

Расширенная клиническая оценка состояния наркологических больных

ДАРЕНСКИЙ И.Д.

д.м.н., профессор кафедры наркологии ФПО ММА, Москва

Обследование наркологических больных в ранний постабстинентный период показало наличие у них симптомов острой и подострой церебрастении в виде гипозергических астенических расстройств: астенического снижения уровня сознания, своеобразных явлений дереализации и деперсонализации, эмоциональных астенических расстройств. Негативные расстройства проявлялись также преходящими психоорганическими расстройствами, редукцией энергетического потенциала, гриппоподобным состоянием с проявлениями эндокринных и иммунологических нарушений. Позитивные расстройства состояли в нарушениях мышления, кинетических расстройствах, непосредственно наркотическом поведении и гиперкомпенсаторных расстройствах.

Обращает на себя внимание преимущественная специфичность симптомов для токсикологической практики и пограничных нервно-психических заболеваний по сравнению с иными психиатрическими заболеваниями. Безусловно, они не тождественны симптоматике хронических отравлений и пограничных нервно-психических заболеваний и не только являются менее выраженными, но и имеют яркое клиническое отличие. Клиническое своеобразие и большая частота встречаемости свидетельствуют о специфичности этих симптомов для указанного периода.

Обычно в литературе эти расстройства не выделялись как типичные для абстинентных и постабстинентных состояний и не принимались в расчет при оценке состояния и назначении лечения. Высокая специфичность позволяет использовать указанные симптомы для выбора и оценки лечения. Прежде всего, это относится к средствам лечения патогенетического, гомеостатического действия, а не симптоматического. В частности, это касается таких терапевтических средств, как иммуномодуляторы.

Диагностика клинической картины заболевания тем успешнее и точнее, чем больше привлекается симптомов для анализа состояния наркологического больного; вместе с тем, оно в постабстинентном периоде расценивается как бедное симптомами. При оценке наблюдаемых расстройств используются клинические понятия, заимствованные из смежных нозологий и, естественно, обладающие малой наркологической специфичностью.

Квалификация состояния наркологических больных обычно осуществляется с привлечением специфических симптомов в отношении другого типа патологии. Например, для этого привлекаются соматовегетативные расстройства и симптомы, используемые в психиатрии, неврологии и токсикологии. При этом, как правило, не указывается их нозологическая специфичность в наркологии. В настоящее время соматовегетативные расстройства у наркологических больных встречаются редко, протекают с незначительной выраженностью и короткое время, как, например, у больных героиновой наркоманией [22]. Кроме этого, соматовегетативные расстройства не могут служить ориентиром в лечении психотропными средствами. Что касается психиатрических симптомов, то они не типичны для наркологических заболеваний.

При лечении больных в период лишения психоактивных веществ (ПАВ), когда их состояние не позволяет привлекать известные психиатрические симптомы, наркологи сталкиваются с проблемой клинической оценки меняющегося состояния больных. При отсутствии симптомов, принятых при иных нозологических формах, диагностика заболевания и фазы его течения, а также подбор лечения в наркологии затрудняются.

Проблему оценки состояния больных с малой и слабо выраженной клинической симптоматикой пытаются решить привлечением клинических психологов и проведением патопсихологических исследований. К этому же подходу относятся и функциональные пробы. Экспериментальное исследование проводится с целью раскрытия

состояния психических функций больных и направления произошедших изменений. Но патопсихологические исследования и функциональные пробы не могут заменить клинические наблюдения, во-первых, ввиду организационных и экономических препятствий для сплошного обследования больных; во-вторых, из-за недоступности для обследования наркологических больных при острых состояниях; и, в-третьих, ввиду преждевременности психологической оценки состояния больного, не достигшего клинической компенсации, а, следовательно, необходимости ее достижения и выбора фармакотерапии по клиническим признакам.

