

На правах рукописи

АНТИПОВА ЛЮДМИЛА АЛЕКСЕЕВНА

КЛИНИКА
АЛКОГОЛИЗМА, ОСЛОЖНЕННОГО ДЕЛИРИЯМИ.
(СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

14.00.45 – наркология

14 00 18 – психиатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук



003448756

Москва – 2008

Работа выполнена в ФГУ «Национальный научный центр наркологии» (директор – д м н , профессор, член-корреспондент РАМН Н Н Иванец)

НАУЧНЫЕ РУКОВОДИТЕЛИ:

Доктор медицинских наук

Агибалова Татьяна Васильевна

Доктор медицинских наук

Кинкулькина Марина Аркадьевна

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ

Доктор медицинских наук

Белокрылов Игорь Владленович

Кандидат медицинских наук,
доцент

Баринов Александр Максимович

ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В П Сербского»

Защита состоится «28» октября 2008 г. в 10 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 208 051 01 при ФГУ ННЦ наркологии по адресу. 119002, г Москва, Малый Могильцевский пер , д 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ ННЦ наркологии

Автореферат разослан «26 сентября 2008»

Ученый секретарь совета по защите
докторских и кандидатских диссертаций,
кандидат биологических наук

Львова Ольга Федоровна

Актуальность проблемы

Исследование клиники и патогенеза алкоголизма и алкогольных психозов проводится в последние десятилетия все более широко в связи с неубывающим их социальным и медицинским значением. Распространенность алкоголизма в России (включая алкогольные психозы) остается по-прежнему высокой, в 2004 г. этот показатель составил 1,7% от общей численности населения. Прирост показателя распространенности алкоголизма в отдельных регионах России был значительно выше среднего (более 5% - в Сахалинской, Хабаровской, Ивановской областях, всего 15 субъектов РФ; более 10% - в Республиках Хакасия и Ингушетия, в Брянской, Рязанской, Самарской, Амурской областях и Чукотском АО). Заболеваемость алкогольными психозами остается крайне высокой, в 2004 г. этот показатель составил 53,9 больных на 100 тыс. населения, что превышает уровень 1991 г. (10,6) в 5,1 раз (Кошкина Е. А., 2005, Положий Б. С., Гурин И. В., 2004). Серьезной проблемой является смертность больных с алкогольными делириями, составляющая по данным многих авторов на уровне 3 – 10,3% (Гофман А. Г., Шамота А. З., 1995; Карпец А. В., 2002; Shuk-Ling Wong, 1998). На основании современных данных металкогольные делирии по смертности (20% случаев при отсутствии лечения) ряд авторов сравнивает с особо опасными инфекциями (Попов Ю. Д., Вид В. Д., 1997). Эффективность лечения и профилактики зависит от знания патогенеза заболевания. Однако, до настоящего времени остаются недостаточно выясненными многие вопросы, касающиеся причин возникновения алкогольных делириев: почему не все тяжело протекающие состояния отмены алкоголя завершаются развитием психоза, различная частота возникновения психозов на разных территориях и другие. Отечественными и зарубежными авторами отмечается predisponирующая роль многочисленных факторов: наследственная предрасположенность, предшествующие тяжелые соматические заболевания (заболевания печени, сосудистые факторы, почечная недостаточность) и черепно-мозговые

травмы, доза и качество употребляемых спиртных напитков, интенсивность и длительность злоупотребления алкоголем и др. (Жислин С. Г., 1965; Андрух Г. П., 1996; Гофман А. Г., 2003; Wetterling T, Kanitz R. D., Veltrup C, et al, 1994, Becker H. C., 1996; Ferguson J.A., Suelzer C.J., Eckert G. J., Zhou X. H., Dittus R. S., 1996; Borini P. et al, 1997; Erwin W. E; Williams D. B; Speir W. A., 1998, Wojnar M., Bizon Z., Cedro A., 1999). Ведущими в патогенезе острых алкогольных психозов считаются нарушения катехоламиновой нейромедиации и возникновение нейровегетативных нарушений (Анохина И. П., 2004). Несмотря на большое количество работ, посвященных исследованию этиопатогенетических факторов развития алкогольных психозов, включая молекулярно-биологические и биохимические исследования, полученные данные неоднозначны. Мало работ, в которых проводился комплексный клинический анализ, касающийся отличий в течении хронического алкоголизма, сопровождающегося развитием делириев, от алкоголизма, в динамике которого психозы никогда не развивались.

Выявление клинических особенностей течения заболевания, характерных для больных, заболевающих алкогольными делириями и без них, важно для прогностической оценки риска развития психоза в динамике болезни, а также для разработки дифференцированных терапевтических подходов по лечению этих больных.

Цель исследования

Провести сравнительное клиническое изучение больных алкогольными делириями и больных алкоголизмом, протекающим без психозов, установить факторы, способствующие развитию психоза и влияющие на клинические проявления заболевания в целом, на этой основе разработать терапевтические рекомендации.

