

СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ*Надежда Сергеевна Кущёва*

(Курский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. В.А. Лазаренко, кафедра биологии, медицинской генетики и экологии, зав. – д.м.н., проф. В.П. Иванов)

Резюме. Частота развития алкогольных психозов, по данным ВОЗ, в среднем составляет около 10%. Вопрос о причинах возникновения и механизмах развития алкогольных психозов по-прежнему остаётся открытым и определяет актуальность новых исследований. В исследовании представлена работа по комплексному изучению генетических и средовых факторов, влияющих на формирование алкогольной зависимости, осложненной алкогольными психозами. Описаны некоторые особенности клинической картины заболевания, социально-биологического и психологического статуса больных, перенесших алкогольные психозы. При изучении психологического портрета больных алкоголизмом, перенесших алкогольные психозы, проведен анализ самосознания личности, особенностей трансформации компонентов самосознания (самопознания, самоотношения, саморегуляции).

Ключевые слова: алкоголизм, алкогольные психозы, социально-биологические и психологические факторы развития, самосознание личности.

SOME SOCIAL, BIOLOGICAL, CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS, SUFFERING FROM ALCOHOLISM AND ALCOHOLIC PSYCHOSIS*N.S. Kuscheva*

(Kursk State Medical University)

Summary. The frequency of development of alcoholic psychosis is about 10%. The question of the causes and the mechanisms of development of alcoholic psychosis is still open and defines an urgency of new research. This research is a complex study of genetic and environmental factors, influencing the formation of an alcoholic addiction complicated by alcoholic psychoses. Some features of a clinical manifestation of the disease, socially-biological and psychological status of the patients who have experienced alcoholic psychoses are described. While studying the psychological portrait of a patient, suffering from alcoholism and alcoholic psychosis, the analysis of self-consciousness of personality, features of transformation of the components of self-consciousness (self-actualization, self-relations, self-regulation) has been conducted.

Key words: alcoholism, alcoholic psychosis, socially-biological and psychological factors of development, consciousness of personality.

Алкогольные психозы представляют собой психотические состояния с острым, затяжным или хроническим течением, возникающие у больных с синдромом зависимости от алкоголя средней и конечной стадии.

Частота развития алкогольных психозов чётко коррелирует с уровнем потребления алкоголя и, по данным ВОЗ, в среднем составляет около 10% [8]. 6% населения России обнаруживают бесспорные признаки зависимости от алкоголя. На 20 состоящих под наблюдением в наркологических кабинетах больных алкоголизмом приходится один алкогольный психоз в течение года. Почти каждый пятый (19,5%) госпитализированный больной с алкогольной зависимостью – больной с алкогольным психозом. Отмечают также определённый патоморфоз хронического алкоголизма в сторону увеличения количества тяжёлых и атипичных алкогольных делириев, раннего развития первого делирия (через 3-5 лет со времени начала заболевания), развитие алкогольных психозов подростков. Многие современные авторы считают, что появление психотических расстройств у больного алкоголизмом свидетельствует о переходе заболевания в развёрнутую, тяжёлую стадию [3,4]. Увеличение частоты психических расстройств вследствие употребления алкоголя свидетельствует о неблагоприятной алкогольной ситуации. Показатель первичной заболеваемости алкогольными психозами – чувствительный маркер алкогольной ситуации.

Алкогольный делирий – одно из наиболее тяжёлых urgentных состояний, связанных с приемом алкоголя, обычно развивается в трудоспособном возрасте (от 25 до 60 лет), причем наиболее часто – от 40 до 50 лет. Известно, что алкогольный делирий составляет, по различным данным, от 1/2 до 3/4 всех случаев алкогольных психозов. Тяжелый алкогольный делирий чаще возникает в тех случаях, когда длительность злоупотребления алкоголем превышает 10-15 лет. Однако в последние годы отмечается тенденция к значительному сокращению этого срока [9].

