

Особенности клиники и течения алкогольных психозов в Удмуртской Республике

УВАРОВ И.А.

к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медпсихологии
ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Росздрава

Проведено изучение особенностей клиники и течения алкогольных психозов у 211 больных, среди которых преобладали больные с делирием — 65,9% ($p < 0,05$). Доля вербального галлюциноза составила 21,8%, параноиды — 4,7%. Госпитализация была повторной у 54,5% больных и более чем у половины (50,4%) ремиссия была менее 6 мес. У 43,4% больных, поступающих на лечение повторно, наблюдался переход к протрагированному течению. Больных с однократными психозами было 42,6%, с приступообразно протекающими — 49,4% и с затяжными алкогольными психозами — 8%. Данные особенности металкогольных психозов необходимо учитывать в дальнейшем с целью улучшения диагностики, прогнозирования их течения и применения адекватных методов терапии.

Введение

В настоящее время вопросам клиники и течения алкогольных психозов посвящено большое количество как отечественной [2, 3, 5, 8, 11, 16, 20, 25], так и зарубежной литературы [28—30 и др.].

Классификация алкогольных психозов, по мнению Н.Н. Иванца и М.А. Винниковой [6], основана на синдромологическом их разделении, так как это помогает правильно квалифицировать особенности конкретного патологического состояния и применять адекватные методы терапии.

Л.К. Хохлов и В.В. Сырейщиков [22] подразделяют алкогольные психозы на 4 типа в зависимости от течения:

- транзиторное;
- рецидивирующее;
- рецидивирующее, сменяющееся непрерывным;
- непрерывное.

Кроме того, авторы предлагают учитывать «внутреннюю картину психоза»: экзогенные, эндоморфные и психоорганические варианты. Эти же данные имеются в работе К.Г. Даниеляна [4].

В работах Н.Н. Иванца [5] отмечается, что наиболее часто приступообразные металкогольные психозы сопровождаются постепенным упрощением клинической картины повторных приступов. Аналогичная тенденция прослеживается и в части хронических психозов — при галлюцинозах, бредовых состояниях, корсаковском психозе. Рецидивирование, в том числе с усложнением последующих приступов, чаще отмечается в тех случаях, когда структура психозов с самого начала более сложная или атипичная. Автор отмечает, что относительно небольшая группа металкогольных психозов, напротив, отличается отчетливым усложнением позитивных расстройств с одновременным удлинением приступов, а иногда со сменой приступообразного течения хроническим. Как правило, это бывает тогда, когда психозы с самого начала сложные по структуре или определяются атипичными для металкогольных психозов расстройствами.

Исследования А.Х. Имамова [7] свидетельствуют о том, что по мере прогрессирования алкоголизма наблюдается закономерное увеличение количества атипичных форм делириев, галлюцинозов, параноидов и соответственно уменьшение типичных алкогольных психозов.

А.Г. Гофман и А.З. Шамота [2] отмечают, что чем больше у больного возникает алкогольных психозов, тем чаще развиваются тяжело протекающие делирии и алкогольные энцефалопатии.

За последние годы алкогольные психозы претерпевают существенный патоморфоз, т.е. видоизменение клинической картины под влиянием различных причин (эко-

номических, лечебно-профилактических, психофармакологических и др.), что неизбежно приводит к некоторому стиранию границ классических критериев диагностики различных форм алкогольных психозов, выработанных в прошлые годы. Это еще более усугубляет разногласия при оценке течения психозов, их синдромологической и нозологической принадлежности [2, 9, 13, 19, 23, 27] и др.

Патоморфоз острых алкогольных психозов, по мнению А.Х. Имамова [7] и Н.Г. Шумского [26], проявляется в расширении диапазона их феноменологических проявлений и в изменении соотношения различных психопатологических элементов в их структуре.

Н.М. Шаропова [24] считает, что одним из основных проявлений патоморфоза алкогольного делирия и острого алкогольного галлюциноза является сокращение их продолжительности.

