	39	67,24
2. С утратой количественного и ситуационного контроля	13	36,11	6	27,27	1,06	19	32,76
Итого:	36	62,07	22	37,93		58	100,0

Примечание: * – p<0,05 – значимые статистические различия

При изучении долевого распределения формы пьянства в анализируемых группах установлено, что для больных алкогольными психозами, употребляющих стандартизованный алкоголь (2 группа), свойственно постоянное пьянство с высокой толерантностью (63,64%; t=4,15) (табл. 5). В 1 группе более тяжелые формы пьянства – псевдозапойное и перемежающееся встречались в равных долях (по 27,78%), преобладая над таковыми во 2 группе больных (13,63% и 22,73%; t=1,15 и 0,53 соответственно).

Таблица 5

Сравнительная оценка долевого распределения формы пьянства у больных алкогольными психозами в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы	1 группа (суррогаты) n=36		2 группа (стандартизованный алкоголь) n=22		t	Всего: n=58	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Псевдозапойное пьянство	10	27,78	3	13,63	1,15	13	22,41
2. Постоянное пьянство с высокой толерантностью	16	44,44	14	63,64	4,15*	30	51,72
3. Перемежающееся пьянство	10	27,78	5	22,73	0,53	15	25,87
Итого:	36	62,07	22	37,93		58	100,0

Примечание: * – p<0,05 – значимые статистические различия

Данные, отраженные в табл. 6, подтверждают большую выраженность проявлений алкогольной зависимости у больных алкогольными психозами, употребляющих суррогаты алкоголя (1 группа). У них, по сравнению с 2 группой, преобладали церебральный и психопатологический варианты алкогольного абстинентного синдрома (30,56 и 25,0%; t=1,38 и t=0,91 соответственно). Во 2 группе больных в равных долях (по 36,36%) выявлялись более легкие варианты алкогольного абстинентного синдрома – нейровегетативный и висцеральный. Здесь доля больных с нейровегетативным вариантом достоверно отличалась от таковой в 1 группе (t=2,05).

Таблица 6

Сравнительная оценка долевого распределения вариантов алкогольного абстинентного синдрома у больных алкогольными психозами в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы	1 группа (суррогаты) n=36		2 группа (стандартизованный алкоголь) n=22		t	Всего: n=58	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Нейровегетативный	7	19,44	8	36,36	2,05*	15	25,86
2. Висцеральный	9	25,0	8	36,36	1,47	17	29,31
3. Церебральный	11	30,56	3	13,64	1,38	14	24,14
4. Психопатологический	9	25,0	3	13,64	0,91	12	20,69
Итого:	36	62,07	22	37,93		58	100,0

Примечание: * – p<0,05 – значимые статистические различия

Приведенные результаты позволяют считать существенными изменения клинико-динамических характеристик алкогольной зависимости у больных алкогольными психозами, употребляющих суррогаты алкоголя. На это указывают более низкие у них показатели возраста первого употребления алкоголя, начала его систематического употребления, формирования алкогольного абстинентного синдрома и возраста манифеста алкогольных психозов, высокая толерантность к алкоголю, непреодолимое первичное патологическое влечение, вторичное патологическое влечение с утратой количественного и ситуационного контроля, псевдозапойная и перемежающаяся формы пьянства, психопатологический и церебральный варианты алкогольного абстинентного синдрома. У больных, употребляющих стандартизованный алкоголь, анализируемые клинико-динамические параметры алкогольной зависимости отражали менее выраженную тяжесть заболевания.

Далее остановимся на результатах анализа показателей, характеризующих тяжесть течения алкогольных психозов. Сравнительная оценка долевого распределения количества перенесенных алкогольных психозов в изучаемых группах представлена в табл. 7.

Таблица 7

Сравнительная оценка долевого распределения больных по количеству перенесенных алкогольных психозов в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы	1 группа (суррогаты) n=36		2 группа (стандартизованный алкоголь) n=22		t	Всего: n=58	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Один	26	72,22	18	81,82	3,50*	44	75,86
2. Два	9	25,0	4	18,18	0,63	13	22,41
3. Три	1	2,78	—	—	0,16	1	1,73
Итого:	36	62,07	22	37,93		58	100,0

Примечание: * – p<0,05 – значимые статистические различия

Как видно, наибольшая доля больных 1 и 2 групп впервые госпитализирована в наркологический стационар по поводу алкогольного психоза (72,22 и 81,82% соответственно). В 27,78% случаев во 1 группе больные перенесли два и более психоза.