Выходом из сложившейся ситуации являются поиск симптомов, специфичных для состояния наркологических больных, и определение наркологической специфики симптомов, традиционных для других нозологий. Повышение дифференцированности лечения наркологических больных возможно при расширении круга анализируемых симптомов, выделении специфических симптомов и уточнении их специфичности.

Вместе с тем, высокая специфичность приписывается преимущественно клинико-нозологическим, стадийным симптомам, в то время как фазные, т. е. преходящие симптомы, характеризующие ситуативное состояние больных, как правило, не наделяются такой специфичностью. Существующие сугубо наркологические клинические понятия относятся к глобальной оценке состояния больных, например *патологическое влечение к алкоголю, опьянение* и т. д. Очевидно, что эти понятия включают целый ряд разнородных синдромов и не могут привлекаться для тонкой квалификации состояния больных.

Представления об устойчивых нозологических расстройствах не позволяют оценивать постоянно меняющееся состояние наркологических больных [17]. Часто представление о неизменности расстройств не соответствует действительности и создает дополнительные трудности диагностики. Так, остается нерешенным вопрос о крити-

ке наркологических больных к своему заболеванию. Больной меняет свое представление о заболевании. Это объясняет непонятный, на первый взгляд, механизм рецидива, когда больной, до того совершенно уверенный в невозможности употребления алкоголя, вдруг допускает такую возможность и не видит опасности рецидива.

Представление о преходящем характере расстройств позволяет по-новому взглянуть на симптоматику заболеваний и их динамику, в частности и на последний упомянутый феномен преходящей критики к заболеванию. Большее диагностическое значение имеет динамика этих расстройств или появление у пациента расстройств, ранее не обнаруживаемых.

Цель данного исследования состояла в определении наиболее типичных для наркологических больных расстройств, которые бы встречались у большинства больных, для расширения круга типичных расстройств и увеличения возможности дифференцированного терапевтического подбора.

Материал и методы

Проведено обследование 500 больных, страдающих такими наркологическими заболеваниями, как алкогольная и героиновая зависимость, и не имеющих сопутствующих заболеваний и признаков тяжелого течения основного заболевания.

Больные лечились стационарно в клинике НИИ наркологии в период 1996–2002 гг. Лечение проводилось по общепринятым нормативам оказания помощи наркологическим больным [18].

В работе использовался клинический метод исследования с регистрацией всех имевших место клинических проявлений, которые наблюдались в ранний период лишения ПАВ и были преходящими, т. е. исчезающими самостоятельно или в процессе лечения по миновании указанного периода болезни. Далее проводился статистический анализ с выделением наиболее типичных признаков болезни.

Результаты

По нашим наблюдениям, у основной массы наркологических больных часто встречаются симптомы, приведенные в таблице. Указана максимальная распространенность симптомов в процентах в различные фазы течения наркологических заболеваний, независимо от того, в какой фазе они преимущественно наблюдаются.

Таблица

Перечень преходящих фазных симптомов, специфичных для наркологических заболеваний

Название симптома	Распространенность (в процентах)
НЕГАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	
Острая и подострая церебрастения	
Гипоэргические расстройства	100
Астеническое снижение уровня сознания:	100
сужение актуальных тем	100
грезоподобное состояние	57
идеаторные затруднения и учащение моторных ошибок	100