Задачи исследования

1. Изучить роль конституционально – биологических факторов в формировании психотических и непсихотических форм алкоголизма.

2. Изучить клинические проявления алкоголизма, осложненного делириями.
3. Изучить клинические проявления алкоголизма, протекающего без психозов и сравнить с группой больных, алкоголизм которых сопровождается делириями.
4. Разработать терапевтические рекомендации по лечению данных групп больных.

Научная новизна

В работе впервые проведен сравнительный клинический анализ развития и течения алкогольной зависимости больных, перенесших алкогольные делирии, и больных без психозов. Установлены различия, касающиеся конституционально-биологических факторов, влияющих на клинические проявления заболевания: тяжесть и структуру абстинентного синдрома, патологическое влечение к алкоголю, динамику заболевания в целом. Усовершенствованы терапевтические программы: с учетом тяжести перенесенного психоза и динамики психопатологического состояния определена оптимальная длительность стационарного курса терапии; разработаны дифференцированные подходы к лечению больных.

Положения, выносимые на защиту

Больные алкоголизмом, осложненным делириями, отличаются от больных алкоголизмом без психозов по конституционально-биологическим характеристикам, которые оказывают влияние на клиническую картину заболевания, прежде всего на выраженность основных проявлений абстинентного синдрома, определяющих его тяжесть, с чем может быть связано развитие психотических состояний.

После перенесенного делирия течение алкогольной зависимости определяется наличием и тяжестью психоорганического синдрома. При отсутствии тяжелого органического поражения головного мозга и сохраняющейся способности к интенсивному пьянству, сохраняется возможность развития повторных психозов.

Наличие психозов в течении заболевания способствует более быстрому переходу болезни в третью стадию, в результате чего длительность второй стадии у этих больных сокращается по сравнению с непсихотическими больными. Клинические проявления алкоголизма третьей стадии в обеих группах больных имеют сходную картину.

При лечении больных, перенесших алкогольные делирии, следует учитывать наличие в психическом статусе выраженность астенических и психоорганических расстройств, в связи с чем необходимо продолжительное применение ноотропов, препаратов, нормализующих метаболический статус (витамины, гепатопротекторы, антиоксиданты).

Практическая значимость

Выявленные клинические особенности течения алкоголизма, осложненного делириями, имеют важное прогностическое значение для оценки риска возникновения делирия в течении заболевания и должны учитываться при разработке терапевтических подходов в лечении больных алкогольной зависимостью.

Реализация результатов работы

Результаты проведенных исследований применяются в практической работе клинических отделений ФГУ ННЦ наркологии Росздрава. Научные положения работы используются при подготовке клинических ординаторов и аспирантов ННЦ наркологии.

Структура и объем диссертации.

Работа изложена на 171 странице, состоит из введения, 4 глав, заключения, приложения, указателя литературы, содержит 3 клинических примера. Диссертация включает в себя 22 таблицы, 10 диаграмм.

Во введении обоснована актуальность исследования, сформулированы его цель и задачи, показана его научная новизна и практическая значимость.

Глава 1 посвящена анализу научной литературы по проблеме. Глава 2 содержит общую характеристику наблюдавшихся пациентов и методов исследования. В главе 3 изложены в сравнении клинические особенности

течения алкоголизма, осложненного делириями, и протекавшего без психозов. Глава 4 посвящена вопросам разработки дифференцированной терапии больных. В заключении обсуждаются полученные результаты. В приложении приводятся использованные в работе инструменты исследования (шкала динамики психопатологических, вегетативных, соматических и неврологических расстройств, шкала патологического влечения к алкоголю, шкала общего клинического впечатления).

Материалы диссертации доложены на клинических конференциях ННЦ наркологии.

По материалам диссертации опубликовано 3 статьи.

Общая характеристика материала и методов исследования

Для решения поставленных задач было проведено обследование и лечение 90 больных алкоголизмом, на базе Психиатрической больницы № 13. Обследование проводилось сплошным методом: были взяты все поступившие в стационар больные алкоголизмом, перенесшие алкогольные делирии (код F 10.4 по МКБ – 10) (основная группа). В контрольную группу вошли больные алкоголизмом (код F-10.2 по МКБ – 10), у которых заболевание не сопровождалось развитием алкогольных психозов, это больные с наибольшей давностью заболевания, превышающей длительность злоупотребления алкоголем в группе больных, перенесших делирии, для возможности определения особенностей течения алкоголизма на всем протяжении заболевания, вплоть до достижения больными 3 стадии. Обследование больных проводилось дважды, на второй стадии и третьей стадиях заболевания.

В исследование не включались больные, у которых зависимость от алкоголя сформировалась на фоне резидуальных симптомов поражения головного мозга, а также больные, у которых наблюдались дополнительные органические вредности в течении заболевания. Исключены из исследования больные, перенесшие атипичные и смешанные формы делириев.

В группу больных с алкогольными делириями вошло 50 человек в возрасте от 32 до 67 лет, средний возраст которых составлял $49,4 \pm 8,17$ лет, длительность злоупотребления алкоголем в среднем составляла $24,54 \pm 7,93$ лет. Вторая стадия заболевания была диагностирована у 62% больных, третья стадия у 38% больных.