Смертность больных алкогольными психозами в разных учреждениях и регионах РФ колеблется от 0,5 до 4%. Перенесенные алкогольные психозы усиливают проявления хронической алкогольной энцефалопатии. В первую очередь на это указывают снижение профессиональных способностей, потеря социальных, семейных связей, совершение асоциальных поступков.

В настоящее время считают, что в развитии алкогольных психозов большую роль играет сочетание нескольких факторов – эндогенная и экзогенная интоксикация, нарушение обмена веществ (прежде всего нейромедиаторов центральной нервной системы), иммунные расстройства [1,2,8]. Среди экзогенно-органических вредностей наибольшее значение отводят последствиям черепно-мозговых травм, хроническим соматическим заболеваниям. Нельзя отрицать определённую роль наследственного фактора, возможно, определяющего несовершенство механизмов гомеостаза [6,8].

Таким образом, вопрос о причинах возникновения, механизмах развития алкогольных психозов по-прежнему нуждается в продолжение системного изучения ввиду актуальности данной проблемы.

Цель данной работы – изучение в совокупности особенностей социально-биологического статуса, клинических проявлений, а также психологического портрета (особенностей трансформации компонентов самосознания) у больных с алкогольной зависимостью, перенесших алкогольные психозы.

Материалы и методы

Всего в исследованиях приняло участие 122 больных с синдромом зависимости от алкоголя, перенесших алкогольные психозы, находившиеся на стационарном лечении в Старооскольском наркодиспансере и в психиатрическом отделении Старооскольской ЦРБ. Из них 100 (82%) человек – мужчины, 22 (18%) – женщины. Возраст больных – от 22 до 66 лет, средний возраст со-

ставил $39,0 \pm 0,87$ лет.

В исследование включались больные со стажем злоупотребления алкоголем не менее пяти лет. Критерии исключения для обеих групп – наличие коморбидной патологии (зависимости от алкоголя с эндогенными психическими расстройствами), сочетанного употребления алкоголя и других психоактивных веществ.

На момент обследования 41 (33,6%) больных находились на стационарном лечении по поводу абстинентного состояния с делирием, 50 (41,0%) – алкогольного галлюциноза, 1 (0,8%) – с алкогольным бредовым расстройством, 30 (24,6%) больных лечились в связи с абстинентным синдромом средней и тяжелой степени 2 и 3 стадий алкоголизма, но имели в анамнезе перенесенные алкогольные психозы. Диагноз верифицирован по критериям МКБ-10.

Исследование больных проводилось на 10-20 день госпитализации в стационар, после купирования психотической симптоматики, клинических проявлений синдрома отмены алкоголя.

Основные методы исследования – метод общеклинического обследования, клинко-генеалогический, экспериментально-психологический и статистические методы.

Для систематизации данных использовалась специально разработанная анкета, включающая 122 параметра, отражающих социально-биологический статус больных, данные общеклинического исследования, психологические характеристики. Перед заполнением анкеты в соответствии с современными этическими стандартами с больных было получено добровольное информированное согласие.

Общеклиническое обследование больных проводилось по принятой в клинической практике схеме: уточнялись жалобы на момент осмотра, социальный и семейный статус, преморбидные особенности, объективное состояние больного, сомато-неврологический и психический статус.

Наследственный характер заболевания изучался с помощью клинко-генеалогического метода, который включал сбор генетического анамнеза у пробандов с последующим графическим изображением родословных и изложением легенд.

При изучении психологических особенностей использовалась методика В.И. Моросановой «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ), созданная в Психологическом институте РАО в лаборатории психологии саморегуляции (В.И. Моросанова, 2004). Вопросник SSPM состоит из 46 утверждений и работает как единая шкала «Общий уровень саморегуляции», которая характеризует уровень сформированной индивидуальной системы саморегуляции произвольной активности человека. Утверждения опросника входят в состав шести шкал (по 9 утверждений в каждой), выделенных в соответствии с основными регуляторными процессами планирования, моделирования, программирования, оценки результатов, а также и регуляторно-личностными свойствами: гибкости и самостоятельности [12].

