

отека мозга. С ОАЭ ассоциирует понятие «смертельного делирия». Как классический пример — острая энцефалопатия Гайе — Вернике. Факт наличия тех или иных неврологических проявлений для постановки диагноза ОАЭ для психиатра не имеет решающего значения. Неврологические нарушения в остром периоде тяжелой белой горячки изучены недостаточно.

Нами исследованы неврологические расстройства у 440 больных с тяжелыми формами алкогольного делирия. Перечень этих проявлений представлен в таблице.

Представленность неврологических проявлений у больных тяжелой формой белой горячки

№ п/п	Название симптома	Представленность симптома
1	Птоз век	28 %
2	Миастеноподобное нарастание птоза век	7,2 %
3	Узкий зрачок	25 %
4	Широкий зрачок	6 %
5	Анизокория	7 %
6	Наружный офтальмопарез	71,4 %
7	Наружная отальмоплегия	7,7 %
8	Косоглазие	5,4 %
9	Нистагм	55 %
10	Отек языка	51 %
11	Снижение рефлексов с рук	40 %
12	Повышение рефлексов с рук	40,5 %
13	Снижение или выпадение коленных рефлексов	52 %
14	Повышение коленных рефлексов	20 %
15	Судорожный синдром	57 %
16	Снижение мышечного тонуса	37 %
17	Мышечная дистония	40 %
18	Мышечная ригидность	23 %
19	Прикус языка	27 %
20	Особые мышечные феномены (миофасциальные подергивания, «перебирание простыни» и др.)	4,3 %
21	Бессонница	47 %
22	Гиперкинезы	38 %
23	Менингеальный синдром	27,5 %
24	Летальность	19 %

Данная симптоматика является фоном для протекания белой горячки, остро возникает в ее дебюте и постепенно уходит вслед за редукцией патопсихологических нарушений. Выраженность и разнообразие неврологических симптомов свидетельствует о закономерности и большой тяжести поражения головного мозга.

Нам представляется обоснованным называть ОАЭ, в точном смысле этого термина, совокупностью неврологических расстройств, обильно сопровождающих алкогольный делирий и во многом определяющих его исход. Эту точку зрения достаточно давно в качестве предположения высказывал Г. В. Морозов (1983), отмечая что «... острые алкогольные энцефалопатии встречаются намного чаще, чем принято считать, так как они остаются нераспознанными. Вместо них обычно диагностируются тяжелые делирии...». Многообразные варианты описанных в литературе ОАЭ, по нашему мнению, являются особыми или осложненными вариантами типичной ОАЭ.

УДК 616.89-02:547.262-071

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕЛОЙ ГОРЯЧКИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЗЛУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ

В. В. Задорожный, Н. П. Юрченко

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», Харьков; Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3

Ключевые слова: белая горячка, неврологические проявления, типы алкоголизма

Обследованы 277 больных с тяжелой формой белой горячки. У 182 из них имела место запойная форма злоупотребления алкоголем (I группа), у 95 — постоянная (II группа). Средний возраст больных I группы был около 43 лет, II группы — около 45 лет. У больных I группы случаи перенесенной белой горячки в анамнезе были несколько чаще. Выявлена статистически значимая разница в длительности течения психоза, у больных II группы он протекал существенно дольше. Отмечена явная тенденция к большей представленности гиперкинеза в виде тремора языка, конечностей, а также вегетативных проявлений у больных I группы. Проявления наружного офтальмопареза более выражены у больных II группы. Представленность нистагма в обеих группах оказалась равной. Достоверное различие в размерах зрачка — у больных I группы его размеры близки к средним, у больных II группы он чаще был узким. Выраженность рефлексов с конечностей у больных II группы оказалась заметно ниже. Представленность менингеального и судорожного синдромов, бессонницы, а также выраженность отека языка в сравниваемых группах достоверно не различались. У больных II группы сопутствующая полиневропатия чаще сопровождалась симптомами выпадения функций и двигательными расстройствами, а также более выражена атрофия мышц. Достоверно различается показатель больничной летальности в изученных группах: в I группе она составляет около 10 %, во II — около 30 %.