Диагностированные у обследованных варианты алкогольного делирия отражали тяжесть течения заболевания в обозначенных группах (табл. 8). Классический вариант алкогольного делирия преобладал во 2 группе (65,0%). Иное долевое распределение зафиксировано в 1 группе больных. Здесь, хотя и преобладал классический вариант алкогольного делирия (34,38%), однако его доля была достоверно ниже (t=5,40), чем во 2 группе. Более тяжелое течение алкогольного делирия в 1 группе отражало количество больных, у которых психоз сопровождался судорожным синдромом (10 человек – 31,25%). Во 2 группе таких больных было только 3 (15,0%; t=1,27). Долевое распределение систематизированного варианта алкогольного делирия в анализируемых группах было примерно одинаковое (t=0,16). В группе больных, употребляющих суррогатный алкоголь, отмечено 4 случая мусситирующего делирия (12,5%). Во 2 группе (стандартизованный алкоголь) таких больных не было (t=1,51).

Таблица 8

Сравнительная оценка долевого распределения вариантов алкогольного делирия в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы	1 группа (суррогаты) n=32		2 группа (стандартизованный алкоголь) n=20		t	Всего: n=52	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Классический	11	34,38	13	65,0	5,40*	24	46,15
2. Систематизированный	7	21,87	4	20,0	0,16	11	21,15
3. С судорожным синдромом	10	31,25	3	15,0	1,27	13	25,0
4. Мусситирующий	4	12,5	—	—	1,51	4	7,7
Итого:	32	61,54	20	38,46		52	100,0

Примечание: * – p<0,05 – значимые статистические различия

Известно, что более тяжелые формы алкогольного психоза сопровождаются менее выраженным психомоторным возбуждением. В одних случаях, оно ограничивается пределами постели, в других – проявляется двигательным беспокойством. Результаты изучения характера возбуждения в обследованных группах представлены в табл. 9.

Таблица 9

Сравнительная оценка долевого распределения характера возбуждения у больных алкогольными психозами в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы	1 группа (суррогаты) n=36		2 группа (стандартизованный алкоголь) n=22		t	Всего: n=58	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Выраженное	15	41,67	16	72,73	7,22*	31	53,45
2. Беспокойство	17	47,22	6	27,27	2,50*	23	39,65
3. В пределах постели	4	11,11	—	—	1,41	4	6,90
Итого:	36	62,07	22	37,93		58	100,0

Примечание: * – p<0,05 – значимые статистические различия

Как видно, для больных 2 группы в состоянии психоза было свойственно выраженное психомоторное возбуждение. Удельный вес последнего здесь превышал таковой в 1 группе (1 группа – 41,67%; 2 группа – 72,73%; t=7,22). Для алкогольного психоза больных 1 группы более свойственно состояние беспокойства.

Удельный вес таких больных здесь фиксировался выше, чем во 2 группе (1 группа – 47,22%; 2 группа – 27,27%; t=2,50). В 1 группе у 11,11% больных возбуждение ограничивалось пределами постели. Во 2 группе эта разновидность возбуждения не встречалась.

Наиболее точно тяжесть алкогольного психоза отражает характер выхода из психотического состояния (табл. 10). Критическая разновидность выхода, свойственная легкому течению алкогольного психоза, преобладала во 2 группе больных (68,18%; t=3,79), по сравнению с 1. У больных, употребляющих суррогаты алкоголя, доля литического выхода из психоза составила 47,22% (t=2,12), она была выше, чем в случаях употребления стандартизованного алкоголя.

Таблица 10

Сравнительная оценка долевого распределения вариантов выхода из алкогольного психоза в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы	1 группа (суррогаты) n=36		2 группа (стандартизованный алкоголь) n=22		t	Всего: n=58	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Критический	19	52,78	15	68,18	3,79*	34	58,62
2. Литический	17	47,22	7	31,82	2,12*	24	41,38
Итого:	36	62,07	22	37,93		58	100,0

Примечание: * – p<0,05 – значимые статистические различия

Установлены отличия средней продолжительности алкогольного психоза в обозначенных группах. У больных, употребляющих суррогаты алкоголя (1 группа), указанный показатель был в 1,39 раза выше аналогичного во 2 группе. В 1 группе он составил 38,72±4,24 часов, во 2 – 27,81±2,17 часов (t=2,29; p<0,05).