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием описательной статистики в компьютерной программе Statistica 6,0. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

У всех обследованных больных отмечается стойкая социально-трудовая и семейная дезадаптация. Большинство из них – неработающие люди – 88 (72,6%) больных, с низким материальным достатком – 90 (73,8%). Выявлены нарушения семейного статуса: 39 (32,0%) больных расторгли брак, причиной, как правило, являлось злоупотребление спиртным, лишь половина обследованных – 57 (46,7%) больных проживают в семье, 29 (23,8%) опрошенных не имеют детей.

Таблица 1
Данные социального статуса больных

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Место жительства:		
село	22	18,0
город	95	77,9
бомж	5	4,1
Образование:		
начальное	1	0,8
среднее	28	22,9
средне-специальное	85	69,7
высшее	8	6,6
Семейное положение:		
женат (замужем)	41	33,6
холост (не замужем)	19	15,6
в разводе	39	32,0
гражданский брак	16	13,1
вдовец (вдова)	7	5,7
Наличие детей:		
нет детей	29	23,8
один	63	51,6
двое	26	21,3
более двух	4	3,3
Судимость:		
не судим	94	77,1
судим 1 раз	21	17,2
судим 2 и более раз	7	5,7
Материальное положение:		
бедственное	51	41,8
тяжелое	39	32,0
удовлетворительное	21	17,2
хорошее	11	9,0

Только 4 (3,3%) больных характеризуют психоэмоциональную обстановку в семье как «хорошую», стабильную; 46 (37,7%) больных сообщают о неблагополучии в семье (одиночество, либо, напротив, частые ссоры, непонимание со стороны родственников, их нежелание принять алкоголизацию больного).

При изучении клинических особенностей выявлено, что для больных, перенесших алкогольные психозы, характерен ранний возраст начала алкоголизации и формирования алкогольной зависимости: у 87 (71,3%) больных знакомство с алкогольными напитками произошло до 19 лет, систематическое употребление у 89 (73%) больных отмечалось в возрасте до 30 лет.

Большинство больных данной группы употребляют спиртные напитки в форме истинных запоев, а именно 59 (48,4%) больных; 30 (24,6%) – в форме перемежающегося пьянства. Как правило, предпочитаемый вид алкоголя – крепкие спиртные напитки, в том числе сурогаты.

Вторая стадия алкоголизма, выявленная у большинства больных, характеризовалась интенсивным патологическим влечением к спиртным напиткам, не сопровождавшимся борьбой мотивов, и утратой количественного и ситуационного контроля. Больные употребляли высокие дозы алкоголя: максимальная толерантность в этой группе больных составляла $1,2 \pm 0,5$ л крепких спиртных напитков в сутки. У 65 (53%) больных становились систематическими алкогольные амнезии по типу палимпсестов. У 95 (77,9%) больных выявлялась средняя степень абстинентного синдрома, а ремиссии характеризовались нестойкостью и кратковременностью.

Среди обследованных 80 (65,6%) больных имели соматические осложнения вследствие употребления алкоголя: со стороны желудочно-кишечного тракта – у 37 (30,3%) больных, нервной системы – у 36 (29,5%), сердечно-сосудистой – у 7 (5,8%) больных. Причем только 19 (15,6%) больных отмечали в анамнезе те или иные перенесенные соматические заболевания до формирования алкогольной зависимости.

Обращает на себя внимание большой процент больных, перенесших черепно-мозговые травмы: в 44 (36,1%) случаев – однократно, а в 23 (18,9%) – два и более раза.

У 81 (66,4%) больного алкогольные психозы отмечались однократно, а у 41 (33,6%) – два и более раза.

Среди обследованных уже прибегали к стационарному лечению 64 (52,5%) больных, в основном, получали кратковременную дезинтоксикационную терапию, но амбулаторно продолжали лечение только 2 (1,6%) больных (эпизодически принимали сенсibiliзирующую терапию, получали психотерапевтическую помощь).