Название симптома	Распространенность (в процентах)
замедление субъективного времени	95
сенсорная депривация (см. нейролепсия)	74
снижение бдительности	85
обнуляция	63
Астеническая гиперестезия:	
психическая интолерантность	100
фармакологическая интолерантность	85
сенсорная гиперестезия	46
повышенная реактивность (психическая и биологическая)	85
гетерономия	100
Гиперэргические астенические расстройства:	25
раздражительность	78
непереносимость ожидания	85
“усталость, не знающая покоя”	45
асомния с затруднением засыпания и поверхностным сном	100
Психоорганические расстройства:	100
слабость суждений	100
стратегия изменения поведения	75
Редукция энергетического потенциала:	86
анергия	86
олигокинезия	86
изменение тонкой моторики	95
Эмоциональные астенические расстройства:	
астенические эмоции	90
ангедония	47
алекситимия	27 !
эмоциональная депривация	79
Гриппоподобное состояние с проявлениями эндокринных и иммунологических нарушений:	
общее недомогание	100
отсутствие или снижение либидо	69
гнойные заболевания	64
пленка на губах больного	15 !
кишечная деконтаминация	85
Ятрогении:	
побочный холиномиметический эффект лекарств	94
лекарственная депривация, нейролепсия (см. сенсорная депривация)	100
ПРОДУКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	
Нарушения мышления:	
диссоциативные расстройства	96
гиперболизация случайности	90
истинная анозогнозия	87

Название симптома	Распространенность (в процентах)
интрапсихическая ориентация переживаний	99
эгоцентричность переживаний	79
элективный интерес к окружающему	56
деперсонализация	100
Поведенческие, кинетические расстройства:	
стремление к отвлекающему шуму	89
акатизия, таксикинезия	80
потеря цели действия	
эйфория и гиперкинезия	53
враждебность	65
истерические поведенческие расстройства	100
пуэрилизм	35
Наркотическое поведение:	
“патологическое влечение к алкоголю или наркотику”	100
сновидения наркотического содержания	54
потеря контроля над поведением при виде наркотика	98
поиски наркотика	99
игло-, шприцемания	85
Гиперкомпенсаторные расстройства:	
ипохондрическое поведение	90
проявления реконвалесценции	100

Нарушения, симптомы которых приведены, относятся ко всем сферам психической деятельности в виде изменений сознания, мышления, речедвигательной активности, волевых изменений, эмоций, памяти и внимания. Выявленные симптомы разделены на рубрики, имеющие название синдрома или состояния, в рамках которых симптомы развиваются. Таким образом, симптомы объединены в своеобразные шкалы. Указанные синдромы не полностью раскрыты и приведены только типичные для состояния наркологических больных. Тем самым отражена специфика указанных синдромов при наркологических заболеваниях. В свою очередь, приведенные расстройства представляют только фрагмент типичных для наркологических больных симптомов.

Симптомы — преходящие негативные и позитивные, продуктивные расстройства. Негативные симптомы традиционно классифицируются по механизму возникновения, поэтому из-за очевидности механизма, негативные расстройства имеют известный патогенез, а стало быть, нозоспецифичны. Ввиду недостаточной изученности механизма возникновения позитивных симптомов, о котором известно, что он имеет компенсаторную природу, сходную с реакцией личности на изменение самочувствия и недомогания, они классифицируются по сфере проявлений.

В данной статье нет подробного анализа подразделения на вторичные и первичные. Некоторые из вновь выделенных симптомов имеют известные названия, однако не соответствуют всецело содержанию расстройств, тра-

диционно понимаемых под этими названиями. Это сделано во избежание возникновения и умножения числа нозологизмов, которые при цитировании без подробного описания их проявления будут неизбежно объединены другими авторами с расстройствами, которые они напоминают. Поэтому на данном этапе наших знаний о природе расстройств можно представлять выделенные симптомы как варианты известных со спецификой, внесенной наркологическими заболеваниями.

Дискуссия

Выделенные нами симптомы в печати не упоминаются при проведении клинического исследования наркологических больных и испытания лекарств при лечении этих больных. Проблема устранения этих симптомов не стоит среди терапевтических задач и не рассматривается в рамках патогенетического лечения.

Вместе с тем, они являются наиболее типичными для наркологических больных прежде всего по частоте, с которой встречаются, т.к. они наблюдаются у основной массы больных. Распространенность симптомов среди наркологических больных является критерием их типичности для наркологических заболеваний. Следует признать частоту встречаемости выделенных симптомов достаточно высокой, чтобы рассматривать их как типичные для наркологических заболеваний и принимать в расчет при оценке состояния больных.

