

Современное состояние проблемы алкогольных психозов (аналитический обзор)

УВАРОВ И.А.

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

Проведенный обзор литературы позволяет говорить о существенном росте заболеваемости и болезненности алкогольными психозами (АП) во многих регионах РФ и некоторых других странах, что обусловлено различными социально-экономическими, культуральными и этническими факторами, повышением качества выявляемости больных и т.д. Говоря о соотношении АП, можно с уверенностью отметить существенное преобладание среди них делирия и вербального галлюциноза. Очевидны рост числа АП у женщин и наибольшая распространенность АП у самых трудоспособных групп населения — в возрасте 40—59 лет. За последние годы среди больных АП отмечается достоверное снижение доли рабочих и служащих государственных предприятий, увеличение числа городских жителей, лиц с низким социальным статусом, не имеющих определенного рода занятий, а также лиц без определенного места жительства. Среди преморбидных особенностей больных АП особая роль принадлежит наследственной отягощенности по наркологическим и психическим заболеваниям, черепно-мозговым травмам, аномалиям личности. Патоморфоз АП делает неблагоприятным не только дальнейшее течение алкоголизма, но и жизнь больных в целом. Несмотря на многообразие современных психофармакологических препаратов, лечение больных данного профиля должно быть комплексным, индивидуальным и учитывать особенности психопатологической симптоматики после выхода из психоза. Одной из определяющих задач наркологии на современном этапе являются своевременная диагностика и дифференцированное лечение больных АП, а также коррекция соматоневрологической патологии у данного контингента больных.

Распространенность АП в мире

В настоящее время вопросам эпидемиологии АП посвящено огромное количество как отечественной, так и зарубежной литературы [8, 59, 65, 85, 101, 201, 204, 207, 219 и др.].

Тенденция к увеличению числа АП свойственна многим экономически развитым странам, будучи отражением распространенности алкоголизма в популяции. Так, по мнению Б.Д. Петракова [141], С.Л. Murray, А.Д. Lopez [219], L. Eisenberg [207], в течение XX столетия средневзвешенный среднегодовой показатель распространенности АП в мире увеличился более чем в 3,8 раза.

G. Mastrangelo [216] сообщает, что за период 1947—1956 гг. в Италии процент АП увеличился с 4,6 до 7,0, а общее количество госпитализированных увеличилось в 3 раза. Подобные же данные по Италии приводит Р. Parwin [222], отмечающий, что в 1960 г. АП составили 5,9% случаев на 100 000 населения. Число больных АП за период 1949—1969 гг. увеличилось в 3 раза, а потребление алкоголя — в 2 раза.

С. Berrut [202] описывает преимущественно клинические и социальные аспекты делирия. Упоминается, что во Франции в течение 60-х годов показатель госпитализации больных с делирием был относительно стабильным.

В монографии Н. Dilling и S. Weyerer [206] алкоголизму посвящено сравнительно небольшое место,

но показано, что в течение 70-х годов в большинстве стран Европы показатели госпитализаций в связи с АП стабилизировались.

В Финляндии, несмотря на лицензионную политику, количество больных АП в 50—60-х годах увеличивалось, а в 70-х годах особого роста отмечено не было [211].

В Югославии начиная с 1980 г. число госпитализаций по поводу АП существенно снизилось, несмотря на высокий уровень потребления алкогольных напитков [212].

Во Франции частота госпитализаций больных с АП с 1950 по 1959 гг. возросла в 3,1 раза (с 9:100 000 до 28:100 000 населения); в Шотландии за 1959—1962 гг. она увеличилась на 50% [139].

В США с 1940 по 1957 гг. показатель числа больных алкоголизмом на 100 тыс. населения возрос в 1,8 раза (от 3,4 до 6,4), а больных АП — в 1,3 раза (от 2,9 до 3,9). Анализируя статистические данные по экономически развитым странам, Б.Д. Петраков и Л.Б. Петракова [140] отмечают, что рост числа госпитализаций в психиатрические стационары больных алкоголизмом и АП в 1,5 раза превышает рост госпитализаций всех психически больных.