Таким образом, форма злоупотребления алкоголем оказывает влияние на патопсихологические и неврологические проявления белой горячки, сопутствующие неврологические синдромы, обуславливая существенную разницу в тяжести состояния больных и исходе заболевания.

УДК 616.89:614.279

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИТИНОВЫХ ПСИХОЗОВ ТИАПРИДОМ

А. П. Закревский, И. В. Цыба, А. Н. Кобец, Н. Е. Матеева, И. Н. Кононенко, Е. В. Медведева, Е. Г. Закревская
Донецкий областной наркологический диспансер

Ключевые слова: зависимость, психостимуляторы, психоз, тиаприд

Под наблюдением находилось 16 мужчин и 1 женщина в возрасте от 20 до 35 лет, страдающих зависимостью от первитина. В 8-ми случаях прием первитина сочетался с употреблением транквилизаторов, опиатов и алкоголя. Пациенты разделены на три группы: обследованные I группы ($n = 3$) с I стадией зависимости употребляли только первитин, II группа ($n = 11$) пациентов со II стадией зависимости состояла из 4-х пациентов, употреблявших только первитин, и 7-ми — сочетавших первитин с другими психоактивными веществами. Статус пациентов III группы ($n = 3$) расценен как III стадия зависимости. Один пациент употреблял только первитин, а два — первитин в сочетании с димедролом, транквилизаторами, алкоголем, опиоидами.

На момент госпитализации все пациенты со II и III стадией зависимости ($n = 14$) находились в состоянии отмены первитина с психотическими расстройствами. Особенностью течения психозов, вызванных сочетанием первитина с алкоголем, димедролом, транквилизаторами, опиоидами, было наличие более грубых и тяжелых психопатологических расстройств,

выраженных нарушений мышления, галлюциаторно-бредовых переживаний и грубых поведенческих нарушений в сочетании с тяжелой астенией и когнитивными нарушениями. Психопатологические проявления носили мозаичный характер, изменялись на протяжении суток.

Для коррекции абстинентных проявлений всем пациентам проводили электрохимическую детоксикацию в сочетании с лекарственной терапией. Первые два-три дня электрохимическая детоксикация назначалась дважды в день 500—600 мг/л с интервалом в 8—10 часов. В качестве антипсихотического средства использовали нейролептик тиаприд в дозе 400—1200 мг в сутки. На 4-е сутки уменьшали дозу до 400—600 мг в сутки на ночь в/м. В дальнейшем суточная доза тиаприда составляла 300—600 мг в 2—3 приема в течение 2-х месяцев.

В результате лечения у пациентов на протяжении первых двух суток купировались психомоторное возбуждение, расстройство поведения, снижалась болевая синдром. К 3-му дню терапии происходило существенное уменьшение выраженности ведущих симптомов абстиненции, а к 7-му дню удалось практически полностью купировать его основные проявления: уменьшалась тревожность, выраженность депрессивных расстройств и галлюциаторно-бредовой симптоматики. В последующие дни нормализовалось общее самочувствие больных, исчезали жалобы на слабость и повышенную утомляемость, вялость, редуцировалась эмоциональная лабильность, психический и физический дискомфорт. Эти симптомы сменялись чувством успокоенности, уверенности в себе, снижалась интенсивность влечения к первитину, происходила окончательная нормализация сна и аппетита, стабилизация основных гомеостатических параметров.

Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод об эффективности использования гипохлорита натрия и тиаприда при лечении больных с зависимостью от первитина. Проведенная терапия не только способствует быстрому купированию синдрома отмены и психотических расстройств, связанных с ним, но и позволяет сократить сроки лечения пациентов. Прием тиаприда в дозе 100—300 мг в течение 4—6-х месяцев способствует достижению полной ремиссии. Это позволяет рекомендовать использование гипохлорита натрия и тиаприда в сочетании с общепринятыми методиками для лечения зависимости, обусловленной злоупотреблением психостимуляторами.