О нозологической специфичности приведенных клинических симптомов позволяют говорить также их специфика и яркое своеобразие, соответствие облигатным механизмам проявления ранних постинтоксикационных фаз и в целом определяют общее состояние наркологических больных [11; 12]. Отмечается их сопряженность с общей динамикой основного состояния, указывающая клинико-нозологический и фазно-терапевтический прогноз.

Из обнаруженных нами на практике некоторые симптомы ранее не выделялись в наркологии и не свойственны психиатрической практике, редко встречаясь в таком виде у больных с психиатрическими заболеваниями. В то же время просматривается некоторая параллель между состоянием наркологических больных в ранний постинтоксикационный период и состоянием инфекционных больных в период реконвалесценции [21], а также симптомами, свойственными токсикологической практике [20]. Состояние наркологических больных занимает смежное положение и по определению требует решения как психиатрических, так и токсикологических проблем. Случаи наркологических заболеваний с отчетливой психиатрической симптоматикой, по-видимому, относятся к двойным заболеваниям с наличием пре- или коморбидного психиатрического заболевания. Психиатрические симптомы у наркологических больных, по-видимому, свидетельствуют о наличии интеркуррентного психического заболевания (процессуального, пограничного, острого и подострого энцефалопатического психоза и т. д.). Состояние наркологических больных по клиническому содержанию расстройств преимущественно относятся к экзогенному типу реакций в рамках проявлений токсической церебрастении.

Из перечня приведенных расстройств очевидно, что состояние наркологических больных в период лишения ПАВ определяется преимущественно пограничными нервно-психическими расстройствами. Они принадлежат таким синдромам, как астенический, психоорганический и редукции психического энергетического потенциала.

Клиническая картина наркологических заболеваний в ранний постинтоксикационный период преимущественно определяется динамикой астенического синдрома, точнее, церебрастении, причем разными вариантами астенических расстройств. Известны, в частности, распространенность и специфика отдельных астенических симптомов в фазы алкоголизма [10, 19]. Астено-депрессивные и апатические состояния, явления раздражительной слабости наблюдаются в фазы абстиненции, ранней постинтоксикации и предрецидива (76%). В фазы становления и плато ремиссии алкоголизма встречаются преимущественно астеновегетативные расстройства (51%). С этих позиций могут быть проведены типология и описание клинических форм отдельных фаз течения наркологического заболевания как вариантов астенического синдрома с учетом преморбидного характерологического радикала. Наличие в клинической картине заболевания более грубых, чем астенические, расстройств, таких, как психотические, аффективные и т. д., свидетельствует о тяжелом, чаще осложненном, течении алкоголизма или наличии интеркуррентного заболевания.

Планирование качества и объема наркологической помощи, уточнение перечня лекарственных средств нуждаются в ясном представлении о спектре больных или клиническом содержании расстройств, с которыми поступят больные [7]. Поэтому уточнение клинических критериев оценки состояния с выделением и использованием описанных симптомов при изучении наркологических больных имеет большое научное и практическое значение, особенно в диагностике, прогнозе, выборе лечения и оценке его результатов. Необходимость расширения круга учитываемых типичных симптомов актуальна, в частности, в подборе и оценке терапии больных.

Оценить терапевтическую динамику и эффективность действия лекарств можно по адекватным критериям оценки. Критерии должны быть адекватны, с одной стороны, патогенезу и механизму действия лечебной процедуры, а, с другой, — конечной цели оценки. В данном случае цель лечения наркологических больных состоит в клинической компенсации и устранении психопатологических расстройств. Поэтому клиническая оценка состояния наркологических больных позволяет создать инструмент выбора лечения и оценки действия медикаментов. В частности, оценивание иммуномодуляторов выполняется по степени преодоления клинических признаков иммунодефицитного состояния.