Известно, что достаточно часто приём алкоголя сопровождается употреблением других психоактивных веществ. В настоящем исследовании подавляющее большинство больных, страдающих алкогольной зависимостью, курят – 102 (83,6%), эпизодически употребляют наркотики 12 (9,9%), отмечают употребление наркотических веществ в анамнезе – 27 (14,0%).

Таблица 2
Семейный анамнез обследованных больных

Признак	Число больных	
	абс.	%
Вредные привычки матери:		
курение	11	9,0
алкоголь	13	10,7
курение и алкоголь	6	4,9
отсутствуют	92	75,4
Вредные привычки отца:		
курение	13	10,7
алкоголь	19	15,6
алкоголь и курение	77	63,1
курение и наркотики	0	0
отсутствуют	13	10,7
Психические заболевания в анамнезе:		
у отца	3	2,5
у матери	3	2,5
у братьев (сестер)	2	1,6
отсутствуют	96	78,7
у дальних родственников	18	14,7
Злоупотребление алкоголем в анамнезе:		
у отца	53	43,4
у матери	1	0,8
у отца и матери	6	4,9
у братьев, сестёр	1	0,8
у родителей и братьев (сестер)	33	27,1
у других родственников	9	7,38
отсутствует	19	15,6
Суициды в семье:		
были	16	13,1
не были	74	60,7
не знаю	32	26,2

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохина И.П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами // Психиатрия и психофармакология. – 2001. – №3. – С.76-79.
2. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости

При изучении семейного анамнеза больных обращает на себя внимание значительная роль микросоциальных факторов в формировании алкоголизма. Более чем у половины больных установлены такие особенности семейного воспитания, как условия «ежовых рукавиц» – у 36 (29,5%) больных, гипоопека – у 39 (32%), отчуждённость от родителей – у 3 (2,5%), гиперопека – у 1 (9,0%) больного. Подобные патологические формы воспитания в детском и подростковом возрасте могут быть инициаторами начала формирования зависимостей, в том числе и от алкоголя.

Риск развития алкоголизма повышается при наличии вредных привычек у родителей больных. Только 13 (10,7%) больных сообщили об отсутствии у их отцов вредных привычек. Отцы у 90 (73,8%) обследованных курили, а у 86 (70,5%) – злоупотребляли алкоголем. 17 (13,9%) больных отметили, что их матери курили, а у 16 (13,1%) – матери систематически употребляли спиртные напитки.

Убедительно доказано, что среди биологических факторов, формирующих развитие алкоголизма, значительное место принадлежит наследственному предрасположению [1,8]. Наследственные механизмы в развитии алкогольной зависимости в нашем исследовании подтверждаются клинико-генеалогическим анализом трёх поколений. У 103 (84,4%) обследованных выявлено наличие алкогольной зависимости у родственников в 3 поколениях. Только у 19 (15,6%) больных не выявлено наследственной отягощённости по факту злоупотребления алкоголем, среди них у 12 (9,8%) – при тщательном распросе не обнаружено фактов злоупотребления спиртными напитками у родственников, а 7 (5,7%) – не владели достаточной информацией о семейном анамнезе.

Среди обследованных 44 (36,1%) больных указали на наличие у родственников 1 и 2 поколений осложнений злоупотребления алкоголем: алкогольной болезни печени, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушения сердечного ритма. В семейном анамнезе у 36 (29,5%) больных имеются родственники 1-2 поколения, умершие в результате соматических осложнений алкоголизма. У 18 (14,8%) больных родственники погибли в результате алкоголизации: в драке, в пожаре, в автокатастрофе. Отцы и деды ещё у 16 (13,1%) больных страдали алкоголизмом, перенесли алкогольный психоз и совершили суицид в пьяном виде.