Группу больных без психозов составили 40 человек в возрасте от 37 до 69 лет, средний возраст – $55,1 \pm 6,69$ лет, длительность злоупотребления алкоголем – $31,88 \pm 7,08$ года. Вторая стадия заболевания была диагностирована у 10% больных, третья стадия у 90% больных.

На начальном этапе исследования изучалась наследственность, личностные и конституциональные особенности больных, сомато-неврологическая отягощенность, а также социально – демографические характеристики больных.

Наследственная отягощенность по психическим и наркологическим заболеваниям в сравниваемых группах не различается и соответствует общей популяции больных алкоголизмом. Наследственная отягощенность алкоголизмом в группе больных, перенесших алкогольные делирии, составляет 48%, в группе больных без психозов 47,5%; наибольший процент из общей отягощенности по алкоголизму составляет отягощенность алкоголизмом отца: в группе больных, перенесших делирии – 34% наблюдений, в группе больных без психозов – 20% наблюдений; высокий процент отягощенности по алкоголизму наблюдался и у родственников больных: 30% - в группе больных, перенесших делирии, 20% у больных без психозов.

Изучение сомато-неврологической отягощенности в преморбидном периоде показало, что до формирования алкоголизма большинство больных отличались крепким здоровьем, у них не было тяжелых соматических заболеваний; достоверных различий по соматической отягощенности между выделенными группами не наблюдалось; в группе больных без психозов

сомато-неврологическая патология наблюдалась у 10% пациентов, в группе больных, перенесших впоследствии делирии, – у 14% пациентов.

Анализ конституциональных особенностей больных показал, что в группе больных, алкоголизм которых сопровождался возникновением алкогольных делириев, преобладали пациенты с нормостеническим и гиперстеническим телосложением (54% и 46% соответственно), а в группе больных без психозов преобладали пациенты нормостенического и астенического конституциональных типов (50% и 37,5%). Другие конституциональные типы (атлетический, гиперстенический) встречались в 17,5% наблюдений. Выявленные различия статистически достоверны ($p < 0,01$).

Анализ личностных особенностей больных в преморбиде позволил установить в группе больных, перенесших алкогольные делирии, преобладание синтонных (60%), возбудимых (16%), неустойчивых (16%) черт характера. На долю больных с другими характерологическими типами (дистимический, астенический, шизоидный, истерический) приходилось в общей сложности 22%.

В группе больных без психозов отмечалось преобладание больных с астеническим типом личности - 40% больных ($p < 0,01$), с дистимическим типом личности - 17,5% больных, с неустойчивым и возбудимым типом – по 15% соответственно. Такие личностные особенности, как шизоидность, паранойяльность, истерические черты характера и их сочетание, встречались в 22,5% случаев.

Степень выраженности характерологических девиаций в преморбидном периоде была различной: в 84,44% личностные особенности ограничивались уровнем акцентуации, в 15,56% выраженность личностных особенностей достигала степени психопатии. В группах больных алкоголизмом, перенесших и не переносивших психозы число пациентов, у которых была диагностирована психопатия, практически не различалось и составило 16% больных и 15% больных соответственно.

Анализ социального статуса до начала злоупотребления алкоголем показал, что уровень образования в сравниваемых группах не различается, в группе больных, перенесших делирии, высшее образование имели 16% больных, незаконченное высшее – 2%; среднее специальное – 74%; среднее общее – 8% больных. В группе больных без психозов высшее образование имели 32,5% больных, среднее специальное – 57,5%, среднее общее – 10% больных.

Использовались следующие методы исследования: клинко-психопатологический, клинко-катамнестический, математико-статистический. Для количественной оценки полученных данных и их систематизации составлялась «Индивидуальная карта клинко-психопатологического исследования», специально адаптированная в соответствии с задачами исследования, созданная на основе ранее разработанных карт, используемых для стандартизации исследований – «Глоссария стандартизированных психопатологических симптомов и синдромов для унифицированной клинической оценки алкоголизма и алкогольных психозов (методические рекомендации)» (Качаев А.К., Иванец Н.Н., Игонин А.Л., 1976), отражающая социальный статус больных, демографические характеристики, наследственность, формирование и течение алкогольной зависимости, сведения о перенесенных заболеваниях, тяжесть, длительность, количество перенесенных алкогольных психозов, результаты лечения. Более подробно изучались этапы формирования основных синдромов алкогольной зависимости в сравнении между двумя группами, особенности алкогольного абстинентного синдрома, патологического влечения к алкоголю, особенности течения заболевания, частоту и длительность ремиссий, факторы, влияющие на развитие алкогольных делириев, тяжесть и повторность алкогольных психозов, особенности динамики основных симптомов и синдромов алкогольной зависимости после перенесенных психозов, особенности лечения больных с психотическими и непсихотическими формами. При клинической оценке

возникающего у больных того или иного состояния использовались работы Н.Н. Иванца, И.В. Стрельчука, С.Г. Жислина, А. К. Качаева, Н. Г. Шумского. При оценке характера течения заболевания использовалось понятие степени прогрессивности, под которой понималась быстрота формирования и прогрессирования болезни (Морозов Г.В., Иванец Н.Н., 1981). При описании личностных особенностей использовались МКБ-10, а также работы П.Б. Ганнушкина (1933), С.Г. Жислина (1965), А.Е. Личко (1977), Н.Н. Иванца, А.Л. Игонина (1977), Ю.В. Валентика (1984). При выделении акцентуации и психопатии использовались критерии, разработанные К. Леонгардом (1989), Ю.А. Александровским (2000).

