

месяцев) больные также испытывают отвращение к алкоголю.

При проведении анализа случаев повторных экспертиз в одной из клиник, было показано, что среди диагностических расхождений значительное место занимает случаи нераспознавания некоторых психических состояний, возникающих на фоне алкоголизма. Проводился анализ клинических расхождений за 3 года, обнаружили, что диагноз хронический алкоголизм заменен на диагноз шизофрения в 17 случаях, алкогольные психозы – в 15. В наблюдениях выяснилось, что шизофренический процесс, первично диагностированный как хронический алкоголизм, протекал в основном непрерывно-прогредиентно, однако течение в некоторых случаях носил вяло-прогредиентный характер, поэтому алкогольные изменения психики затрудняли выявления дефицитарной симптоматики. В других случаях заболевание характеризовалось более злокачественным течением, при которых психические состояния в силу их алкогольной окраски внешне импонировали как алкогольные психотические эпизоды. В одной группе больных заболевание начиналось со сдвига в пубертатном возрасте с постепенным нарастанием изменений личности, появляясь в основном психопатоподобными иневрозоподобными нарушениями. У больных в продромальном периоде заболевания нередко наблюдались аффективные расстройства, чаще субдепрессивного характера, и они начинали прибегать к алкоголю, чтобы «заглушить тоску, избавиться от чувства неуверенности», т.е. Алкогольная интоксикация была вторичной и возникала на фоне личностных изменений. Отдельные психотические эпизоды у больных характеризовались стертой и фрагментарностью психопатологических нарушений, с наличием в клинической картине симптомов, отражающих алкогольную интоксикацию. При ретроспективной оценке этих состояний можно отметить, что течение экзогенно окрашенных психозов было затяжным, симптоматика носила шизофреноподобный характер. Повторное обследование, несмотря на вялое течение болезни и бедность продуктивной психопатологической симптоматики, выявляет характерные для шизофренического процесса изменения мышления, эмоциональной сферы (парадоксальность, неадекватность, оскудение) и критических способностей.

У других больных течение основного заболевания носит более злокачественный непрерывно-прогредиентный характер, по форме приближаясь к параноидной. Заболевание нередко начинается в пубертате, но в отличие от первой группы больных, сопровождается быстрым нарастанием изменений личности. На фоне личностных изменений отмечалось периодическое обострение состояния, спровоцированное прие-

мом алкоголя. Такие психотические состояния характеризуются обилием психопатологической симптоматики и помимо симптомов, происхождение которых свидетельствуют о наличии алкогольной интоксикации (быстрота начала, наличие страхов, тревоги, зрительных галлюцинаций), сопровождались обонятельными галлюцинациями, бредовыми идеями отравления, отношения, воздействия, компонентами синдрома Кандинского. Больные амбивалентны, негативистичны, злобны, агрессивны и часто выписываются из стационара без достаточной критики к перенесенному заболеванию, продолжая вести себя не совсем правильно. Родственники больных сообщают, что и в состоянии опьянения они вели себя странно, нелепо, разговаривали сами с собой, говорили о космосе, мировой войне, делали многозначительные намеки.

Лечение больных в сочетании эндогенного заболевания с алкоголизмом представляет трудную задачу. Его максимальной целью является максимальная стабилизация психического состояния с помощью психофармакологических препаратов и детоксикации с последующей реабилитацией и ресоциализацией. Возможности психотерапии здесь ограничены в силу противопоказаний к применению ряда методик (гипноз, межличностно-конфронтационные подходы) и низкой эффективности. Кроме того, при достижении ремиссии эндогенного заболевания, возможно и наступление ремиссии алкоголизма.

ОСОБЕННОСТИ «НАРКОЛОГИЧЕСКОГО» АНАМНЕЗА У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

М.С. Уманский, С.М. Уманский, П.Б. Зотов

Тюменский ОНД
Тюменская ГМА

Разработка эффективных мер профилактики и коррекции отдельных форм алкоголизма является одной из важнейших задач наркологической службы. Одним из возможных направлений данной работы представляется интересным определение особенностей «наркологического» анамнеза, что может способствовать выявлению факторов риска, оказывающих потенцирующее влияние на формирование алкогольной зависимости.

