

К. Д. Гапонов

КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер» (м. Харків)

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ В УМОВАХ ЇЇ СУЧАСНОГО ПАТОМОРФОЗУ

Мета роботи — з позицій біопсихосоціального підходу до вивчення сучасного патоморфозу алкогольної залежності (АЗ) розробити диференційовану систему лікувально-реабілітаційного супроводу даної категорії хворих.

На першому етапі з метою встановлення та ідентифікації змістовного наповнення феномену патоморфозу АЗ проведено ретроспективний аналіз 300 історій хвороби пацієнтів з АЗ, що проходили лікування у 1990, 2000 та 2010 рр. на базі КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер» (м. Харків). На другому етапі роботи для встановлення особливостей клінічного аранжування перебігу АЗ в умовах її сучасного патоморфозу, а також його соціальних та психологічних предикторів, за умови інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики та деонтології, на базі Харківського обласного наркологічного диспансеру було обстежено 120 чоловіків, хворих на АЗ, з діагнозом F 10.24 (основна група). Тривалість АЗ до 3-х років була притаманна 35 особам (29,2 ± 4,5 %), від 4 до 5 років — 45 пацієнтам (37,5 ± 4,8 %), від 6 до 9 років — 40 хворим (33,3 ± 4,7 %). Групу порівняння склали 50 практично здорових чоловіків. На третьому етапі роботи для визначення ефективності розроблених лікувально-реабілітаційних заходів основну групу було поділено на дві підгрупи: терапевтичну, пацієнти якої брали участь у заходах, розроблених за результатами власних досліджень — 64 особи, та контрольну — 56 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію.

Дослідженням підтверджено існування феномену патоморфозу АЗ на сучасному етапі, ідентифіковано його змістовне наповнення та виділено його психосоціальну, клінічну та терапевтичну форми, які можуть існувати окремо, або переходити одна в другу, обумовлюючи обтяження медико-соціальних наслідків АЗ.

Встановлена специфічність клініко-психопатологічних та соціальних особливостей АЗ, які систематизовані як індикатори вираженості шкідливих наслідків АЗ, що об'єднані в кластери ознак в аспекті оптимізації її комплексного лікування: мінімальні, виражені та тяжкі шкідливі наслідки ($p < 0,01$). Доведена необхідність їх визначення як критерію диференціації вибору змісту та обсягу заходів лікувально-реабілітаційного супроводу хворих з АЗ, в залежності від тяжкості шкідливих наслідків алкогольної хвороби.

Визначені особливості здатності сприйняття соціальної підтримки в осіб з залежністю від алкоголю. Основними факторами впливу на процес сприйняття соціальної підтримки виділені компрометація емоційно-вольових властивостей особистості та низька комунікаційно-емоційна компетентність, які складають особистісний ресурс сприйняття соціальної підтримки, а також негативна динаміка вищезазначеного феномену у хворих на АЗ із прогресуванням захворювання ($p < 0,01$).

На основі аналізу та узагальнення отриманих даних розроблено алгоритм оцінки реабілітаційного потенціалу (РП) хворого на АЗ як критерію диференціації обсягу і змісту заходів лікувально-реабілітаційного супроводу — інтегрального показника, що містить стандартизовану оцінку психосоціального, клінічного та терапевтичного ресурсів хворого.

Науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено в клінічну практику систему лікувально-реабілітаційного супроводу, що складається зі стаціонарного та амбулаторного етапів лікування, обсяг і зміст заходів яких диференційовані в залежності від РП хворого.

Впровадження даної системи із визначенням змін у клінічній, психосоціальній та особистісній/міжособистісній сферах життя пацієнтів довело її ефективність порівняно з заходами регламентованої терапії ($p < 0,01$).

В. В. Гегешко

ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (г. Харків)

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ

Цель данной работы — установить характерные особенности формирования и течения синдрома отмены алкоголя с впервые возникшим делирием.

В условиях стационара проведено сравнительное исследование 120 мужчин в возрасте 20—60 лет, из них — 60 человек с синдромом отмены алкоголя с первым психотическим эпизодом (СОА с делирием) и 60 человек — с неосложненным синдромом отмены алкоголя (СОА без делирия).