Для объективизации данных динамики психопатологических расстройств применялись: шкала патологического влечения к алкоголю, шкалы оценки соматовегетативных и психопатологических проявлений в структуре алкогольного абстинентного синдрома, разработанные в НИЦ наркологии.

Для статистического анализа полученных результатов использовались математические методы из программы Statistica 6.0: критерий Стьюдента критерии Манна – Уитни, Колмогорова – Смирнова, хи – квадрат, точный критерий Фишера, корреляционный анализ по Спирмену, дисперсионный анализ (ANOVA). Критерием достоверности считалось достижение уровня $p < 0,05$.

Результаты исследования

1. Особенности формирования и течения алкоголизма до возникновения психотических расстройств

Результаты исследования показали, что возраст формирования алкоголизма и длительность первой стадии, возраст появления алкогольного абстинентного синдрома в группе больных с психотическими расстройствами практически не отличается от контрольной группы и соответствует данным в популяции больных алкоголизмом (см. таблицу 1).

Таблица 1.

Клинико-динамические характеристики психотического и непсихотического алкоголизма до возникновения психоза.

Показатели	Больные, перенесшие психозы n=50	Больные без психозов n=40
Средний возраст больных к началу злоупотребления алкоголем, годы	24,86 ± 4,14	23,23±3,6
Средняя длительность I стадии, годы	6,9±2,41	7,23±2,9
Средний возраст появления ААС, годы	32,18±4,8	30,45±4,64

В группе больных, перенесших психозы, злоупотребление алкоголем во второй стадии заболевания в форме псевдозапоев отмечалось в 88% случаев, в 12% случаев отмечалась постоянная форма злоупотребления алкоголем с высокой толерантностью. В группе больных без психозов характер злоупотребления в псевдозапойной форме отмечался у 80% больных, у 20% больных – постоянное пьянство с высокой толерантностью.

В среднем максимальная толерантность в группе больных с психозами составляла 1,10±0,43 л. водки в сутки, в группе без психозов максимальная толерантность в среднем составляла 1,11±0,37 л. водки в сутки.

Изучение сомато-неврологической сферы выявило, что после формирования алкоголизма у всех больных выявлялись к моменту обследования соматические заболевания непосредственно связанные со злоупотреблением алкоголем: алкогольные поражения печени, алкогольное поражение сердца. Другие соматические заболевания в группе с психотическим алкоголизмом составили 28% наблюдений, в группе с непсихотическим алкоголизмом – 42,5%.

Обращает внимание более высокий показатель по количеству больных, перенесших острый алкогольный гепатит, в группе психотического алкоголизма – 16% больных, тогда как в группе больных без психозов этот показатель составляет 2,5%. У больных, алкоголизм которых не сопровождался развитием психозов, среди заболеваний печени преобладала патология, характерная для картины хронического алкогольного гепатита,

развившегося без фазы острого поражения. Частота встречаемости такого сосудистого заболевания, как гипертоническая болезнь, влияющая на состояние психических функций, и являющаяся часто самостоятельным фактором, предрасполагающим к развитию дисциркуляторных нарушений и психотических состояний, не различается в сравниваемых группах. В обеих группах больных количество пациентов, страдающих артериальной гипертонией почти одинаково и составляет 18% в психотической группе и 17,5% в группе больных без психозов. Незначительные различия между группами отмечаются и по количеству больных, страдающих ишемической болезнью сердца: 8% в группе с психозами и 10% в группе без психозов.

В 24 % случаев абстинентный синдром больных, перенесших психозы, сопровождался развитием судорожного синдрома.

Сравнительная оценка тяжести абстинентного синдрома у больных со второй стадией заболевания в группах психотическим и непсихотическим алкоголизмом показала, что у больных психотической группы вегетативные расстройства, тревога, тремор, атаксия в позе Ромберга, промахивание при выполнении пальценосовой пробы были выражены достоверно выше, чем у больных без психозов ($p < 0,01$) (см. таблицу 2).