А.В. Пепелец [15] относит к атипичным также и abortивные делирии, для которых характерно подострое развитие психоза, полиморфная психопатологическая симптоматика с чертами «атипичности».

Л.Я. Трущенко и А.И. Филь [18] описывают структурно-сложные алкогольные психозы, клиника которых определялась последовательно сменяющимися картинами острых психозов — параноиды, галлюцинозы, делирия, а также наличием элементов синдрома Кандинского—Клерамбо.

В работах Т.Г. Траяновой с соавторами [17], В.В. Чирко и А.А. Польшковского [23], В.С. Моисеева с соавторами [12], П.П. Огурцова и И.В. Жирова [14] подчеркивается, что в последнее время алкогольные психозы редко встречаются в своем классическом варианте. Характерным для этих состояний стало преобладание соматической патологии над психической, причем последняя может иметь атипичный характер.

Таким образом, анализируя данные современной литературы, можно выявить некоторую тенденцию к утяжелению течения алкогольных психозов за последние годы, протекающих с выраженной соматоневрологической патологией, а в некоторых случаях — и летальными исходами. Патоморфоз алкогольных психозов, произошедший в силу различных причин, еще более усугубляет клиническую картину, делая неблагоприятным не только дальнейшее течение алкоголизма, но и в целом жизнь больных. Все эти особенности затрудняют своевременную диагностику и адекватное лечение больных алкогольными психозами.

Целью настоящего исследования было изучение особенностей клиники и течения алкогольных психозов в Удмуртской Республике, что позволит в дальнейшем разра-

ботать на этой основе направления совершенствования диагностики и лечения больных с данной патологией.

Материал и методы исследования

Нами было проведено обследование 211 больных алкогольными психозами, проходивших стационарное лечение в республиканской клинической психиатрической больнице г. Ижевска за календарный год (с 01.07.2005 по 01.07.2006 гг.).

Основным методом исследования был клиничко-психопатологический. В наблюдение вошли больные с верифицированным диагнозом *алкогольный (металкогольный) психоз*. Для обследования больных применялась «Карта обследования больных алкогольными психозами», основанная на классификации алкоголизма Н.Н. Иванца (1975; 2000 гг.). Карта включала в себя данные анамнеза, социодемографические сведения, клиническую часть с характеристикой синдромов, диагноза (с учетом диагностических критериев Международной классификации болезней 10-го пересмотра), течения и лечения заболевания. Все больные алкогольными психозами были разделены на 8 групп в зависимости от облигатного синдрома (делириозного, вербального галлюциноза, параноидного, эпилептиформного, депрессивного, психоорганического, корсаковского и эндоформного). Дополнительными были методы случайной выборки и математико-статистический: была проведена статистическая обработка полученных данных с применением параметрических методов расчета (критерии Стьюдента), направленных на получение статистической достоверности сравниваемых величин (p).

Результаты исследования

Как видно из табл. 1, среди всех больных алкогольными психозами преобладали больные с алкогольным делирием — 65,9% (различие статистически достоверно, $p < 0,05$). На 2-м месте были больные алкогольным вербальным галлюцинозом (21,8%); 3-е место занимали больные алкогольным параноидом (4,7%). Больные алкогольной депрессией, алкогольной эпилепсией и алкогольной деменцией составляли по 1%, а больные корсаковским психозом и шизофреноподобным психотическим расстройством соответственно по 2,3%.