УДК 616.89-008.441.13-053.9:614.273

АКТОВЕГИН В СТАНОВЛЕНИИ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ

*А. П. Закревский, И. В. Цыба, А. Н. Кобец,
И. Н. Кононенко, Е. В. Медведева, Н. Е. Матеева
Донецкий областной наркологический диспансер*

Ключевые слова: зависимость, алкоголь, когнитивные расстройства

Под наблюдением находилось 15 больных в возрасте от 53 до 70 лет с синдромом зависимости от алкоголя в стадии ремиссии в среднем $2,1 \pm 1,2$ года. Основанием для обращения за помощью были жалобы на забывчивость и различные проявления астении, которые характеризовались большими как трудности запоминания или припоминания, утрата естественной легкости в подборе слов, «как будто что-то застопорилось», рассеянность, замедление сообразительности, «стало непросто собраться с мыслями», вспомнить о недавних намерениях, особенно при отвлечении внимания, но, как отмечали пациенты, они в последующем могли спонтанно припомнить необходимое, частые или постоянные головные боли, иногда только в одной половине головы, но чаще без четкой локализации, либо тяжесть в голове, «стягивание обручем» или «давление на

глаза, на уши», постоянный «звон» в ушах, шум, «гул» в голове, нарушения сна.

Пациенты отмечали появление слезливой обидчивости или обостренной чувствительности. Неустойчивость настроения характеризовалась легкостью возникновения реакций раздражения, нетерпения. Склонность к пессимистической оценке обыденных явлений и жизненных событий могла сочетаться с наплывом немотивированной тревоги и утрированного беспокойства. Содержание тревожных опасений зачастую определяло появление забывчивости, сосредоточенности на заболевании в целом или отдельных нарушениях. Пациенты отмечали периодически возникающее компульсивное влечение к спиртному, мотивируя это стремлением «внести ясность в память». В психическом состоянии отмечались проявления брадипсихизма с замедленностью темпа мышления и речи, трудности концентрации внимания, его неустойчивость и истощаемость, что отчетливо обнаруживалось при тестировании и проявлялось трудностями удержания программы деятельности, отвлекаемостью, забыванием задания, замедленным темпом выполнения. При этом пациенты охотно соглашались пройти тестирование, а замечая свои ошибки или при указании на недочеты, сокращались или грустно иронизировали по поводу ослабления памяти или сообразительности.

Для купирования указанных расстройств нами применялся антигипоксикант Актотегин в дозе 200 мг (5 мл) в/м 1 раз в сутки в течение 30 дней. Положительная динамика отмечалась уже к 15-му дню лечения в виде уменьшения выраженности головных болей, головокружений, исчезновения шаткости походки, снижения тягостного ощущения шума в голове. Улучшался ночной сон, уменьшалась утомляемость и тревожность, возрастала активность и работоспособность.

Положительная динамика отмечалась и относительно когнитивного функционирования в виде улучшения концентрации внимания и уменьшения заторможенности. Ускорение темпа психической деятельности проявлялось в более быстрых ответах на вопросы, улучшении темпа деятельности при выполнении тестовых заданий. Возрастала активность и инициативность в беседе и общении, восстанавливалась повседневная деятельность, в спонтанной речи исчезали запинки и паузы, отмечалось увеличение объема запоминания.

Таким образом, применение курсового лечения Актотегином оказалось эффективным при лечении расстройств памяти, когнитивных функций церебрально-сосудистого характера у больных пожилого возраста с зависимостью от алкоголя, находящихся в состоянии ремиссии. Актотегин положительно воздействует на общее клиническое состояние и когнитивное функционирование пациентов: ассоциативное мышление, различные компоненты мнестической функции, а также на динамический праксис и произвольную регуляцию праксиса, зрительно-пространственную деятельность. Актотегин уменьшает выраженность депрессивных проявлений.

УДК 616.89-02:547.262

МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОЦІНКИ СТАТУСУ ХВОРИХ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ В ГОСТРОМУ ПСИХОТИЧНОМУ СТАНІ

*В. Н. Кузьмінюв, О. О. Шульга
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України», м. Харків*

Ключові слова: оцінка, алкогольна залежність, стан

Маньян В. (1874) стверджував, що важко назвати неврологічний синдром, який не спостерігається при алкоголізмі. У той же час існує думка, що той, хто знає алкоголізм, той знає психіатрію, що обумовлено різноманітністю психічних порушень у хворих із алкогольною залежністю.