Методы: клиничко-психопатологический метод, с использованием оценки зависимости и синдрома отмены по МКБ-10; выявление устойчивых психологических характеристик (тест-опросник Айзенка); оценка тяжести алкогольной зависимости (шкала SADQ-C T. Stockwell et al.); оценка тяжести синдрома отмены алкоголя (CIWA-Ar); оценка тяжести синдрома отмены алкоголя с делирием (DRS); статистические методы.

Установлено, что пациенты с первичным СОА с делирием достоверно отличаются от пациентов с СОА без делирия более высокой месячной толерантностью ($248,47 \pm 30,47$ СДА против $150,45 \pm 26,62$ СДА); наличием бессонницы ($2,63 \pm 0,14$ дней против $1,55 \pm 0,08$ дней, большим количеством дней воздержания от употребления алкоголя перед госпитализацией ($2,98 \pm 0,16$ дней против $1,63 \pm 0,08$), меньшим числом предыдущих госпитализаций ($1,28 \pm 0,33$ против $2,48 \pm 0,40$).

Кроме того, показано, что пациенты с СОА с делирием достоверно отличаются от пациентов с СОА без делирия общей тяжестью своего состояния при госпитализации ($1,55 \pm 0,06$ балла против $1,08 \pm 0,04$); продолжительностью воздержания от употребления алкоголя накануне госпитализации ($3,02 \pm 0,17$ дней против $1,62 \pm 0,08$); сниженным мышечным тонусом ($0,07 \pm 0,12$ балла против $0,68 \pm 0,09$); температурой тела — ($36,68 \pm 0,03$)°C против ($36,61 \pm 0,02$)°C.

Оценка выраженности проявлений синдрома отмены алкоголя по шкале CIWA-ar показала достоверно более высокую выраженность следующих симптомов: тошнота или рвота ($1,82 \pm 0,18$ балла против $2,42 \pm 0,12$); тактильные расстройства ($3,47 \pm 0,21$ балла против $0,44 \pm 0,10$); зрительные расстройства ($4,20 \pm 0,09$ балла против $0,37 \pm 0,09$); слуховые расстройства ($4,15 \pm 0,14$ балла против $0,02 \pm 0,02$); пароксизмальный пот ($4,30 \pm 0,13$ балла против $3,87 \pm 0,10$); дезориентация и помутнение сознания ($2,33 \pm 0,12$ балла против $0,58 \pm 0,08$); головная боль, тяжесть в голове ($3,18 \pm 0,20$ балла против $3,87 \pm 0,17$); возбуждение ($4,50 \pm 0,12$ балла против $3,78 \pm 0,10$); выраженность синдрома отмены в целом ($36,08 \pm 0,69$ балла против $23,17 \pm 0,45$).

Оценка выраженности проявлений синдрома отмены с делирием по шкале DRS показала наличие достоверных различий по следующим основным симптомам: расстройства восприятия ($2,77 \pm 0,07$ балла против $0,00 \pm 0,00$ балла; галлюцинации ($2,18 \pm 0,06$ против $0,00 \pm 0,00$); бред ($1,48 \pm 0,19$ против $0,03 \pm 0,03$); психомоторное возбуждение ($2,00 \pm 0,07$ против $1,22 \pm 0,09$); лабильность психики (настроения) ($1,12 \pm 0,07$ против $0,70 \pm 0,08$); смена симптомов ($1,00 \pm 0,00$ против $1,30 \pm 0,10$); DRS в целом ($15,48 \pm 0,30$ балла против $5,37 \pm 0,22$ балла).

Результаты, полученные с помощью теста-опросника Айзенка показали, что пациенты с СОА с делирием достоверно менее лживы, чем пациенты с СОА без делирия ($3,65 \pm 0,21$ против $12,68 \pm 0,18$), также у них достоверно ниже показатели экстраверсии ($10,40 \pm 0,34$ против $33,83 \pm 0,36$) и нейротизма ($15,38 \pm 0,47$ против $33,15 \pm 0,41$).

Задорожный В. В.

ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (г. Харків)

МИАСТЕНОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНЫМ ДЕЛИРИЕМ

Со времен Маньяна получило признание, что алкогольная патология необыкновенно разнообразна и может имитировать многие другие заболевания. Один из классиков отечественной психоневрологии — Г. Я. Лукачер (1976) провел своеобразную «инвентаризацию» неврологических проявлений при алкоголизме, и описал 10 различных синдромов, в том числе гипоталамический, псевдотабетический, ликворно-гипертензионный, синдром рассеянного энцефаломиелита и другие. Указаний на наличие у таких больных симптомов, сходных с миастенией, в доступной литературе мы не выявили.