Следует отметить, что доля галлюцинозов в нашем исследовании оказалась выше, чем описываемое ранее соотношение форм алкогольных психозов. Так, И.В. Стрельчук [16] у 75,1% обследованных им больных алкогольными психозами отмечает белую горячку, у 14,2% — галлюцинозы. Г.В. Морозов и Н.Н. Иванец [13] выявляют у 81,3% больных алкогольными психозами делирий, у 9,6% — галлюциноз. А.К. Качаев

с соавторами [8] сообщают, что среди алкогольных психозов наиболее часто встречаются алкогольные делирии (до 90%), галлюцинозы занимают второе место, другие психозы сравнительно нечасты. По данным В.Б. Миневича [11], в Томской области в период 1970—1989 гг. отмечалось снижение частоты алкогольных галлюцинозов и относительное нарастание делириев. В то же время клиничко-эпидемиологический анализ алкогольных психозов в Томской области, проведенный А.П. Агарковым [1], показал, что в клинической структуре алкогольных психозов в период 1993—1997 гг. преобладали галлюцинозы, составлявшие от 48,0 до 52,1% всех случаев; доля делириозных расстройств сократилась с 45,3 до 41,0%; алкогольные параноиды встречались в 2,7—6,7% случаев, а алкогольная энцефалопатия — в 1,1—3,1%.

М.С. Удальцова [19] рассценивает возникновение алкогольных галлюцинозов после перенесенных ранее делириев как утяжеление клинической картины. Н.Н. Иванец [5, 6] также отмечает, что с прогрессированием алкоголизма, нарастанием тяжести алкогольной энцефалопатии происходит трансформация клинической картины в направлении от делириев к галлюцинозам и бредовым состояниям.

Из данных табл. 2 видно, что госпитализировались повторно 115 больных (54,5%). Из них второй раз в жизни госпитализировались 65 чел. (30,8%); в 3-й, 4-й и 5-й раз лечились по поводу алкогольного психоза по 11 больных (5,2%); более 5 раз госпитализировались 17 больных (8,1%). Достоверных различий между количеством первичных и повторных больных не выявлено ($p > 0,05$).

Следует отметить, что у 43,4% обследованных нами больных, поступающих повторно, наблюдался переход к протрагированному течению, что подтверждено в работах Н.Н. Иванца и М.А. Винниковой [6].

Этими же авторами подчеркивается, что с увеличением числа повторных психозов, возрастает и число больных с протрагированными приступами, а чем больше повторных психозов переносит больной, тем короче интервалы между ними. Это находит подтверждение в данных, приведенных в табл. 3.

Таблица 2
Распределение больных алкогольными психозами по числу госпитализаций

Госпитализация (по счету)	Абс. число	%
Впервые в жизни	96	45,5
Второй раз в жизни	65	30,8
Третий раз в жизни	11	5,2
Четвертый раз в жизни	11	5,2
Пятый раз в жизни	11	5,2
Более пяти раз	17	8,1
Всего	211	100

Таблица 3
Распределение больных по длительности ремиссии после перенесенного психотического эпизода

Длительность ремиссии	Абс. число	%
Менее 6 мес.	58	50,4
Более 9 мес.	12	10,4
Более 12 мес.	45	39,2

Таблица 1
Распределение больных алкогольными психозами по ведущему синдрому на момент поступления

Ведущий синдром	Абс. число	%
Делириозный	139	65,9
Вербальный галлюциноз	46	21,8
Параноидный	10	4,7
Эпилептиформный	2	1
Депрессивный	2	1
Психоорганический	2	1
Корсаковский (амнестический)	5	2,3
Эндоформный (шизофреноподобный)	5	2,3

Как видно из табл. 3, более чем у половины больных (50,4%), поступающих повторно, ремиссия между повторными приступами психоза не превышала 6 мес. У некоторых больных в нашем наблюдении интервалы между психотическими состояниями порой не превышали 10–14 дней. Процентное соотношение больных с ремиссией более 9 мес. (10,4%) было меньше процентного соотношения больных с ремиссией, не превышающей 6 мес., почти в 5 раз ($p < 0,001$). Ремиссия более 1 года наблюдалась в 39,2% случаев. Достоверных различий между первым и последним показателем не выявлено ($p > 0,05$).