Цель исследования: анализ особенностей «наркологического» анамнеза у мужчин, страдающих алкоголизмом позднего возраста.

Материалы и методы исследования: проведено обследование 324 больных алкоголизмом, состоящих на учете и получающих лечение в ГЛПУ ТО «Тюменский областной наркологический диспансер» в период с 2000 по

2006 годы (224 человека – основная группа и 100 – группа сравнения).

Критерии включения больных в исследование: 1) мужской пол; 2) возраст – 50 лет и старше; 3) клинически установленный диагноз алкоголизма; 4) отсутствие эндогенных и других психотического уровня психических нарушений; 5) отсутствие зависимости от других психоактивных веществ; 6) информированное согласие больного на возможность проведения клинических наблюдений и исследований.

С учетом выделенных критериев отбора в состав групп исследования вошли мужчины в возрасте от 50 до 76 лет, средний – $57,5 \pm 3,9$ лет. Длительность злоупотребления алкоголем составляла от 5 до 36 лет, в среднем $18,6 \pm 3,9$ лет. Длительность катamnестического наблюдения больных в рамках проводимого исследования – от 1 года до 6 лет, в среднем $2,3 \pm 0,3$ года.

В зависимости от возраста, в котором сформировался алкоголизм, все пациенты, включенные в исследование, были распределены на 2 группы: основную и сравнения. Основная группа ($n=224$) была сформирована из больных, у которых развитие алкогольной зависимости происходило в возрасте после 45 лет (алкоголизм позднего возраста). Состав группы сравнения (100 человек) был сопоставим по основным критериям основной группы: по возрасту, нозологической принадлежности, стадии заболевания. Главное отличие от основной группы являлось формирование алкоголизма у этих пациентов в возрасте до 30 лет.

Методы исследования: клинический, анамнестический.

Результаты исследования.

Установлено, что у пациентов обеих групп начало первых алкоголизаций отмечалось примерно в одинаковом возрасте – от 9 до 19 лет – в основной группе, и от 9 до 17 лет в группе сравнения. Однако расчет повозрастных категорий показал, что если в основной группе начало алкоголизаций в возрасте 10-14 лет отмечали 54,9% исследуемых, то в группе сравнения этот показатель был достоверно выше ($P < 0,05$), и составлял 69,9%. Начало употребления алкоголя в возрастной группе 15-19 лет напротив достоверно чаще ($P < 0,05$) регистрировалось в основной группе – 44,2% (в группе сравнения – 25,0%). Расчет средних значений так же показал, что медиана в основной группе составляет $14,0 \pm 1,6$ лет, а в группе сравнения – $12,8 \pm 1,9$ лет. То есть, у лиц с развитием алкоголизма в молодые годы, алкоголизации начинаются в среднем на 1,2 года раньше, что, безусловно, является достаточно значимым фактом для подросткового возраста, в котором происходит формирование личности индивида. Полученные нами данные согласуются с результатами других исследова-

телей (Сидоров П.И., 2000; Hesselbrock V, 2000; Aroga M., 2001 и др.).

Более позднее начало алкоголизаций больных основной группы ассоциируется с более старшим возрастом начала злоупотребления алкоголем. В основной группе начало злоупотребления алкоголем в возрастных группах 30-39 и 40-49 лет было практически одинаковым – 46,4% и 45,1%. В то время как у каждого 3 из 4 пациентов группы сравнения этот возрастной период ограничивался 30-39 годами, а число больных возрастной категории 40-49 лет был в 9 раз меньше (5,0%). Расчет средних показателей показал, что признаки злоупотребления алкоголем у лиц основной группы формируются достоверно позже, в среднем на 9 лет ($40,5 \pm 3,2$ лет; $P < 0,05$), чем в группе сравнения ($31,7 \pm 3,1$ года).