Таблица 2.
Сравнительная характеристика основных проявлений ААС у
больных с психотическим и непсихотическим алкоголизмом

Наименование симптома	Больные, перенесшие психозы (средний балл)	Больные без психозов (средний балл)
тревога	2,74±0,53	0,18±0,38*
нарушения сна	3,0	1,13±0,33*
тремор, атаксия	2,90±0,30	1,18±0,38*
тахикардия	2,42±0,70	1,63±0,49*
гипергидроз	2,56±0,50	0,93±0,35*

Примечание. * - $p < 0,01$

Было выявлено, что степень выраженности таких вегетативных расстройств как повышенное потоотделение и тахикардия коррелируют с конституциональными характеристиками больных и наиболее выражены у

больных с гиперстеническим телосложением, в меньшей степени – с астеническим.

В структуре психопатологических расстройств абстинентного синдрома еще до развития психоза преобладала тревожность 88% наблюдений, сниженные настроения, связанное с осознаваемым влечением к алкоголю отмечалось у 10% больных, дисфория – у 18% больных. У всех больных были отмечены астенические расстройства, в 55% случаев истощаемость, в 40% - повышенная раздражительность.

У больных без психозов депрессивные расстройства, отмечавшиеся не только в первые дни абстиненции, но и после улучшения соматического состояния, отмечались в 85% случаев, в ряде случаев депрессивный фон настроения сопровождался моторной заторможенностью – 30% наблюдений, проявления дисфории наблюдались в 37,5% случаев, у ряда больных отмечалась тревожность, обусловленная переживаниями по конкретным поводам, озабоченность своим здоровьем (35%), в структуре астенических расстройств в 57% наблюдений отмечались явления раздражительной слабости, в 43% - преобладала истощаемость; достоверные различия ($p < 0,05$) между группами психотического и непсихотического алкоголизма в структуре абстинентного синдрома были выявлены по уровню тревожности и выраженности депрессивных расстройств.

Выявлены достоверные различия в длительности второй стадии в основной и контрольной группах больных: длительность второй стадии больше в группе больных с люцидным алкоголизмом ($p < 0,05$) и составляет $20,65 \pm 5,87$ лет, продолжительность второй стадии заболевания в психотической группе составляла в среднем $16,2 \pm 6,18$ лет, что связано с более быстрым переходом в третью стадию заболевания, после перенесенного психоза.

2. Особенности этапа психотических (делириозных) расстройств

Средний возраст, в котором развился первый психоз составлял $47,66 \pm 8,27$ лет. Давность существования синдрома похмелья составляла

15,36±6,86 лет. К моменту развития первого психоза толерантность оставалась высокой – 0,96±0,39 л. У 15 человек (30%) отмечались различная соматическая патология в психозе: пневмония, острый бронхит, пиелонефрит, гипертонический криз, острый алкогольный гепатит, острый панкреатит. Из них тяжелый делирий диагностирован у 5 больных (33,33% случаев).

Перед возникновением первого психоза у 56% больных злоупотребление алкоголем носило псевдозапойный характер, у 24% больных отмечалось ежедневное пьянство на фоне высокой толерантности, у 16% наблюдалась перемежающаяся форма злоупотребления алкоголем, в 4% наблюдений злоупотребление алкоголем было ежедневным с низкой толерантностью.

В 30 % случаев (15 больных) отмечался abortивный делирий продолжительностью менее суток, как правило, больные сохраняли воспоминание о психопатологических расстройствах, высказывали критическое отношение к перенесенному психозу. Типичный «классический» делирий перенесли 46% (23 больных), его продолжительность составляла от 1 до 3 суток на фоне проводимого в стационаре лечения. Тяжело протекающий делирий был диагностирован в 24% случаев (12 больных) и отличался нарастающей глубиной помрачения сознания, проявляющейся исчезновением люцидных промежутков, интенсивным двигательным возбуждением, появлением профессионального бреда. Длительность психоза составляла 4-5 суток.

Изучение факторов, влияющих на тяжесть перенесенного психоза, показало, что по наследственной отягощенности, преморбидным личностным и конституциональным особенностям, а также по таким характеристикам как тип злоупотребления алкоголем, предшествующий психозу, величина толерантности, частота сопутствующей соматической патологии у больных, перенесших делирии разной степени тяжести, достоверных различий не наблюдается ($p > 0,05$).

Различия между этими группами больных касались давности заболевания, а также количества ремиссий в течении заболевания. Давность злоупотребления алкоголем у больных, перенесших тяжелый алкогольный делирий, составляла $26,42 \pm 64,45$ лет, у больных с типичными делириями – $22,13 \pm 7,59$ лет, у больных с абортивными делириями – $21,27 \pm 8,24$ лет ($p < 0,05$).

Чем тяжелее был перенесенный психоз, тем меньшее число ремиссий наблюдалось в течении заболевания ($p < 0,05$). У больных, перенесших тяжелые алкогольные делирии ремиссии в течении заболевания отмечались лишь в 14,81% случаев, у больных с типичными делириями – в 44,44% случаев, у больных с абортивными делириями – в 40,74% случаев.

Достоверно чаще тяжелый делирий развивался у больных, перенесших перед психозом один или несколько судорожных припадков ($p < 0,05$). Судорожный синдром у больных с тяжелыми делириями наблюдался в 58,33% наблюдений, с типичными делириями – в 4,35% наблюдений, с абортивными – в 26,67% наблюдений.