Данные табл. 4 основаны на классификации алкогольных психозов Н.Н. Иванца [10]. Как видно из табл. 4, эпизодически протекающие (однократные) алкогольные психозы, ограничивающиеся синдромами острых экзогенных типов реакций, наблюдались у 87 больных (41,2%), а эпизодически протекающие (однократные) алкогольные психозы, сопровождающиеся трансформацией клинической картины в рамках острых экзогенных типов реакций — у трех больных (1,4%). Различия статистически достоверны ($p < 0,001$). Клиническая картина последних характеризовалась сменой делирия галлюцинозом у двух больных и сменой галлюциноза делирием — у одного больного.

Приступообразно протекающие алкогольные психозы, ограничивающиеся синдромами острых экзогенных типов реакций, встречались в нашем исследовании у 75 больных (35,6%), что было достоверно чаще по сравнению с количеством больных с приступообразно протекающими алкогольными психозами, сопровождающимися трансформацией клинической картины в рамках острых экзогенных типов реакций — 21 пациент (10%, $p < 0,05$). Из всех пациентов последней группы последующая смена галлюциноза делирием наблюдалась у 12 больных (5,7%), смена делирия галлюцинозом — у восьми больных (3,8%) и смена галлюциноза параноидом — у одного больного (0,5%).

Приступообразно протекающие, шизоформные алкогольные психозы наблюдались у восьми больных (3,8%). В пяти случаях (2,4%) они были представлены «неуточненным (шизоформным) вариантом алкогольных психотических расстройств», в трех случаях (1,4%) — приступообразно протекающим алкогольным параноидом.

Приступообразно протекающие алкогольные психозы с развитием грубоорганических состояний в нашем исследовании не встречались.

Затяжные шизоформные алкогольные психозы имели место у 10 больных (4,7%). У трех больных (1,4%), находящихся в данной группе, был диагностирован алкогольный бред ревности, у одного больного (0,5%) — затяжной алкогольный бред преследования, и у шести больных (2,8%) — хронический алкогольный галлюциноз.

Затяжные алкогольные психозы с развитием грубоорганических состояний диагностированы у семи больных (3,3%). Корсаковский психоз наблюдался у пяти пациентов данной группы (2,4%), алкогольная деменция — у двух больных (1%).

В целом, эпизодически протекающие (однократные) алкогольные психозы наблюдались нами у 90 больных (42,6%), приступообразно протекающие алкогольные психозы — у 104 больных (49,4%), и затяжные алкогольные психозы — у 17 больных (8%).

Заключение

Таким образом, алкогольные психозы в Удмуртской Республике отличаются рядом особенностей клиники и течения. Так, среди всех алкогольных психотических расстройств существенно преобладает алкогольный делирий — 65,9% ($p < 0,05$); 2-е место занимают больные алкогольным вербальным галлюцинозом (21,8%), 3-е — больные алкогольным параноидом (4,7%). Следует отметить некоторое увеличение доли вербального галлюциноза среди всех форм алкогольных психозов по сравнению с данными большинства литературных источников. У 54,5% больных в нашем исследовании госпитализация была повторной и более чем у половины (50,4%) ремиссия была менее 6 мес. У 43,4% обследованных нами больных, поступающих повторно, наблюдался переход к протрагированному течению.

Среди всех обследованных с однократными алкогольными психозами было 42,6% больных, с приступообразно протекающими алкогольными психозами — 49,4% и с затяжными алкогольными психозами — 8%.

В группе больных с однократными алкогольными психозами, ограничивающимися синдромами острых экзогенных типов реакций, было достоверно больше больных (41,2%), по сравнению с группой больных с однократными алкогольными психозами, сопровождающимися трансформацией клинической картины в рамках острых экзогенных типов реакций (1,4%), $p < 0,001$.