В 80—90-е годы XX века болезненность и заболеваемость АП в странах Европейского региона выглядела следующим образом: страны с самым высоким потреблением алкоголя (Латвия, Эстония, Сло-

вения, Финляндия, Польша, Литва и др.) отличались высокими показателями (в Латвии — 67,8, в Финляндии — 61,2, в Эстонии — 53,8 на 100 000 населения) [150]. При этом отмечался быстрый рост заболеваемости за последние годы (в Эстонии — с 29 в 1990 г. до 53,8 в 1993 г.; в Финляндии заболеваемость в 1991 г. была вдвое выше, чем в 1980 г., причем наибольший рост приходится на последние 5 лет). Автор отмечает, что в странах с низким душевым потреблением алкоголя (Израиль — 2 л, Армения — 2,5 л, Грузия — 3 л, Норвегия — 5 л) заболеваемость АП находилась на самом низком уровне (в Израиле — 1,3, в Армении — 2,3, в Грузии — 1,4, в Норвегии — 10,2 на 100 000 населения).

По данным Г.И. Каплана и Б.Дж. Сэдока [82], на начало 90-х годов XX века в США количество больных алкоголизмом превышало 13 млн чел. М. Larsen [214] отмечает, что в США от 3 до 10% больных алкоголизмом переносят на том или ином этапе АП.

Клинико-эпидемиологические данные приведены в работах А. Manus [215] и Т.И. Mueller [218]. Авторы отмечают, что экстенсивные показатели больных АП достигают 5—12% в стационарах различного профиля. Однако в этих работах нет динамической характеристики этой формы патологии, что не позволяет сравнить их с отечественными работами.

В целом, в зарубежной литературе тематика АП занимает скромное место. М. Souka [229] утверждает, что незначительное количество публикаций в немецкой литературе связано с тем, что принципиальных изменений взглядов на их клинику, терапию и прогноз со времен К. Бонгеффера не произошло. Диагноза *алкогольный паранойд* в немецкой психиатрии нет.

И все же за рубежом существовал свод данных об эпидемиологии алкоголизма, а сведения по СССР до середины 80-х годов XX века были разрозненными и неполными, а интенсивные показатели распространенности алкоголизма практически не публиковались [112].

Г.Н. Соцевич с соавторами [164] приводят динамику числа больных АП по РСФСР. Интенсивный показатель повышался до 1977 г., а затем снижался: в 1976 г. — 55 на 100 тыс. населения, в 1983 г. — на 37. Снижается также и показатель впервые диагностированных психозов.

И.Г. Ураков с соавторами [181] сообщают, что показатель заболеваемости АП за 1965—1980 гг. вырос в 4 раза, а с 1980 г. по всей стране снижается заболеваемость психотическим алкоголизмом. В общей доле учтенных больных алкоголизмом доля АП составляла 12—15%, с 1976 г. данный показатель стал снижаться, составив всего 8% в 1984 г. В Армянской ССР по сравнению с Латвийской ССР показатель выявленной заболеваемости алкоголизмом в 1965 г. был ниже в 4,2 раза, в 1975 г. — в 9,7 раза, в 1984 г. — в

13,5 раза, а показатель заболеваемости АП был ниже в 1965 г. в 5,1 раза, в 1975 г. — в 15,5 раза, в 1984 г. — в 6,1 раза. Те же авторы (1988, 1989 гг.) обращают внимание на парадокс: в Западной и Восточной Сибири учтенная заболеваемость алкоголизмом в среднем выше данных по РСФСР. В то же время показатели заболеваемости АП и доля АП в учтенном алкоголизме ниже, чем по РСФСР.

В.Б. Миневич с соавторами [114] подробно проанализировали эпидемиологию АП в Сибири за период 1971—1989 гг. Авторами отмечено, что до конца 70-х годов в Томске показатели учтенных больных алкоголизмом и больных АП коррелировали, а начиная с 80-х годов количество состоящих на учете больных алкоголизмом продолжало увеличиваться, а больных АП — уменьшаться. Одной из причин этого явления, как предполагают авторы, является то, что в течение последних лет на учет опережающими темпами ставят больных алкоголизмом на ранних стадиях заболевания.