Важнейшим показателем прогрессирования алкоголизма является формирование похмельного синдрома. Подробный расспрос больных показал, что у подавляющего большинства пациентов обеих групп (основная – 96,4%; сравнения – 94,0%) длительность формирования абстиненции составляла от 5 до 9 лет, в среднем – $7,0 \pm 0,8$ лет в основной группе и $6,3 \pm 0,9$ года в группе сравнения. Окончательное формирование клиники похмельного синдрома у больных основной группы приходилось на возраст $48,5 \pm 2,2$ лет, а в группе сравнения – $38,0 \pm 3,7$ лет ($P < 0,05$).

Развернутая клиника алкоголизма характеризовалась формированием псевдозапоев, первые признаки которых у большинства больных основной группы (56,7%) отмечались в возрасте 40-49 лет, а в группе сравнения – в возрасте 30-39 лет (73,0%; $P < 0,05$).

Первые запои формировались в основной группе в среднем в $42,0 \pm 3,5$ года, достоверно позже ($P < 0,05$), чем в группе сравнения ($32,5 \pm 2,6$ года). Выявленные возрастные различия могут являться косвенным свидетельством достаточной адаптированности больных основной группы в молодом возрасте и появлением «новых» неблагоприятных факторов развития алкоголизма (социальных, материальных, семейных и др.).

Количество запоев в год у больных обеих групп практически не различалось. В основной группе на 1 больного приходилось в среднем $3,4 \pm 1,1$ запоя, а в группе сравнения – $3,6 \pm 1,1$. В то же время при оценке длительности запоев регистрировалась значительные отличия. Так, если у больных основной группы непрерывные алкоголизации могли длиться от 5 до 20 дней, в редких случаях достигая 60 дней, то в группе сравнения эти сроки составляли обычно 15-25 дней, а некоторые больные употребляли алкоголь практически без «светлых» промежутков (до 90 дней).

При категориальной оценке длительности запоев было установлено, что у половины больных основной группы длительность запоев не превышала 10 дней (48,2%), у 35,3% – от 10 до 19 дней.

В группе сравнения частота этих показателей была ниже (45,0% и 29,0% соответственно).

В то же время в группе сравнения достоверно чаще регистрировались запой, длительностью более 30 дней – 12,0%, что почти в 4 раза превышало показатели основной группы (4,4%). Оценка средней продолжительности запоев показала, что в основной группе непрерывный прием алкоголя обычно продолжался $15,7 \pm 8,2$, а в группе сравнения – на 1/3 больше – $20,0 \pm 12,8$ дней.

Клинические наблюдения показали, что, несмотря на выявленные различия в длительности запоев, у большинства пациентов обеих групп периодическое усиление приема алкоголя в период развернутой клиники заболевания можно было отнести к псевдозапоям (основная группа – 92,4%; $n=207$; группа сравнения – 89,0%; $n=89$). Хотя отмечались и некоторые особенности проявлений этих состояний. Так, для больных основной группы было характерно постоянное употребление небольших доз водки или крепленого вина, пива в промежутках между псевдозапойми, на фоне низкой толерантности. Начало псевдозапой обычно было связано с внешними ситуационными факторами (приход гостей, памятная дата и др.).

Для пациентов группы сравнения были характерны случаи, так называемого, «перемежающего пьянства», с периодами резкого увеличения дозы злоупотребления алкоголем на фоне постоянного пьянства. При этом количество потребляемого алкоголя достигало максимальных индивидуальных значений (Морозов Г.В., 1983 и др.).

Подробный сбор анамнеза показал, что патологические формы алкогольного опьянения в исследуемых группах не наблюдались. Простое алкогольное опьянение практически у всех пациентов имело измененные формы, что объяснялось длительным приемом алкоголя.

Структура вариантов опьянения у больных обеих групп была практически одинакова. Так, наиболее часто регистрировался эксплозивный тип, характеризующийся легкой сменой слабо выраженной эйфории, вспышками раздражительности, злобы или недовольства (основная – 66,9%; сравнения – 71,0%). Значительно реже наблюдался истерический вариант с проявлениями преимущественно в речи и поведении театральности, патетики. Однако, в отличие от других типов опьянения, этот вариант более чем в 2 раза чаще выявлялся у больных основной группы (основная – 15,6%; сравнения – 7,0%; $P<0,05$). Клинически этих лиц характеризовала более низкая толерантность к алкоголю, а так же более поздний возраст формирования алкоголизма, что и определило их более частое включение в основную группу исследования.