Среди больных с приступообразно протекающими алкогольными психозами, ограничивающимися синдромами

Таблица 4

Распределение больных алкогольными психозами по характеристике течения алкогольных психозов

Характеристика алкогольных психозов	Абс.	%
Эпизодически протекающие (однократные), ограничивающиеся синдромами острых экзогенных типов реакций	87	41,2
Эпизодически протекающие (однократные), сопровождающиеся трансформацией клинической картины в рамках острых экзогенных типов реакций	3	1,4
Приступообразно протекающие, ограничивающиеся синдромами острых экзогенных типов реакций	75	35,6
Приступообразно протекающие, сопровождающиеся трансформацией клинической картины в рамках острых экзогенных типов реакций	21	10
Приступообразно протекающие, шизоформные	8	3,8
Приступообразно протекающие, с развитием грубоорганических состояний	—	—
Затяжные, шизоформные	10	4,7
Затяжные, с развитием грубоорганических состояний	7	3,3

острых экзогенных типов реакций было достоверно больше больных (35,6%) по сравнению с группой больных с приступообразно протекающими алкогольными психозами, сопровождающимися трансформацией клинической картины в рамках острых экзогенных типов реакций (10%) и приступообразно протекающими, шизоформными алкогольными психозами (3,8%, $p < 0,05$). Больных с приступообразно протекающими алкогольными психозами, сопровождающимися развитием грубоорганических состояний, в нашем исследовании не встречалось.

Затяжные, шизоформные алкогольные психозы наблюдались у 10 больных (4,7%), а затяжные алкогольные психозы с развитием грубоорганических состояний — у семи больных (3,3%). Достоверных различий между последними двумя группами не выявлено. Следует отметить, что 6 больных (2,8%) затяжными алкогольными психозами поступили в психиатрический стационар впервые в жизни.

Данные особенности металкольных психозов в Удмуртской Республике необходимо учитывать в дальнейшем с целью улучшения диагностики, прогнозирования их течения и применения адекватных методов терапии.