В результате психологического обследования выявлено, что только у 2 (1,6%) больных выявлен гармоничный личностный профиль. У большинства обследованных больных – 120 (98,4%) – имел место акцентуированный личностный профиль на фоне среднего общего уровня саморегуляции у 74 (60,7%). Данные по отдельным шкалам очень неоднородные, при этом отмечается неразвитость регуляторно-личностных свойств (самостоятельности, гибкости, устойчивости). Самосознание людей с алкогольной зависимостью имеет противоречивые характеристики. Выражена тенденция к неадекватной, амбивалентной самооценке, отмечается менее четкий и бедный образ Я, склонность не принимать ответственность за свое поведение на себя. В целом больные характеризуются зависимостью от внешних обстоятельств, несамостоятельностью, низкой осознанностью и устойчивостью целей, не критичностью к своим действиям, низкой социальной адаптацией.

Таким образом, комплексное изучение социально-биологических, общеклинических, психологических особенностей больных, перенесших алкогольные психозы, даёт более полную картину этиопатогенеза и клинической картины этих заболеваний, расширяет базу для формирования лечебно-реабилитационных программ.

от психоактивных веществ // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика, 2001. – С.13-33.

3. Гофман А.В. Клиническая наркология. – М.: Миклош, 2003. – С.90-151.

4. Иванец Н.Н. Актуальные проблемы алкоголизма //

Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т. 6. №3. – С.100-105.

5. Кузьминов В.Н., Юрченко Н.П., Юрченко А.Н. Диагностические и терапевтические проблемы при острых психозах у лиц с алкогольной зависимостью // Международный медицинский журнал. – 2003. – Т. 9. № 3. – С.31-33.

6. Минко А.И., Линский И.В. Наркология – М.: ЭКСМО, 2004. – С.314-318.

7. Моросанова В.И. Опросник «Стиль саморегуляции поведения». – М.: Когито-Центр, 2004. – С.4-42.

8. Наркология. Национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С.445-448, 473-475.

9. Сиволоп Ю.П., Савченков В.А., Аксельрод Б.А. и др. Алкогольный делирий в общей клинической практике // Медицина критических состояний. – 2004. – №2. – С.30-36.

Информация об авторе: 309537, Белгородская область, Старооскольский р-он, с.Каплино, ул. Подгорная, д.5, раб. (4725)22-12-27, e-mail: kuscheva@mail.ru, Кушчева Надежда Сергеевна – заочный аспирант кафедры биологии, медицинской генетики и экологии, врач-психиатр, заведующая психиатрическим отделением

© КРИВЕНЦЕВ Ю.А., БИСАЛИЕВА Р.А., ИШМАМЕДОВА Л.М., НОСКОВ А.И., РАМАЗАНОВ М.В. – 2011

УДК 616.155.16:576.8.077.3

НОВЫЙ СПОСОБ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ГЕМОГЛОБИНОВОГО СПЕКТРА

Юрий Алексеевич Кривенцев¹, Рината Альбкалиевна Бисалиева¹, Лия Маратовна Ишмамедова²,

Андрей Игоревич Носков¹, Магомед Валединович Рамазанов¹

(¹Астраханская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов, кафедра биохимии с курсом клинической лабораторной диагностики, зав. – д.м.н., проф. Д.М. Никулина;

²Филиал №8 Окружного военного клинического госпиталя Северо-Кавказского военного округа, командир – подполковник Ю.А. Белкин, отделение терапии, начальник – подполковник Л.М. Ишмамедова)

Резюме. Впервые сконструирована селективная иммунодиффузионная тест-система на эмбриональный гемоглобин с порогом чувствительности $4,25 \pm 0,22$ мг/л. Разработаны оптимальные алгоритмы количественного анализа гемоглобинов HbA₁, HbA₂, HbF и HbP. Впервые создана и успешно апробирована комплексная схема оценки гемоглобинового спектра по основным типам гемоглобина (HbA₁, HbA₂, HbF и HbP), отличающаяся специфичностью, надежностью ($r=0,98$), чувствительностью (порог от $1,7 \pm 0,29$ до $2,13 \pm 0,3$ мг/л), точностью ($\pm 1,2\%$), значимостью ($p < 0,001$), экономичностью.