На третьем месте по частоте стоял дисфорический вариант, в клинике которого отмечались явления напряженности, недовольства, угрюмо-

сти или злобы (основная – 9,4%; сравнения – 10,0%). Другие традиционные варианты опьянения выявлялись в незначительном числе случаев: депрессивный (основная – 2,7%; сравнения – 5,0%), эпилептоидный (основная – 3,3%; сравнения – 5,0%), параноидный (основная – 1,8%; сравнения – 2,0%). Таким образом, приведенные данные показывают, что в целом при алкоголизме у пожилых людей среди форм простого алкогольного опьянения доминирует эксплозивный вариант. Истерический тип опьянения достоверно чаще регистрируется у лиц, с преимущественным формированием алкоголизма после 45 лет.

Изучение алкогольного анамнеза выявило и ряд других различий в исследуемых группах. Так, более высокие показатели длительности запоев и количество потребляемого алкоголя в группе сравнения ассоциировались с более частым употреблением этими больными суррогатов алкоголя (27,0%), чем в основной группе (16,5%; $P<0,05$), что может свидетельствовать о более глубокой степени деградации этих пациентов.

Более частое потребление суррогатов алкоголя больными группы сравнения сопровождалось практически двукратным превышением числа регистрируемых в анамнезе случаев алкогольных осложнений, в том числе психозов – 10,0% (в основной группе – 5,3%).

Сравнение исследуемых групп по ряду других показателей так же выявило значительные различия. Более раннее начало алкоголизаций в группе сравнения коррелировало с увеличением числа судимостей – 14,0% (основная группа – 6,7%). При этом в группе сравнения имела достоверная ($P<0,05$) связь алкоголизаций с правонарушениями – 11,0% (основная – 2,2%). Подобные взаимосвязи так же прослеживались в частоте черепно-мозговых травм (сравнения – 11,0%; основная – 4,5%), судорожных состояний (сравнения – 10,0%; основная – 5,3%) и суицидального поведения (сравнения – 6,0%; основная – 1,8%). Причем последний аспект – проявления суицидального поведения – во всех случаях был обусловлен именно алкогольным опьянением, и деактуализировался при выходе из этого состояния, что, в целом, согласуется с данными литературы (Бохан Н.А. и др., 2001; Yoon Y-H., 2003).

Изучение анамнеза так же включало оценку проводимых ранее лечебно-реабилитационных мероприятий и их эффективность. Так, частота проводимых ранее методов лечения в основной группе была в среднем на 10% меньше (амбулаторное – 39,7%; стационарное – 43,3%), чем в группе сравнения (амбулаторное – 51,0%; стационарное – 53,0%). Однако длительные ремиссии (до 1 года) наблюдались достоверно чаще ($P<0,05$) у больных с развитием алкоголизма в более позднем возрасте – 20,1% (группа сравнения – 8,0%), что свидетельствует о возможности более эффективной терапии этих больных.

Кроме ремиссий, вследствие проводимой терапии, некоторые больные (основная – 33,9%, $n=76$; сравнения – 23,0%, $n=23$; $P<0,05$) указывали на наличие в анамнезе ремиссий, возникающих по другим причинам. В большинстве случаев длительность этих безалкогольных промежутков составляла от 2 до 5 месяцев. Среди ведущих причин, определяющих начало ремиссии 94,7% пациентов основной группы ($n=72$) и 73,9% мужчин группы сравнения ($n=17$) указали на ухудшение соматического состояния, как правило, связанное с обострением хронического заболевания.

Таким образом, результаты исследования «наркологического анамнеза» выявили ряд значительных различий в течении алкоголизма у мужчин сравниваемых групп. Обобщая полученные данные можно сделать следующие выводы:

1. Развитие алкоголизма позднего возраста у мужчин ассоциируется с более поздним началом ($14,0\pm 1,6$ лет) алкоголизаций в подростковом периоде, повышением возраста злоупотребления алкоголем ($40,5\pm 3,2$ лет; $P<0,05$) и окончательного формирования клиники похмельного синдрома ($48,5\pm 2,2$ лет; $P<0,05$), чем в группе сравнения.