Прежде всего, это касается поисков клинических коррелятов изменения иммунитета у наркологических больных. Получены данные об особенностях клеточного и гуморального иммунитета у больных алкоголизмом в абстинентном состоянии и в ремиссии [2; 3]. Нарушения в системе клеточного иммунитета у больных алкоголизмом могут корректироваться с помощью иммуномодулятора тактивина за счет его иммунологического и нейротропного эффекта [1; 4].

Однако назначение средств нормализации иммунитета до настоящего времени рассматривается как второстепенная задача, как устранение осложнений. Только сейчас обсуждаются применение иммуномодулятора тактивина при лечении больных алкоголизмом как патогенетическое лечение специфических наркологических расстройств в ранний постинтоксикационный период [8; 9; 14, 15] и способ предупреждения рецидивов алкоголизма [16].

Прежде всего, необходимы установление клинических показаний и оценка клинического эффекта использования иммуномодулятора тактивина в наркологии у боль-

ных алкоголизмом в период лишения алкоголя [13] и клинико-иммунологической эффективности его применения у больных героиновой наркоманией [5; 6].

Пограничный и преходящий характер расстройств позволяет использовать указанные симптомы не только в наркологии, но и в валеологии при оценке вне болезненных нозологических состояний.

Приведены не все возможные симптомы, специфичные для указанных синдромов, но и они позволяют повысить критерии дифференцированности в оценке состояния больных. В будущем возможно дополнение этих шкал новыми симптомами, не указанными здесь. Проводится работа, позволяющая указать признаки и критерии выявления специфических симптомов и “вакантные” места в структуре синдрома, которые в будущем займут не отмеченные в данной статье симптомы.

В таком составе указанные симптомы позволяют изменить ситуацию в диагностике состояний наркологических больных. Допустима ситуация, когда распознаны не все имеющиеся симптомы или они отсутствуют у отдельных больных, хотя типичны для таких состояний в целом. Дело в том, что, во-первых, не всегда синдром проявляется типичным набором симптомов, во-вторых, терапевтическая схема все равно ориентирована на синдром, а не симптом. Поэтому диагностика синдрома позволяет избежать необходимости изыскания всего перечня симптомов.

Заключение

Рассматривается необычная нозологическая принадлежность симптомов, которые ранее не описывались при наркологическом заболевании или рассматривались как редкие, факультативные проявления. При этом подчеркивается их нетрадиционное клиническое содержание, делающее их необычным вариантом известных симптомов. Подобные симптомы преимущественно характерны для токсикологической практики и пограничных нервно-психических заболеваний. Своеобразие симптоматологии наркологических заболеваний демонстрирует отличие ее от проявлений иных психиатрических заболеваний. Выделение симптомов с высокой специфичностью для наркологических заболеваний повышает разрешающие возможности клинического анализа в наркологии и позволяет повысить дифференцированность в оценке состояния больных и подборе терапии больных.

Список литературы

1. Гамалея Н.Б., Даренский И.Д. и соавт. Иммунологический и нейротропный эффекты тактивина при лечении больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1994. — № 1. — С. 54—59.
2. Гамалея Н.Б., Даренский И.Д. и соавт. Особенности клеточного и гуморального иммунитета у больных алкоголизмом в абстинентном состоянии и в ремиссии // Вопросы наркологии. — 1994. — № 3. — С. 45—48.
3. Гамалея Н.Б., Даренский И.Д. и соавт. Феномен появления в крови больных алкоголизмом антител к модифицированному ацетальдегидом сывороточному альбумину человека // Вопросы наркологии. — 1997. — № 2. — С. 42—49.
4. Гамалея Н.Б., Даренский И.Д. и соавт. Нарушения в системе клеточного иммунитета у больных алкоголизмом и перспективы их коррекции с помощью иммуномодулятора тактивина // Вопросы наркологии. — № 3. — 2000. — С. 54—60.
5. Гамалея Н.Б., Даренский И.Д. и соавт. Показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных героиновой наркоманией и их коррекция иммуномодулятором тактивинотом // Вопросы наркологии. — 2001. — № 4. — С. 50—59.