Ключевые слова: гемоглобины, иммунохимия, количественный анализ.

A NEW METHOD FOR CLINICAL EVALUATION OF HEMOGLOBIN SPECTRUM

Y.A. Kriventsev¹, R.A. Bisaliev¹, L.M. Ishmamedova², A.I. Noskov¹, M.V. Ramazanov¹

(¹Astrakhan State Medical Academy; ²Branch № 8 of Military Hospital of North Caucasian Military District)

Summary. The selective immunodiffusion test system for fetal hemoglobin with a sensitivity threshold $4,25 \pm 0,22$ mg/l has been developed for the first time. The optimal algorithms for quantitative analysis of hemoglobin HbA₁, HbA₂, HbF and HbP have been developed. The complex scheme of assessment of hemoglobin spectrum on the main types of hemoglobin (HbA₁, HbA₂, HbF and HbP) has been created and successfully tested, which is notable for the specificity and reliability ($r = 0,98$), sensitivity (threshold of $1,7 \pm 0,29$ to $2,13 \pm 0,3$ mg/l), accuracy ($\pm 1,2\%$), significantly ($p < 0,001$), and economy.

Key words: hemoglobin, immunochemistry, quantitative analysis.

К наиболее физиологически значимым типам гемоглобина человека относят гемоглобины взрослого HbA₁, HbA₂, фетальный (HbF) и эмбриональный гемоглобин (HbP). Литературные данные последних лет свидетельствуют о повышении интереса к отдельным типам гемоглобина как диагностически значимым маркерам при патологии красной крови, онкопатологии, гипоксиях и др. [4,6,7,10,11].

В современной клинической практике для индикации гемоглобинов в качестве стандартного применяется унифицированный гемоглобинцианидный метод, рекомендованный комитетом по стандартизации Европейского и Международного Общества по Гематологии [2,5]. Этот метод не отличается избирательностью: с его помощью определяется лишь общее количество гемоглобина крови, а не отдельных его типов. Даже в случае определения щелочестойчивой фракции гемоглобина по Зингеру и Бетке регистрируются несколько типов гемоглобина, а не только фетальный [12].

В последние годы появились единичные работы по изучению отдельных типов гемоглобина с помощью иммунохимических тест-систем [7,8,11]. Преимуществом иммунохимических методов является их высокая специфичность, чувствительность. Кроме того, эти методы позволяют исследовать сложные биологические смеси без какой-либо предварительной очистки и выделения исследуемого белка.

Таким образом, моделирование моноспецифиче-

ских иммунохимических тест-систем на основные типы гемоглобина и разработка комплексной схемы оценки гемоглобинового спектра крови актуально и целесообразно.

Цель работы: создание комплексной иммунохимической схемы оценки гемоглобинового спектра.

Материалы и методы

Исследование было проведено в период с 2005 по 2010 гг. на биологическом материале общей численностью 485 образцов. Объектом исследования являлись гемоглобины типов A₁, A₂, F и P.

Исходным материалом для фракционирования HbA₁ и HbA₂ являлась кровь доноров и здоровых беременных женщин; для очистки HbF – пуповинная кровь здоровых новорожденных и ткани плодов; для очистки HbP – эмбриональный материал сроком гестации 5-9 нед.

В работе применяли методы механического термического гемолиза, комбинированной щелочной денатурации (поэтапная обработка гемолизата раствором сульфата аммония 50% насыщенности и 1,2 М раствором едкого натра с последующей седиментацией при 8000 g), препаративного электрофореза в агаровом геле на 0,1 М цитратном буфере pH 6,0 (в авторской модификации), электрофореза в полиакриламидном геле, ионообменной и гель-проникающей хроматографии [1,9].

Антисыворотки получали иммунизацией кроликов