2. В период развернутой клиники алкоголизма позднего возраста у большинства пациентов периодическое усиление приема алкоголя носит характер псевдозапоев (основная группа – 92,4%; группа сравнения – 89,0%).

3. В течение года на одного больного приходится в среднем от 3 до 4 запоев (основная – $3,4\pm 1,1$; сравнения – $3,6\pm 1,1$). При этом в основной группе непрерывный прием алкоголя обычно продолжался $15,7\pm 8,2$, а в группе сравнения – на 1/3 больше – $20,0\pm 12,8$ дней.

4. Структура атипичных вариантов простого алкогольного опьянения у больных обеих групп практически одинакова. Наиболее часто регистрируется эксплозивный (основная – 66,9%; сравнения – 71,0%), значительно реже – истерический варианты. Однако, в отличие от других, последний достоверно чаще, выявляется у больных основной группы (основная – 15,6%; сравнения – 7,0%; $P<0,05$).

5. В основной группе регистрируется более редкое употребление суррогатов алкоголя (16,5%; $P<0,05$), чем группе сравнения (27,0%), что может свидетельствовать о менее глубокой деградации этих пациентов.

6. У 5,3% больных основной группы имеются в анамнезе алкогольные психозы, что в 2 раза меньше, чем в группе сравнения (10,0%).

7. Более позднее начало алкоголизаций в основной группе ассоциируется с более низкими показателями числа судимостей – 6,7% (группа сравнения – 14,0%), в том числе достоверно связанных с алкоголизациями – 2,2% (сравнения – 11,0%), а так же меньшим числом черепно-мозговых травм – 4,5% (сравнения – 11,0%),

судорожных состояний – 5,3% (сравнения – 10,0%) и суицидального поведения – 1,8% (сравнения – 6,0%).

8. Частота проводимых ранее методов лечения в основной группе меньше (амбулаторное – 39,7%; стационарное – 43,3%), чем в группе сравнения (амбулаторное – 51,0%; стационарное – 53,0%). Однако длительные ремиссии (до 1 года) достоверно чаще наблюдались ($P<0,05$) у больных с развитием алкоголизма в более позднем возрасте – 20,1% (группа сравнения – 8,0%).

9. У достоверно большего ($P<0,05$) числа больных основной группы (33,9%) возникают спонтанные ремиссии длительностью от 2 до 5 месяцев (в группе сравнения – 23,0%), в большинстве случаев (основная – 94,7%; сравнения – 73,9%) обусловленные обострением хронических заболеваний.

Полученные данные могут быть использованы для разработки эффективных мер профилактики рецидивов заболевания и индивидуальных программ реабилитации больных алкоголизмом позднего возраста.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЗА АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

П.С. Уманская

Тюменская ГМА

Разработка проблемы патоморфоза алкогольных психозов, начавшаяся в прошлом столетии и нашедшая отражение в многочисленных публикациях (Сырейчиков В.В., 1981; Масленников А.А., 2007; Лисичникова Е.С., 2010; Сурмач О.А., 2010 и др.), не потеряла своего значения и по сей день. До сих пор не в полном объеме распознаны факторы патоморфоза алкогольных психозов. Между тем еще Я.П. Рапопорт (1962) отмечал, что наиболее значимым в комплексе вопросов, связанных с патоморфозом, является установление способствующих ему факторов. Среди них в литературных источниках упоминаются климатические, экологические причины, изменение социально-бытовых условий, пищевого рациона (Гулямов М.Г., 1984; Хохлов Л.К., 1986; Доегг W., 1956). Чаще всего среди факторов патоморфоза алкогольных психозов отечественные исследователи рассматривают употребление суррогатов алкоголя, наркотических средств, что вызывает глубокое помрачение сознания, скудность галлюцинаторной симптоматики, большую длительность психоза и частоту возникновения психоорганического синдрома (Шмыков В.С., Реверчук И.В., 2004; Гордеев В.В., Волгина Л.М., 2005; Валентик Ю.В., Левочкина О.В., 2008).