Оценка патологического влечения к алкоголю у больных, перенесших разные по степени тяжести делирии, показала, что выраженность патологического влечения варьировала в зависимости от особенностей психического состояния больных после психоза и коррелировала с тяжестью перенесенного психоза. Чем тяжелее был перенесенный психоз, тем влечение к алкоголю имело меньшую выраженность преимущественно за счет поведенческого и идеаторного компонентов. Средний балл выраженности патологического влечения к алкоголю составил у больных, перенесших тяжелые делирии, составил $4,83 \pm 1,53$ балла, у больных, перенесших типичные делирии – $5,83 \pm 1,40$ балла, абортивные делирии – $7,0 \pm 1,31$ балла, что имеет достоверную значимость различий в этих группах ($p < 0,01$) (см. таблицу 3).

Таблица 3.
Тяжесть делирия и выраженность патологического влечения к
алкоголю после психоза.

Характеристики	Абортивный делирий n=15	Типичный делирий n=23	Тяжелый делирий n=12	Все больные n=50
Вегетативный компонент	2,33±0,82	2,09±0,51	2,17±0,83	2,18±0,69
Аффективный компонент	2,87±0,92	2,26±0,86	2,17±0,83	2,42±0,73
Идсаторный компонент	1,13±0,35	1,13±0,34	0,42±0,51*	0,96±0,49
Поведенческий компонент	0,67±0,49	0,35±0,65	0*	0,36±0,56
Общий балл	7,0±1,31	5,83±1,40	4,83±1,53*	5,94±1,60

*Примечание * - $p < 0,01$, достоверные различия между группами*

Из 50 обследованных больных повторные психозы наблюдались в 44% случаев. Средний возраст развития второго психоза составил $47,91 \pm 8,16$ лет. Между первым и вторым психозом временной интервал составлял в среднем $2,27 \pm 2,31$ года. Перед развитием второго психоза отмечался псевдозапойный характер пьянства в 63,64% случаев, в 22,73% отмечалось перемежающееся пьянство, в 13,64% – постоянное употребление алкоголя с низкой толерантностью. Такой же высокой, как и перед развитием первого психоза оставалась толерантность – $0,97 \pm 0,42$ л. Но у больных, перенесших повторные психозы, величина максимальной толерантности достоверно выше ($1,21 \pm 0,42$ л.) и происходит более выраженное ее снижение ко времени возникновения второго психоза ($p < 0,01$). Таким образом, повторные психозы развивались вскоре после первого психотического состояния, перед их возникновением сохранялось интенсивное злоупотребление алкоголем и достаточно высокая толерантность. Частота соматической патологии в первом и повторном психозах составляла соответственно 30% и 27,27%.

Анализ тяжести первого психоза и числа повторных психозов показал, что число повторных психозов достоверно выше у тех больных, которые перенесли первым более легкий (абортивный) делирий ($p < 0,05$).

Сокращение числа повторных психозов после тяжелого делирия связано с тем, что после перенесенного тяжелого психоза изменялась и форма

злоупотребления алкоголем, у больных отмечался переход на ежедневное употребление спиртных напитков на фоне низкой толерантности. У больных с постоянной формой злоупотребления алкоголем с низкой толерантностью количество повторных психозов достоверно ниже, чем у больных с сохранившейся псевдозапойной формой употребления алкоголя после первого перенесенного психоза ($p < 0,05$). Изменение формы злоупотребления алкоголем и снижение толерантности связано с нарастанием органической симптоматики, общим физическим истощением больных.

У больных, перенесших тяжелый делирий, астенические расстройства были наиболее продолжительными, постепенно редуцировались на фоне интенсивной терапии в течение 2-3 и более месяцев. Снижение памяти отмечалось у всех больных. У одного больного был диагностирован алкогольный псевдопаралич, у двух пациентов – корсаковский синдром.

Астенические расстройства у больных с типичными делириями сохранялись на протяжении 3 – 4 недель, снижение памяти отмечалось у 30, 43%.

У больных с abortивной формой делирия снижение памяти отмечалось в 6,67%, длительность астении 7 – 10 дней на фоне интенсивной терапии.

3. Сравнительный анализ ремиссий у больных алкоголизмом без психозов и перенесших алкогольные делирии.

Анализ частоты возникновения и продолжительности ремиссий показал, что в группе больных с алкогольными психозами в течении заболевания спонтанные ремиссии возникали чаще и у большего количества больных, чем в группе непсихотического алкоголизма.

В группе больных с алкогольными психозами спонтанные ремиссии менее 6 месяцев наблюдались у 16,13% больных, спонтанные ремиссии свыше 6 месяцев были у 25,81% больных, у 58,06% больных спонтанных ремиссий не отмечалось. В группе непсихотического алкоголизма у 78,125% больных спонтанных ремиссий не отмечалось, спонтанные ремиссии

продолжительностью свыше 6 месяцев наблюдались у 21,875% больных ($p < 0,05$).