Нами использованы уровень воспоминаний болезненных переживаний и реальной обстановки в качестве критериев оценки тяжести алкогольного психоза.

Таблица 11

Сравнительная оценка долевого распределения воспоминаний болезненных переживаний у больных алкогольными психозами в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы	1 группа (суррогаты) n=36		2 группа (стандартизованный алкоголь) n=22		t	Всего: n=58	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Сохранены	4	11,11	6	27,27	1,41	10	17,24
2. Сохранены частично	18	50,0	16	72,73	5,79*	34	58,62
3. Отсутствуют	14	38,89	—	—	11,17*	14	24,14
Итого:	36	62,07	22	37,93		58	100,0

Примечание: * – p<0,05 – значимые статистические различия

В табл. 11 видно, что у больных алкогольными психозами, употребляющих стандартизованный алкоголь (2 группа), преобладала доля лиц, у которых частично сохранились воспоминания болезненных переживаний (72,73%). Удельный вес таких больных в 1 группе был ниже (50,0%; t=5,79). Здесь у 38,89% больных отсутствовали воспоминания болезненных переживаний, что являлось свидетельством более тяжелого течения психоза в 1 группе. Такие больные во 2 группе не встречались.

Запомывание реальной обстановки преобладало у больных обеих групп (табл. 12), однако их доля была меньше во 2 группе (66,67% и 54,55%; t=2,64). У 45,45% больных 2 группы и 33,39% больных 1 группы воспоминания реальной обстановки сохранились частично (t=1,91).

Таблица 12

Сравнительная оценка долевого распределения воспоминаний реальной обстановки у больных алкогольными психозами в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Обследованные группы	1 группа (суррогаты) n=36		2 группа (стандартизованный алкоголь) n=22		t	Всего: n=58	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
1. Сохранены частично	12	33,39	10	45,45	1,91	22	37,93
2. Отсутствуют	24	66,67	12	54,55	2,64*	36	62,07
Итого:	36	62,07	22	37,93		58	100,0

Примечание: * – p<0,05 – значимые статистические различия

Характер переходных синдромов, наблюдающихся вслед за реакцией экзогенного типа, каковой является алкогольный психоз, отражает тяжесть течения заболевания и имеет прогностическое значение. Эмоционально-гиперестетическая слабость (астенический синдром) обычно возникает у больных с более легким течением алкогольного психоза. Тяжелые же его формы завершаются психоорганическим синдромом. Резидуальный бред (эндоформная симтоматика) в оценке тяжести алкогольного психоза занимает промежуточное положение.

Таблица 13

Сравнительная оценка долевого распределения переходных синдромов у больных алкогольными психозами в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Разновидности	Обследованные группы		1 группа (суррогаты) n=36		2 группа (стандартизованный алкоголь) n=22		t	Всего: n=58	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%			
1. Эмоционально-гиперестетическая слабость	10	27,78	16	72,73	8,54*	26	44,83		
2. Резидуальный бред	7	19,44	2	9,09	0,67	9	15,52		
3. Психоорганический синдром	19	52,78	4	18,18	3,46*	23	39,65		
Итого:	36	62,07	22	37,93		58	100,0		

Примечание: * – p<0,05 – значимые статистические различия

Долевое распределение переходных синдромов в анализируемых группах представлено в табл. 13. Для больных, употребляющих стандартизованный алкоголь (2 группа), после выхода из психоза характерно состояние эмоционально-гиперестетической слабости (72,73%). В 1 группе она встречалась в 27,78% случаях (t=8,54). В случаях предпочтения суррогатов алкоголя (1 группа) доминировали психоорганический синдром (52,78%; t=3,46).

Показатели, отражающие тяжесть течения алкогольного психоза, свидетельствовали о его более выраженных проявлениях у больных, употребляющих суррогаты алкоголя. Для них свойственны повторные алкогольные психозы, варианты алкогольного делирия с тяжелой клинической картиной, менее выраженное психомоторное возбуждение (ограничивается пределами постели либо двигательным беспокойством), литическая разновидность выхода из психоза, большая средняя продолжительность (более 1,5 суток), отсутствие воспоминаний о болезненных переживаниях и реальной обстановке, переходный органический психосиндром.

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 алкогольными психозами, употребляющих стандартизованный алкоголь, коморбидная соматическая и неврологическая патология встречалась реже, чем в группе больных, употребляющих суррогаты алкоголя (табл. 14).

