

УДК 616.38-006

## РАЗВИТИЕ ОПУХОЛИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ – РЕЗУЛЬТАТ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПРИ РЕЦИДИВЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

© Т.В. Голубева, А.В. Горбунов, Т.Г. Дробышева

*Ключевые слова:* алкогольная зависимость; введение антиалкогольного препарата пролонгированного действия («кодирование»); рецидив («срыв») алкогольной зависимости; онкологические заболевания органов брюшной полости.

Статья посвящена исследованию, целью которого является определение риска развития опухолей брюшной полости как результата психосоматической реакции при рецидиве алкогольной зависимости. В ходе работы удалось выявить, что среди больных хроническим алкоголизмом средней степени тяжести в фазе медикаментозной ремиссии без развития анозогнозии, прошедших курс специальными методами лечения и допустившими рецидив в виде возобновления нелекарственного приема алкоголя 2–3 раза в год, повышается риск развития онкологического заболевания брюшной полости, что имеет огромное практическое значение для составления плана лечения и обследования таких больных.

Алкоголизм в России – глобальная медико-социальная проблема: до 40 % мужского трудоспособного населения регулярно злоупотребляют спиртным, алкоголизмом страдают 2 млн человек, а от отравлений спиртными напитками, преимущественно суррогатами водки, ежегодно умирают порядка 500 тыс.

Процесс лечения алкоголизма условно разделяется на три этапа:

– *первый этап* – лечение острых и подострых болезненных состояний, возникающих в связи с интоксикацией алкоголем и продуктами его метаболизма. Сюда относятся прерывание запоя и устранение абстинентных расстройств;

– *второй этап* – восстановительная терапия, направленная на возможно более полную нормализацию функций организма, на устранение или смягчение разнобразной психической патологии, особенно патологического влечения к алкоголю. Этап становления ремиссии;

– *третий этап* – стабилизирующая терапия, направленная на предотвращение рецидивов заболевания [1].

В лечении алкогольной зависимости используют дезинтоксикационную терапию, ноотропные препараты, психотропные (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики) препараты, заместительную терапию, условно-рефлекторную терапию, сенсibiliзирующую терапию, психотерапию [2]. При лечении алкогольной зависимости помимо медикаментозных препаратов используется также стрессопсихотерапевтическое воздействие с введением антиалкогольного препарата пролонгированного действия («кодирование»).

Общезвестно, что частота рецидивов при данном методе составляет до 18–20 %. Примерно у 30 % больных, страдающих алкоголизмом, наблюдается анозогнозия, что существенно ограничивает комплаентность пациентов и их родственников, а также увеличивает вероятность рецидивов («срывов») алкогольной зависимости и ухудшает прогноз течения заболе-

вания. Кроме того, по некоторым наблюдениям, в результате рецидивов («срывов») на фоне «кодирования» отмечались неединичные случаи онкологических заболеваний органов брюшной полости.

Неоспоримо негативное воздействие приема алкоголя на пищеварительную систему. Алкоголь вызывает клеточную дегенерацию и внутриклеточное нарушение обменных процессов. Он также подавляет секрецию и повышает вязкость слюны, что способствует развитию алкогольного эзофагита, являющегося результатом не только прямого воздействия этанола на стенки пищевода, но и ослабления защитных механизмов, связанных с изменением секрета слюнных желез. Кроме того, изменяется моторная функция пищевода, что ведет к дисфагии и желудочно-пищеводному рефлюксу. Механизм этих изменений связан с нарушением постсинаптического аппарата эффекторных нервов, регулирующих мышечный тонус сфинктера. При хроническом употреблении алкоголя развивается нарушение перистальтических волн пищевода, что также способствует развитию эзофагита. Под воздействием систематического приема алкоголя развиваются воспалительные изменения в желудке – гастрит, на ранних этапах характеризующийся повышенной кислотообразующей функцией, которая значительно снижается при длительном употреблении алкоголя вследствие атрофических процессов, происходящих в желудке. Нарушение микроциркуляции подслизистых капиллярных сплетений и венул приводит к десквамации поврежденного эпителия, диapedезу лейкоцитов, отеку слизистой оболочки и кровотечению. Прием даже небольших доз алкоголя повреждает мембраны и цитозоль клеток кишечного эпителия. В стенке кишки происходит нарушение микроциркуляции. Отмечается закупорка капилляров эритроцитарными агрегациями, развивается гемостаз. В капиллярах повышается давление, что ведет к фильтрации воды в интерстиций ворсинок с формированием наполненных серозным содержимым везикул. Переполненные пузырьки лопаются, после их разрыва формируются эрозии, кишечные ворсинки при

этом укорачиваются [2]. Кроме того, что изложенные выше механизмы облегчают метаплазию клеток желудочно-кишечного тракта, нельзя не принимать во внимание влияние стресса и его гормонов в качестве психосоматического фактора в развитии онкологических заболеваний брюшной полости в результате рецидивов («срывов») на фоне «кодирования» [3–4].