Терапевтические ремиссии чаще наблюдались в группе больных, у которых в течении заболевания психозов не было (различия статистически достоверны, $p < 0,01$), преобладали ремиссии длительностью свыше 6 месяцев (70,37% случаев). Отсутствие ремиссий после лечения у больных с алкогольными психозами наблюдалось в 58,62% наблюдений, у больных, не переносивших психозы, этот показатель был значительно меньше и составил 11,11% наблюдений.

Различие в количестве и частоте возникновения спонтанных и терапевтических ремиссий может косвенно свидетельствовать о характере патологического влечения к алкоголю у больных психотическим и непсихотическим алкоголизмом. Тот факт, что у больных алкоголизмом, в течении заболевания у которых развивались алкогольные психозы, больше спонтанно возникающих ремиссий, а терапевтических меньше, может указывать на то, что влечение к алкоголю у этих больных носит периодический характер.

4. Клинические особенности третьей стадии алкоголизма.

В целом в группе больных с психотическим алкоголизмом третья стадия была диагностирована в 38% наблюдений, длительность третьей стадии заболевания к моменту обследования составляла $3,37 \pm 2,52$ года. Из них 13 больных перенесли от 2 до 6 алкогольных делириев. У всех больных отмечалась постоянная форма употребления с низкой толерантностью.

Из 19 пациентов у одного больного была диагностирована хроническая алкогольная энцефалопатия в форме алкогольного псевдопаралича, у 13 пациентов (68,42%) пациентов наблюдались дисмнестические расстройства, у 20% больных отмечалась алкогольная деградация с хронической эйфорией, у 18% больных отмечалась алкогольная деградация с аспонтанностью.

В группе больных без психозов третья стадия заболевания была диагностирована в 90% наблюдений.

У 67,5% больных отмечался переход к постоянной форме пьянства с низкой толерантностью, у 10% больных сформировались истинные запои, у 12,5% – наблюдалось перемежающаяся форма злоупотребления алкоголем.

У большинства больных личностные изменения характеризовались алкогольной деградацией с психопатизацией (57,5%), алкогольная деградация с аспонтанностью отмечалась у 32,5% больных. У 13 (36,11%) больных отмечались нарушения памяти, из них у 4 больных диагностирован корсаковский синдром.

В обеих группах абстинентный синдром становится тяжелым, выражены астенические расстройства, адинамия, сниженный фон настроения. У всех больных отмечались соматические хронические заболевания, обусловленные интоксикацией алкоголем, в основном токсическое поражение печени и алкогольная кардиопатия, а также алкогольная полинейропатия. Таким образом, алкоголизм у больных, перенесших один или несколько делириев, при переходе заболевания в третью стадию и алкоголизм больных, у которых в течении заболевания психозов не наблюдалось, имеет сходные клинические проявления, нарастание явлений психоорганического синдрома, сомато-неврологических последствий алкоголизма.

Социальные последствия алкоголизма, включающие трудовую занятость, профессиональное снижение, утрату трудоспособности, нарушение семейного статуса были следующими: профессиональное снижение в группах больных с психотическим и непсихотическим алкоголизмом составляло 14% и 15% пациентов соответственно; обращают внимание высокие показатели не работающих лиц среди обследованных больных. В группе больных без психозов количество больных без определенной занятости составило 22,5%, в группе больных алкоголизмом, перенесших психозы, число неработающих лиц достигло 36%. Число пенсионеров по возрасту в группе больных без

психозов составило 22,5% больных, в группе больных, перенесших психозы – 12%. Большой процент пенсионеров по возрасту в группе больных, алкоголизм которых не сопровождался развитием психозов, связан, скорее всего, с большим возрастом пациентов, составляющих эту группу.

Выход на инвалидность в обеих группах наблюдался уже после формирования алкоголизма, на фоне многолетнего пьянства и был обусловлен преимущественно сопутствующими соматическими заболеваниями: в группе больных без психозов 10% наблюдений; в группе больных, перенесших психозы 6% наблюдений.

Изучение семейного статуса больных показало, в группе больных, перенесших алкогольные психозы, число разведенных больных на момент обследования составило 22%, в группе больных без психозов – 30%.

5. Методы дифференцированной терапии

При построении терапевтических программ пациентов с алкогольными делириями необходимо руководствоваться основными принципами лечения при применении психотропных препаратов, а также с соблюдением основных принципов терапии критических состояний.

Лечебная тактика после выхода из психотического состояния должна определяться структурой психопатологического синдрома, наблюдающегося после купирования делириозных расстройств, а также степенью тяжести имеющихся нарушений, прежде всего степенью тяжести психоорганического синдрома.

При лечении астенических расстройств и психоорганического синдрома необходимо продолжительное применение ноотропов, препаратов, обладающих сосудистым действием, препаратов, действие которых направлено на восстановление общего метаболического статуса организма (витамины, гепатопротекторы, антиоксиданты). Основной принцип терапии на данном этапе – длительность, непрерывность и повторность курсового применения указанных лекарственных средств.