Во время антиалкогольной кампании 1985—1987 гг., когда потребление алкоголя через государственную торговлю снизилось с 10 л абсолютного алкоголя на душу населения, регистрируемого в 1984 г., до 3,2 л в 1987 г., т.е. в 3 раза, число больных алкоголизмом, состоящих на учете, продолжало возрастать и достигло в 1987 г. уровня 2008,6 на 100 тыс. населения. За это же время заболеваемость АП снизилась в 3,2 раза, а по статистическим данным 1988 г. — в 4 раза [63].

В дальнейшем, когда кампания по разным причинам была свернута и потребление алкоголя стало быстро расти до исходного уровня (особенно крепких напитков), заболеваемость АП к 1992 г. увеличилась в 2,5 раза по сравнению с 1988 г., а в последующие годы возрастала еще более стремительно [128].

Ю.Е. Разводовский [224], проанализировав статистику заболеваемости АП в Беларуси с 1970 до 1999 гг., отмечает строгую положительную корреляцию между заболеваемостью АП и уровнем потребления водки на душу населения. Автор считает, что частота госпитализаций по поводу АП является надежным индикатором алкогольных проблем в обществе.

С.М. Дымшиц и С.В. Гализдра [59] отмечают, что в Украине эпидемиологическая ситуация в 1991—1995 гг. характеризовалась показателем распространенности алкоголизма, который снизился на 16,1 и составлял 121,8 на 100 тыс. населения, тогда как в начале этого периода он был равен 137,9. В эти же годы соотношение АП и алкоголизма также претерпело существенную негативную динамику — от 1:49 до 1:19. Кроме того, значительно увеличился показатель смертности от алкоголизма и АП. Авторы также подчеркивают, что за тот же период отмечалась выраженная тенденция к увеличению частоты более неблагоприятных вариантов течения алкоголизма и АП.

Л.Н. Юрьева (2001 г.) сообщает, что в Украине за период с 1990 по 1999 гг. заболеваемость АП возросла в 2,1 раза.

В 2000 г. в Украине частота АП составляла 2,16 на 10 тыс. населения, также наблюдалась высокая смертность больных в состоянии АП (до 4% больных, поступающих в специализированный стационар) [20].

Приведенные данные иллюстрируют напряженность ситуации в России. По мнению экспертов, прогноз ситуации на ближайшие несколько лет неблагоприятный. В частности, ожидается, что заболеваемость АП будет оставаться на высоком уровне, будет происходить накопление больных с наиболее тяжелыми формами алкоголизма [134].

В работах Е.А. Кошкиной [99, 100] также подтверждается, что заболеваемость АП более точно отражает уровень алкоголизации населения, чем приведенные статистические показатели, которые во многом определяются меняющимися условиями и характером работы наркологической службы. Этим же автором отмечено, что за период 1991—2000 гг. заболеваемость АП увеличилась в 4 раза — с 10,5 в 1991 г. до 42,4 на 100 тыс. населения в 2000 г.

Б.С. Положий и И.В. Гурин [144] провели клинико-статистический анализ динамики показателей болезненности и заболеваемости алкогольной зависимостью и АП, зарегистрированных в Центральном регионе РФ на разных этапах социально-экономического реформирования общества (1991, 1995, 2002 гг.). Авторами отмечено, что наиболее выраженный рост распространенности алкоголизма и АП отмечался на первом этапе радикальных реформ (1992—1995 гг.). Наиболее неблагоприятными в наркологическом отношении административными территориями Центрального региона являются Ярославская, Тверская, Ивановская и Смоленская области. Несмотря на слабо выраженную тенденцию к снижению числа больных алкоголизмом в РФ в течение 1999—2001 гг., в 2001 г. зафиксирован критический рост количества больных АП. Так, показатель болезненности АП увеличился на 37,9%.