При неврологическом осмотре больных в острейшем периоде алкогольного делирия мы обратили внимание на наличие своеобразной симптоматики, весьма сходной с таковой при «глазной» форме *myasthenia gravis*. По мере движений глазных яблок вслед за неврологическим молоточком происходит

постепенное опускание век вплоть до полного закрытия глазной щели. После непродолжительного отдыха больной может открыть глаза, но при повторном проведении данной пробы ситуация повторяется. Первоначальное предположение о том, что это связано с психическим состоянием пациентов (кратким временем привлечения активного внимания, астенией, сонливостью), было нами отвергнуто, поскольку они были достаточно стеничны, чтобы выполнять другие, достаточно сложные инструкции и действия.

Нами обследовано 585 больных в острейшем периоде алкогольного делирия. Все больные были мужчины в возрасте от 20 до 72 лет. Больных с указанной симптоматикой среди них оказалось 40 человек (6,8 %, I группа). Их мы сравнивали с пациентами, у которых отмечалось полное открытие глазной щели (321 человек, II группа), и больными с умеренно выраженным постоянным птозом (224 пациента, III группа).

Мы попытались выявить другие клинические и лабораторные особенности, характерные для I группы больных. Оказалось, что пациенты с миастеноподобным синдромом являются достоверно более молодыми людьми, чем те, у которых эти проявления не наблюдаются (соответственно 35 ± 4 и 46 ± 2 года). Также у них достоверно короче стаж алкоголизации до развития психоза, что указывает на высокую прогрессивность алкоголизма. Делирий у них чаще, чем в других группах, развивался без отмены алкоголя. В случаях отмены алкоголя период абстиненции до развития психоза у них также был заметно короче. Эти люди были атлетического сложения, с хорошо развитой мускулатурой. Признаки хронической алкогольной миопатии у них выявлялись достоверно реже, чем у остальных пациентов. Размеры зрачка совпадали с таковыми у лиц с постоянным птозом и были достоверно меньшими, чем у лиц с полным открытием глазной щели. Проявления наружного офтальмопареза были умеренными и достоверно менее выраженными, чем, например, у больных с признаками частичного птоза век. Выраженность нистагма была такой же, как у лиц с полным открытием глазной щели и достоверно выше, чем у пациентов с постоянным птозом. Зато косоглазие выявлялось существенно чаще. Выявлены также некоторые биохимические особенности (статистически значимое относительное повышение уровня глюкозы крови, ферментов — АЛТ, АСТ, амилазы крови, — по сравнению с группами сравнения). Летальность у этих больных достоверно ниже, чем в группах сравнения.

Можно заключить, что лица с миастеноподобным синдромом среди больных с алкогольным делирием образуют когорту с вполне характерными проявлениями. В будущем предстоит выяснить, связаны ли эти неврологические особенности с нарушениями нервно-мышечной передачи или формируются с участием иных механизмов.

УДК 616.89-008.441.13:616.1/4-06

Задорожный В. В.*, Юрченко Н. П.**

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков), Харьковская областная психиатрическая больница № 3***

ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В РАЗВИТИИ СОМАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ДЕЛИРИЕМ

Соматические осложнения у больных тяжелым алкогольным делирием (ТАД) весьма часты. Они манифестируют обычно с 3 — 4 дня психотического периода и нередко отражают возникновение синдрома полиорганной недостаточности. Значение изменений сосудистой системы внутренних органов, особенно ее эндотелия, при этой патологии изучено недостаточно.

Несмотря на наличие современных биохимических маркеров эндотелиальной дисфункции, сохраняет свое значение баночная проба на эндотелиоз, предложенная проф. В. А. Вальдманом в 1949 г. Она выполняется путем создания с помощью медицинской банки пониженного давления на ограниченном участке кожи с последующим определением содержания моноцитов в крови, взятой с этого участка. При положительной пробе число моноцитов после такого локального воздействия значительно возрастает.