Основной принцип психофармакотерапии у больных перенесших делирий с выходом в психоорганический синдром – симптоматическое применение минимальных эффективных доз препаратов, в случае обострения патологического влечения к алкоголю, коррекции диссомнических или поведенческих расстройств. Основной акцент терапии данного контингента больных должен ставиться на лечении препаратами ноотропного и общеметаболического ряда.

При работе с пациентами, перенесшими алкогольные делирии, особенности проведения и эффективность психотерапии существенно различаются в зависимости от клинических особенностей психического статуса пациентов. Значительную трудность для проведения психотерапии представляют пожилой возраст пациентов, явления алкогольной деградации.

Пациентам, у которых после купирования психоза отмечались признаки психоорганического синдрома, психотерапевтическое воздействие оказывалось больше в соответствии с принципами психотерапии психических больных: восстановительное лечение как начальный этап реабилитации, включающее активирующий режим; поощрение социальной активности, в последующем – участие больного в работе терапевтических сообществ.

ВЫВОДЫ

1. Наследственная отягощенность по психическим и наркологическим заболеваниям, частота сопутствующей соматической патологии в преморбиде и после развития алкоголизма в сравниваемых группах не различаются. Формирование первой стадии алкоголизма, ААС происходит в одни и те же сроки.
2. ААС у больных с алкоголизмом, осложненным делириями, протекает тяжелее. Интенсивность вегетативных нарушений коррелирует с конституциональными особенностями и максимально выражена у больных с гиперстеническим телосложением, в меньшей степени – у больных с астеническим телосложением, преобладающими в группе больных, у

которых в течении заболевания психозы не развивались. Структура психопатологических расстройств абстинентного синдрома у больных с алкоголизмом, осложненным делириями, и протекающим без психозов, различается по уровню тревожных и депрессивных расстройств. У больных с психотическими формами в структуре абстиненции депрессивные расстройства выявляются реже.

3. Тяжесть психоза обусловлена рядом факторов, в том числе особенностями алкоголизма. Имеют значение возраст начала злоупотребления алкоголем, тяжесть похмельного синдрома, наличие судорожного синдрома, число ремиссий в течении заболевания. Давность злоупотребления алкоголем у больных, перенесших тяжелые делирии, больше, ремиссий в течении заболевания меньше, похмелье протекает более тяжело, часто с судорожным синдромом.

4. Патологическое влечение к алкоголю у больных, перенесших разные по степени тяжести делирии, варьирует в зависимости от особенностей психического состояния больных после психоза и коррелирует с тяжестью перенесенного психоза. Чем тяжелее перенесенный психоз, тем влечение к алкоголю имеет меньшую выраженность преимущественно за счет поведенческого и идеаторного компонентов.

5. Течение алкоголизма в группе больных, перенесших делирии, зависит от тяжести перенесенного психоза. Число повторных психозов выше у больных, перенесших первым более легкой (абортивный делирий). У больных, перенесших первым тяжелой, профессиональный делирий, в последующем течении заболевания число повторных психозов значительно уменьшается.

6. Наличие психозов в течении заболевания способствует более быстрому переходу болезни в третью стадию, в результате чего длительность второй стадии у этих больных сокращается по сравнению с непсихотическими больными. В структуре ААС появляются черты, сходные с ААС больных люцидным алкоголизмом, преобладающими становятся явления астении, адинамии, сниженный фон настроения.

7. Особенностью течения алкоголизма в группе больных без психозов является меньшее число спонтанных ремиссий, а число ремиссий после лечения выше, чем в группе больных алкоголизмом, осложненным делириями; отмечается большая обращаемость больных для лечения.

8. При лечении больных с алкогольными делириями следует учитывать наличие в психическом статусе больных выраженность астенических и психоорганических расстройств, в связи с чем необходимо продолжительное применение ноотропов, препаратов, обладающих сосудистым действием, препаратов, действие которых направлено на восстановление общего метаболического статуса организма (витамины, гепатопротекторы, антиоксиданты).

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Антипова Л. А. Некоторые клинические особенности алкоголизма, протекающего с психотическими расстройствами и без них. // Вопросы наркологии. – 2007. №3. – С. 15 – 21.
2. Антипова Л. А. Особенности синдрома патологического влечения к алкоголю после купирования психоза у больных, перенесших делирии разной степени тяжести. // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной патологии. Межрегиональный тематический сборник научных трудов. Рязань 2008. – С. 17 – 18.
3. Антипова Л. А. Клинические особенности алкогольной зависимости у больных, перенесших алкогольные делирии. // Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 120-летию РО КПБ им. Н. Н. Баженова. Рязань 2008. – С. 32 – 36.

Подписано в печать 24 09.2008 г

Печать трафаретная

Заказ № 807

Тираж: 100 экз.

Типография «11-й ФОРМАТ»

ИНН 7726330900

115230, Москва, Варшавское ш, 36

(499) 788-78-56

www.autoreferat.ru