Таблица 14

Частотное распределение коморбидной соматической и неврологической патологии у больных алкогольными психозами в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя

Патология	Обследованные группы		1-я группа (суррогаты) n=36		2-я группа (стандартизованный алкоголь) n=22		t	Всего: n=58	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%			
1. Соматическая:									
• алкогольный гепатит	19	52,77	8	36,36	2,5*	27	46,55		
2. Неврологическая:									
• эпилептические припадки	10	27,77	3	13,63	1,15	13	22,41		
• алкогольная полинейропатия	15	41,66	6	27,27	1,77	21	36,2		
• токсическая энцефалопатия	9	25,0	–	–	5,19*	9	15,51		
Итого:	53	1,47 на 1 больного	17	0,77 на 1 больного		70	1,2 на 1 больного		

Примечание: * – p<0,05 – значимые статистические различия

Во 2 группе на 1 больного в среднем приходилось по 0,77 разновидности соматической и неврологической патологии, в 1-й группе аналогичный показатель составил 1,47. При анализе частоты соматической патологии в 1 группе установлено 52,77% случаев алкогольного гепатита. Во 2 группе такая патология встречалась у 36,36% больных (t=2,5). Среди неврологической

патологии в 1 группе с наибольшей частотой регистрировалась алкогольная полинейропатия (41,66%); во 2 группе она встречалась в 27,27% случаев (t=1,77). Далее по частотному распределению в 1 группе следовали эпилептические припадки (27,77%), которые во 2 группе встречались реже (13,63%; t=1,15). Третье место по частоте в 1 группе занимала токсическая энцефалопатия (25,0%), во 2 группе такая патология не отмечалась.

Как видно, у больных алкогольными психозами при употреблении суррогатов алкоголя коморбидная соматическая и неврологическая патология встречалась чаще. Соматическая патология здесь была представлена алкогольным гепатитом, неврологическая – алкогольной полинейропатией, эпилептическими припадками, токсической энцефалопатией.

Выводы:

1. Тяжесть проявлений острых алкогольных психозов в случаях употребления суррогатного алкоголя отличается большей выраженностью по сравнению с таковой при употреблении стандартизованного алкоголя.

2. Разновидность алкоголя следует использовать для прогностической оценки острых алкогольных психозов. При употреблении суррогатного алкоголя можно ожидать более продолжительное течение психоза с формированием после выхода из него переходного органического психосиндрома.

Литература

1. Алексин, Д.С. Особенности наблюдающихся в настоящее время алкогольных психозов / Д.С. Алексин, А.Ю. Егоров // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.– 2011.– № 11.– Вып. 2.– С. 20–27.
2. Валентик, Ю.В. Алкогольные психозы у подростков и лиц молодого возраста / Ю.В. Валентик, О.В. Левочкина // Лечение и профилактика болезней зависимости. Материалы Российской конференции (28-30 мая 2008 г., Иваново).– Иваново, 2008.– С.13–18.
3. Гордеев, В.В. Клиника металкогольных психозов у лиц, употребляющих суррогаты алкоголя / В.В. Гордеев, Л.М. Волгина // XIV съезд психиатров России (15–18 ноября, 2005 г., г. Москва).– М., 2005.– С. 338.
4. Зависимость от психоактивных веществ / Т.Б. Дмитриева [и др.] // Наркология.– 2002.– № 9.– С. 2–9.
5. Кибитов, А.О. Генетические факторы риска развития острых алкогольных психозов и судорожных припадков / А.О. Кибитов, С.А. Шувалов // Вопросы наркологии.– 2012.– № 2.– С. 97–123.
6. Климина, Г.Ю. Алкогольные психозы, отравления и самоубийства– индикаторы алкогольной ситуации в ЦФО (на примере Ярославской области) / Г.Ю. Климина, В.Ф. Мельников // Лечение и профилактика болезней зависимости. Материалы Российской конференции (28-30 мая 2008 г., Иваново).– Иваново, 2008.– С. 31–36.
7. Куржупов, К.А. Клинико-динамическая оценка алкогольных психозов в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя / К.А. Куржупов, А.В. Погосов // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье».– 2009.– №2.– С.61–73.
8. Масленников, А.А. Алкогольные психозы в Тюменской области, эпидемиология и патоморфоз / А.А. Масленников, С.М. Уманский, М.С. Уманский и др. // Тюменский медицинский журнал.– 2005.– Вып. 2.– С. 41–42.
9. Патоморфоз алкогольного делирия / А.А. Масленников [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.– 2007.– № 1.– С. 40–43.
10. Погосов, А.В. Алкогольные психозы (клиника, патоморфоз, терапия) / А.В. Погосов, К.А. Куржупов.– Курск: ГОУ ВПО КГМУ Минздравсоцразвития России, 2011.– 228 с.
11. Потехина, Е.Ф. Современные особенности клиники алкогольных психозов у женщин (предварительное сообщение) / Е.Ф. Потехина // Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация. Материалы Российской научно-практической конференции / Под ред. проф. А.В. Худякова (8–10 июня 2005 г., Иваново).– Иваново, 2005.– С. 61–63.
12. Психические нарушения в постпсихотическом периоде алкогольной белой горячки / Ю.П. Сивопл [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.– 2011.– № 11.– Вып. 2.– С. 28–29.