Нами обследовано 43 больных в острейшем периоде ТАД. В 1—2-е сутки психотического периода, когда соматическая патология у них еще не выявлялась, проводили баночную пробу. Подсчитывали число моноцитов в процентах от общего

количества лейкоцитов. Данные о числе моноцитов обрабатывали статистически. Проба учитывалась как положительная при достоверном различии числа клеток в сравниваемых группах. Ретроспективно сопоставляли результаты пробы и возникшие соматические осложнения.

У 13 больных в дальнейшем возникла пневмония. У них статистически значимого различия числа моноцитов до и после пробы Вальдмана не было (соответственно $7,4 \pm 0,6$ % и $9 \pm 3,5$ % клеток) — проба была отрицательной. В группе лиц, у которых пневмония впоследствии не развилась, отмечалось достоверное повышение числа моноцитов в анализе крови после локального гипобарического воздействия ($7,0 \pm 0,2$ % до $13 \pm 1,5$ % клеток — положительная баночная проба).

У 11 больных имел место острый панкреатит. Проба была положительной в той группе пациентов, у которых впоследствии его не наблюдалось (число моноцитов до и после пробы соответственно $7,0 \pm 0,2$ % и $12,5 \pm 1,5$ %), а отрицательная проба (число клеток соответственно $7,7 \pm 0,8$ % и $10,0 \pm 3,8$ %) была предвестником возникновения острого панкреатита.

У 10 из обследованных больных развились явления острой почечной недостаточности (ОПН) с азотемией. В группе лиц без ОПН проба Вальдмана была положительна (число моноцитов после пробы возросло с $7,1 \pm 0,3$ % до $13,0 \pm 2,0$ %), а развитию ОПН предшествовал отрицательный результат пробы (число клеток соответственно $7,3 \pm 0,6$ % и $8,0 \pm 4,0$ %).

У 20 больных по клиническим данным и результатам биохимических проб диагностирован острый алкогольный гепатоз. Число моноцитов у лиц с гепатозом до пробы было $7,2 \pm 0,4$ %, а у тех, где его не было — $7,2 \pm 0,3$ %. После баночной пробы у больных без гепатоза число моноцитов составило $11,5 \pm 3,0$ %, а у пациентов с этой патологией — $11,0 \pm 2,5$ %. Баночная проба оказалась положительной у обеих категорий пациентов.

Таким образом, для большинства изученных вариантов соматической патологии при ТАД (острой пневмонии, ОПН и острого панкреатита) характерно развитие на фоне отрицательной пробы Вальдмана, т. е. при сниженной способности эндотелия к трансформации в моноциты. Для острого алкогольного гепатоза этой особенности не отмечается, что можно трактовать как указание на иные, невоспалительные механизмы его развития. Можно заключить, что при ТАД сохранность функций эндотелия играет важную роль в предохранении от возникновения соматической патологии и развития синдрома полиорганной недостаточности.

УДК 613.84:547.262-06

А. П. Закревский

Донецкий областной наркологический диспансер

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЯ ПИВА НА ОРГАНЫ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Рассматривая стоматологические проблемы в связи с курением и употреблением пива, следует подчеркнуть, что еще в прошлом веке врачи отмечали неблагоприятное воздействие табачного дыма и пива на состояние зубов и других органов полости рта.

Известно, что под влиянием употребления пива и курения трескается зубная эмаль, форсируется развитие кариеса зубов. Также запах изо рта при употреблении пива и курении табака нередко связан с наличием кариозных зубов, гингивитов, стоматитов, фарингитов, плохим гигиеническим состоянием ротовой полости. В основе патогенного механизма развития этих расстройств лежит повреждающее действие смол, температур, повреждение тканей оксидом углерода и другими ядовитыми соединениями, а также постоянные спазмы сосудов.

Существует определенная связь между частотой гингивитов и употреблением табака и пива, что играет роль вторичного этиологического фактора в развитии этого заболевания (это относится также и к поражению альвеолярной кости). У курящих лиц, употребляющих пиво, чаще наблюдаются заболевания пародонта, в том числе тяжелые (лейкоплакия). У них также отмечается большая частота кариозных зубов по сравнению с некурящими и не употребляющими пиво. Также чаще наблюдается стоматит, ограничение функции лейкоцитов полости рта. Наконец, курение и употребление пива вызывает изменение в слюне и увеличение ее отделения, резкое снижение окислительно-восстановительного потенциала, небольшое увеличение pH слюны. Клиническое значение этих факторов требует дальнейшего изучения.