При развитии ситуационно-обусловленной реакции на стресс происходит значительное повышение уровня норадреналина, который, в свою очередь, способен повышать митотическую активность клеток опосредованно через адренергические рецепторы [5], в большом количестве находящиеся в клетках стенки ЖКТ, снижать иммунную защиту от раковых клеток [6], облегчать метастазирование, вследствие усиления адгезии и агрегации опухолевых клеток кровяного русла [7], регулировать пролиферацию гепатоцитов и местный иммунитет печени [8–9], что способствует развитию опухолей брюшной полости.

Целью нашего исследования явилось определение риска развития опухолей брюшной полости как результата психосоматической реакции при рецидиве алкогольной зависимости.

Нами проанализирован катамнез 80 амбулаторных и стационарных пациентов мужского пола диспансерного наркологического отделения с алкогольной зависимостью в возрастном диапазоне от 28 до 42 лет на протяжении 3–5 лет.

Всем пациентам проводились комплексное клинико-инструментальное исследование, включающее данные клинического обследования нарколога, терапевта и невролога, стандартные лабораторные данные, электрокардиографию, флюорографию или обзорную рентгенографию органов грудной клетки. По показаниям были проведены консультации или обследования у гастроэнтеролога, эндокринолога и онколога. Диагнозы адаптированы с учетом международной классификации болезней X пересмотра (МКБ-10).

Согласно полученным данным, все больные имели хронический алкоголизм средней степени тяжести в фазе медикаментозной ремиссии без анозогнозии. У всех 80 пациентов кроме медикаментозных препаратов было также применено стрессопсихотерапевтическое воздействие с введением антиалкогольного препарата пролонгированного действия («кодирование»). Во всей анализируемой когорте из 80 пациентов был выявлен рецидив алкогольной зависимости на стресс («срыв»). Под рецидивом понималось возобновление нелекарственного приема алкоголя 2–3 раза в год. Причем развитие данной реакции всегда имело типовую сложную структуру:

- разрушение социальных связей;
- стрессовая обстановка в семье;
- чувство внутренней дисгармонии, пустоты;
- осуждение со стороны коллег и знакомых;
- отсутствие доверительных отношений с лечащим врачом;
- финансовые потери.

Из 80 больных на протяжении 3–5 лет у 6 были выявлены следующие онкологические образования брюшной полости (рис. 1):

- рак нижней трети пищевода (2 случая);
- плоскоклеточный рак тела желудка (3 случая);
- рак сигмовидной кишки (1 случай).

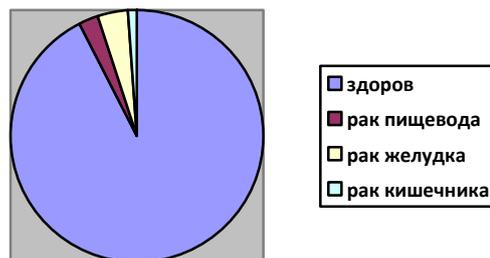


Рис. 1. Пояснения в тексте

Таким образом, среди больных хроническим алкоголизмом средней степени тяжести в фазе медикаментозной ремиссии без развития анозогнозии, прошедших курс стрессопсихотерапевтическими методами лечения и допустившими рецидив в виде возобновления нелекарственного приема алкоголя 2–3 раза в год, повышается риск развития онкологического заболевания брюшной полости, что имеет огромное практическое значение для составления плана лечения и обследования таких больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. М.: ИД МЕДПРАКТИКА, 2002. С. 25.
2. Шабанов П.Д. Наркология: практическое руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. С. 108-110, 158-210.
3. Александр Франц. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / пер. с англ. С. Могилевского. М.: Эксмо-Пресс, 2002.
4. Бройтшам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: пер. с нем. М.: ГЭОТАР Медицина, 1999.
5. The American Heart Association. URL: <http://circ.ahajournals.org/content/95/5/1260.full> (дата обращения: 08.06.2013).
6. American Society for Pharmacology. URL: <http://pharmrev.aspetjournals.org/content/53/4/487.full> (дата обращения: 08.06.2013).
7. American Association for Cancer Research. URL: <http://mcr.aacrjournals.org/content/10/2/197.full> (дата обращения: 08.06.2013).
8. Wiley Online Library. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hep.20320/full> (дата обращения: 08.06.2013).
9. American Physiological Society. URL: <http://ajpgi.physiology.org/content/299/1/G106.full> (дата обращения 08.06.2013).

Поступила в редакцию 2 июля 2013 г.

Golubeva T.V., Gorbunov A.V., Drobysheva T.G. DEVELOPMENT OF TUMORS OF ABDOMINAL CAVITY – RESULT OF PSYCHOSOMATIC REACTION AT RELAPSE OF ALCOHOL DEPENDENCE

This article is about the research, purpose of which is to discover the risk of developing tumors of the abdominal cavity as a result of a psychosomatic reaction at relapse of alcohol dependence. The work was able to identify that among patients with chronic alcoholism of moderate severity in remission phase of drug development without anosognosia who received special treatments and enabled the recurrence in the form of not medicinal resumption of alcohol intake 2–3 times a year increases the risk of cancer of the abdominal cavity, which is of great practical importance for treatment planning and testing of such patients.

*Key words:* alcohol dependence; introduction of anti-alcoholic drug of prolonged action (“coding”); relapse (“breakdown”) of alcohol dependence; cancer of the abdominal cavity.