13. Уваров, И.А. Соотношение частоты алкогольных психозов в Удмуртской Республике / И.А. Уваров // Вопросы наркологии. – 2008. – № 5. – С. 109–113.

14. Шмыков, В.С. Эпидемиология и течение хронического алкоголизма, осложненного употреблением суррогатов алкоголя (на примере г. Ижевска) / В.С. Шмыков, И.В. Реверчук // Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия). Сборник материалов международной конференции. Под ред. проф. В.Д. Менделевича. – Казань, 2004. – С.393–396.

THE CLINICO-DYNAMICS MANIFESTATIONS OF ACUTE ALCOHOL PSYCHOSIS DEPENDING ON A VARIETY OF USING ALCOHOL

A.V. POGOSOV, O.I. LESNIKOV

Kursk State Medical University
Tula Regional Narcological Dispensary 3

The results of comparative assessment of clinical and psychopathological manifestations of acute alcohol psychosis depending on a variety of using alcohol (surrogate and standardized alcohol) are presented in the article. It is established that the acute alcoholic psychosis, assessed on such parameters as duration, nature of excitation and exit from the psychosis, the memories of morbid experience and reality, a kind of transitional syndrome. In the case of drinking surrogate alcohol proceeds more hardly, the prognosis is unfavorable.

Key words: alcoholic psychosis, a surrogate alcohol, the clinic.

УДК 569.9

КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СПОРТСМЕНОВ СУММИРОВАННЫМ ИНДЕКСОМ ОПЕРАТИВНОГО КОНТРОЛЯ

В.А. ТАЙМАЗОВ*, Д.Д. ДАЛЬСКИЙ*, Э.В. НАУМЕНКО*,
А.А. ХАДАРЦЕВ**, В.Д. ЗВЕРЕВ*, Н.А. ФУДИН***, В.А. ОРЛОВ*,
К.В. ПРОТЧЕНКО*, В.В. ВИКТОРОВ*, Д.В. КОРЕШНИКОВ*,
В.М. ЕСКОВ****, А.А. НЕСМЕЯНОВ*

Данная работа посвящена постановке учебно-тренировочного процесса и разработке современных методов выявления функционального состояния спортсмена, его резервных возможностей, позволяющих своевременно задействовать всю совокупность факторов, лимитирующих работоспособность сердечно-сосудистой и нервно-мышечной системы.

Ключевые слова: спорт, оперативный контроль, индекс функционального состояния спортсмена.

Постоянный рост физических и психоэмоциональных нагрузок в современном спорте высоких достижений превратили его в экстремальный вид человеческой деятельности. Сложные задачи требуют больших усилий и значительной мобилизации функциональных систем организма спортсменов. В процессе обучения упражнениям с отягощениями, нагрузка в которых адекватна возможностям организма, благоприятно влияют на формирование телосложения, улучшают дееспособность органов и систем организма спортсмена [7]. Однако на современном уровне развития спорта, в частности, пауэрлифтинга – достижение высоких спортивных результатов немислимо без соответствующей технической подготовки и силовых показателей, которые зависят от функционального состояния атлета.

Материал и методы исследования. При планировании и проведении педагогического эксперимента мы исходили из того, что использование комплекса методов оперативного контроля должно обеспечить решение задач выявления функциональных возможностей пауэрлифтеров, своевременной объективной информации о состоянии их организма, чтобы обеспечить коррекцию учебно-тренировочного процесса в целом и отдельно взятой тренировки, что, должно способствовать сохранению здоровья атлетов и повышению их спортивных результатов.