Список литературы

- Агарков А.П. Алкогольные психозы, сочетанные с травматическими и сосудистыми расстройствами головного мозга (клинико-эпидемиологический и организационный аспекты): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — Томск, 2000. — 31 с.
- Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М.: Миклош, 2003. — С. 90—165.
- Гулямов М.Г., Хасанов И.Р., Коломиец Е.Ф. Белая горячка. — Душанбе: Ирфон, 1976. — 205 с.
- Даниелян К.Г. К клинике атипичных алкогольных психозов // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1979. — Т. 79, № 6. — С. 764—770.
- Иванец Н.Н. Алкогольные психозы (систематика, клиника, дифференциальный диагноз, прогноз, судебно-психиатрическое значение): Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 1975. — 376 с.
- Иванец Н.Н., Винникова М.А. Металкольные (алкогольные) психозы: Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 233—268.
- Имамов А.Х. Рецидивирование и трансформация алкогольных психозов (клинико-патогенетический и судебно-психиатрический аспекты): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 1988. — 36 с.
- Качаев А.К., Иванец Н.Н., Шумский Н.Г. Металкольные (алкогольные) психозы // Алкоголизм: Руководство для врачей / Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. — С. 225—308.
- Колотилин Г.Ф. О формах течения кратковременного алкогольного делирия // Нозолог. видоизмен. психопатолог. синдромов. Клиника, патогенез и лечение алкогольных заболеваний. — Душанбе, 1974. — С. 172—175.
- Лекции по наркологии. Изд-е 2-е, перераб. и расшир. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — С. 60—97.
- Миневич В.Б., Красик Е.Д., Короленко Ц.П. с соавторами Эпидемиология алкогольных психозов в Сибири. — Томск, 1990. — 82 с.
- Моисеев В.С., Огурцов П.П., Траянова Т.Г. Концепция алкогольной болезни // Алкоголь и здоровье населения России 1900—2000 / Под ред. А.К. Демина. — М.: Рос. ассоц. общ. здоровья, 1998. — 68 с.
- Морозов Г.В., Иванец Н.Н. О некоторых клинических закономерностях течения алкогольных психозов // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1975. — Т. 75, В.2. — С. 1705—1710.
- Огурцов П.П., Жиров И.В. Неотложная алкогольная патология (пособие для врачей многопрофильного стационара) / Под ред. В.С. Моисеева. — М.: Стандарт, 2001 — 80 с.
- Пелепец А.В. Особенности развития основных форм металкольных делириев (пилотное исследование) // Новости харьковской психиатрии. — Харьков, 2002. — С. 56—63.
- Стрельчук И.В. Интоксикационные психозы. — М.: Медицина, 1970. — 304 с.
- Траянова Т.Г., Николаев А.Ю., Виноградова Л.Г. и др. Алкогольная болезнь: поражение внутренних органов / Под ред. В.С. Моисеева. — М.: Изд-во УДН, 1990. — С. 14—18.
- Трущенко Л.Я., Филь А.И. О некоторых особенностях клинки, течения и лечения алкогольных психозов // Новгородская психиатрическая ассоциация. — Нижний Новгород, 2002. — С. 34—39.
- Удальцова М.С. Повторные алкогольные психозы. Клинические проблемы алкоголизма. — Л.: Медицина, 1974. — С. 74—112.
- Уткин С.И. Алкогольные психозы // Лечащий врач. — 2003. — №4. — С. 23—28.
- Хохлов Л.К. О течении алкогольных психозов: Вопросы клинки, систематики, патогенеза и терапии алкоголизма. — Вологда, 1972. — С. 69—72.
- Хохлов Л.К., Сырейщиков В.В. Клиника и патоморфоз алкогольных психозов по данным эпидемиологического исследования // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1972. — Т. 72, в. 6. — С. 897—903.
- Чирко В.В., Польшковский А.А. Терапия неотложных состояний при хроническом алкоголизме // Лекции по клинической наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М., 1995. — С. 121—135.
- Шаропова Н.М. Структурно-сложные алкогольные психозы с острым течением (клиника, систематика, патоморфоз, судебно-психиатрическое значение): Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2001. — 294 с.
- Штерева Л.В. Клиника и течение алкоголизма. — Л.: Медицина, 1980. — С. 102—160.
- Шумский Н.Г. Судебная психиатрия. — М.: Медицина, 1998. — С. 124—152.
- Энтин Г. М., Гофман А.Г., Музыченко А.П. и др. Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 75—97.
- Backon J. Prevalence of depression among Israeli alcogolics // J. Clin. Psychol. — 1990. — Vol. 46, №1. — P. 96—102.
- Schuckit M.A., Tipp J.E., Smith T.L. et al. Periods of abstinence following the onset of alcohol dependence in 1,853 men and Women // J. Stud. Alhogol. — 1977. — Vol. 58, №6. — P. 581—589.
- Verbanck P. Stratgies de traitement de l'alcolgicism // Rev. Med. Bruxelles. — 1998. — Vol. 19, №6. — P. 503—504.

CLINICAL AND COURSE PECULIARITIES OF ALCOHOLIC PSYCHOSES IN UDMURT REPUBLIC

UVAROV I.A. cand.med.sci., Izhevsk state medical academy, Russia

A sample of 211 patients with alcoholic psychoses was investigated. The rate of delirium tremens in the sample was 65,9% ($p < 0,05$), alcohol hallucinosis affected 21,8% and alcoholic paranoid diagnosed in 4,7%. Fifty four percent of the patients (54,4%) had more than one admission in psychiatric hospital, and 50,4% had remission less than 6 month. Forty three percent of the patients (43,4%) who was readmitted had initial features of protracted course of psychosis. Forty two percent of patients (42,6%) had first admission, 49,4% suffered from episodic course of psychosis, and 8% had protracted course of illness. The data of clinical and course peculiarities of alcoholic psychoses have very important clinical and epidemiological implications.