6. Гамалея Н.Б., Даренский И.Д. и соавт. Клинико-иммунологическая эффективность применения иммуномодулятора тактивина у наркологических больных // IX Российский национальный конгресс "Человек и лекарство". — М., 2002. — С. 97.
7. Даренский И.Д. Организация психиатрической помощи больным с пограничными нервно-психическими расстройствами // Актуальные проблемы эпидемических исследований в психиатрии. — М., 1990. — С. 102—104.
8. Даренский И.Д. Гомеостатическая терапия в наркологии // Современные методы биологической терапии психических заболеваний. — М., 1994. — С. 20.
9. Даренский И.Д. Этапные задачи антиалкогольного лечения // Материалы конференции "Региональные аспекты современной аддиктологии". — Томск, 1994.
10. Даренский И.Д. Астенический синдром при алкоголизме // Материалы докладов международной научно-практической конференции. — Владивосток; Томск, 1997. — С. 28—30.
11. Даренский И.Д. Фазное течение алкоголизма // Медико-биологические и социальные аспекты наркологии. — М., 1997. — С. 21—28.
12. Даренский И.Д. Фазы алкоголизма (клинико-терапевтическое исследование): Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — М., 1997.
13. Даренский И.Д., Гамалея Н.Б. Клинический эффект тактивина у больных алкоголизмом в период лишения алкоголя // Вопросы наркологии. — 1995. — № 1. — С. 58—64.
14. Даренский И.Д., Гамалея Н.Б. Применение иммуномодулятора тактивина при лечении больных алкоголизмом: Учебное пособие для врачей. — М., 1997.
15. Даренский И.Д., Гамалея Н.Б. Способ предупреждения рецидивов алкоголизма: Авторское свидетельство на изобретение. № 2135190. Приоритет 180496. Зарегистр. в госреестре изобр. 270899. Бю 24.
16. Даренский И.Д., Гамалея Н.Б. Способ лечения алкоголизма: Авторское свидетельство на изобретение. № 2136295. Приоритет 020496. Зарегистр. в госреестре изобр. 100999. Бю 25.
17. Иванец Н.Н. и соавт. Стандартизованные психопатологические симптомы и синдромы для унифицированной клинической оценки алкоголизма и алкогольных психозов: Методические рекомендации. — М., 1976.
18. Иванец Н.Н., Даренский И.Д. и соавт. Лечение алкоголизма, наркоманий и токсикоманий: Краткое клиническое руководство. — М., 1998.
19. Малкова Л.Д. Астенический синдром при неврозах: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — Л., 1978.
20. Могош Г. Острые отравления. Диагноз и лечение. — Бухарест: Мед. изд., 1984.
21. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. В.И. Покровского, К.М. Лобана. — М.: Медицина, 1977.
22. Чирко В.В. Закономерности течения и исходов наркоманий и токсикоманий, начавшихся в молодом возрасте (в свете отдаленного катамнеза): Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — М., 2001.

THE EXTENDED CLINICAL ESTIMATION STATE OF THE PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION

DARENSKY I.D. professor faculty addictology Faculty postdiplom
of vocational training MMA, Moscow

Inspection of the patients with alcohol addiction in early postwithdrawal period has shown presence at them of symptoms sharp cerebrastrhenia, specific for toxicological practice and boundary psychological diseases. The clinical originality and large frequency registration testifies to specificity of these symptoms for the specified period. The high specificity allows to use the specified symptoms at an estimation of a condition and purpose of treatment in the period withdrawal and postwithdrawal states. First of all, it concerns to remedy homeostatics action, in particular, such remedy as immunomodulators.