Экспериментальное исследование проводилось на кафедре

теории и методики атлетизма Национального государственного университета физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта (Санкт-Петербург). Основной педагогический эксперимент проводился с участием 34 пауэрлифтеров (мужчины), средней весовой категории, старших спортивных разрядов, которые ранее служили объектом предварительного исследования. К экспериментальным занятиям привлекались 17 пауэрлифтеров в возрасте от 17 лет до 41 года. Контрольная группа также состояла из 17 спортсменов.

Педагогический эксперимент проводился с июля 2010 г. по ноябрь 2010 г. включительно в течение 20-ти недельного мезоцикла подготовительного периода. Выбор подготовительного периода тренировочного процесса для педагогического эксперимента был обусловлен тем, что именно в рамках этого этапа закладываются фундаментальные основы, фактически определяющие качество физической, технической и тактической подготовки пауэрлифтера.

В качестве экспериментальной переменной в нашем исследовании использовалась коррекция тренировочной нагрузки на основе разработанной нами системы оперативного контроля функционального состояния спортсмена. В качестве объективной основы для коррекции тренировочной нагрузки мы разработали и использовали индекс функционального состояния спортсмена (ИФСС). В ходе педагогического эксперимента было изучено воздействие коррекции тренировочной нагрузки на основе ИФСС на результаты выполнения спортсменами базовых соревновательных упражнений в пауэрлифтинге (приседание со штангой на плечах, жим штанги лежа, становая тяга). В соответствии с планом исследования оперативный контроль функционального состояния пауэрлифтеров осуществлялся и до, и после каждой тренировки, что открывало более широкие возможности для осуществления целенаправленной коррекции тренировочной нагрузки.

Оперативный контроль на основе ИФСС включал в себя следующие пять врачебно-педагогических тестов:

– **Ортостатическая проба (состояние вегетативной нервной системы)**

Методика заключается в анализе изменений частоты сердечных сокращений и артериального давления в ответ на переход атлета из горизонтального в вертикальное положение. Подсчитывается число сердечных сокращений (ЧСС) после 2-3 минут отдыха за 15 секунд. Определяется разница пульса в горизонтальном и вертикальном положениях. Норма пробы – увеличение частоты сердечных сокращений на 8-12 ударов в минуту. Для удобства оценки индекса в балльном значении в норме соответствует от 0,8 до 1,2 балла;

– **Клиностатическая проба (состояние вегетативной нервной системы).**

Методика заключается в анализе изменений ЧСС и артериального давления в ответ на переход атлета из вертикального в горизонтальное положение. Подсчитывается ЧСС за 15 секунд, после 2-3 минут отдыха. Определяется разница пульса в горизонтальном и вертикальном положениях. Норма пробы – урежение частоты сердечных сокращений на 4-12 ударов в минуту. Оценка индекса в балльном значении в норме соответствует от 0,4 до 1,2 балла;

– **Проба Ашнера (состояние вегетативной нервной системы).**

В методике подсчитывается исходная ЧСС и повторно через 15 секунд, после 2-3 минут отдыха, после несильного надавливания на глазные яблоки. В норме должно происходить урежение ЧСС на 5-12 ударов в минуту. Оценка индекса в балльном значении в норме соответствует от 0,5 до 1,2 балла;

– **Проба для определения быстроты и точности движений (нервно-мышечный аппарат – периферическая сенсомоторика)**

Заключается в рисовании равноудаленных кругов на бумаге за 15 секунд, после 1 минуты отдыха. Затем подсчитывается число нарисованных кругов. В норме количество кругов должно составлять от 12 до 15. Оценка индекса в балльном значении в норме соответствует 1,2-1,5);

– **Уровень артериального давления (систолический компонент – сердечно-сосудистая система).**

В этом тесте манометром определяют систолическое давление до тренировки и после тренировки. Оценивается систолическое давление не позднее 2-3 минут после окончания тренировки или упражнения. В норме разница между систолическим давлени-

* ФГБОУ ВПО Национальный государственный Университет физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта, ул. Декабристов, д. 35, г. Санкт-Петербург, 190121

** Медицинский институт, Тульский государственный университет, пр-т Ленина, д. 92, г. Тула, 300012

*** Научно-исследовательский институт нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАМН, ул. Балтийская, д. 8, г. Москва, 125315

**** Сургутский государственный университет, пр-т Ленина, 1, г. Сургут, Тюменская обл., ХМАО-Югра, 628412