В аналитическом обзоре наркологической ситуации в РФ Е.А. Кошкина с соавторами [102] пишут, что за период 1999—2003 гг. наблюдалось значительное увеличение числа зарегистрированных больных АП: абсолютное их число увеличилось от 88 тыс. чел. в 1999 г. до 138 тыс. в 2003 г., или в 1,6 раза; показатель распространенности АП за тот же период возрос с 60,6 случаев на 100 тыс. населения до 96,8, или также в 1,6 раза. В 1999 г. показатель госпитализации больных АП составлял 79,4 на 100 тыс. населения, в 2003 г. — уже 123,4, т.е. возрос в 1,6 раза. Также выросло число больных АП, госпитализированных в стационары впервые в жизни (с 41,1 до 65,5 в расчете на 100 тыс. населения). Авторы обращают внимание на то, что показатель пер-

вичной заболеваемости АП в 35 регионах превысил уровень 60 и более на 100 тыс. населения.

Таким образом, анализ показателей официальной медицинской статистики о распространенности АП в Российской Федерации, некоторых странах СНГ и других странах мира говорит о существенном росте их числа за последние годы.

Соотношение частоты АП

Описанию соотношения частоты различных форм АП в настоящее время посвящено достаточно много работ [84, 88, 114, 170, 190 и др.].

Так, по данным Е. Краерлин [213], соотношение алкогольных галлюцинозов и делириев равно 1:5,3, по данным Е. Bleuler [203] — 1:44, А.Г. Гофман и Т.И. Нижниченко [38] приводят соотношение 1:4,85.

В.М. Банщиков и Ц.П. Короленко [18] пишут, что в 60-е годы XX столетия галлюцинозы были редкой патологией. Все 12 больных, наблюдаемых ими, страдали выраженной энцефалопатией, переходящей в стадию парциального слабоумия.

И.В. Стрельчук [170] у обследованных им больных АП в 75,1% отмечает белую горячку, в 14,2% — галлюцинозы.

Г.В. Морозов и Н.Н. Иванец [117] выявляют у 81,3% больных АП делирий, у 9,6% — галлюциноз.

Н.П. Стаценко и М.Г. Усов [165] показали, что соотношение частоты делирия и галлюциноза в 50-е годы составляло $55,6 \pm 4,8\%$ и $44,4 \pm 4,8\%$; в 60-е — $45,0 \pm 2,1\%$ и $55,0 \pm 2,1\%$; в 70-е — $43,3 \pm 4,0\%$ и $56,7 \pm 1,4\%$. Эти данные, как подчеркивают авторы, свидетельствуют о некотором учащении алкогольных галлюцинозов.

В исследовании Л.А. Турченкова [177], посвященном изучению АП в Ивановской области, отмечается, что у городского населения соотношение частоты алкогольных делириев и галлюцинозов в 1978 г. составило 2,6:1; в 1980 — 3,4:1. В сельской же местности это соотношение было стабильным — 1,7:1

А.К. Качаев с соавторами [88] сообщают, что среди АП наиболее часто встречаются алкогольные делирии (до 90%), галлюцинозы занимают второе место, другие психозы сравнительно нечасты. Анализируя данные литературы, авторы показывают высокую встречаемость бреда ревности (средний показатель 3,2%).

В работе Л.В. Штеревой [192] указано, что у 70,9% наблюдаемых больных была белая горячка, у 21,2% — галлюциноз, у 7,4% — параноид.

По данным В.Б. Миневича с соавторами [115], в Томской области за период 1970—1989 гг. отмечалось снижение частоты алкогольных галлюцинозов и относительное нарастание делириев, а также редко диагностировались энцефалопатия Гайе—Вернике,

алкогольный корсаковский психоз и алкогольный бред ревности.

В то же время клинико-эпидемиологический анализ алкоголизма и АП в Томской области, проведенный А.П. Агарковым [5], показал, что в клинической структуре АП в течение 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%.

В исследовании, проведенном А.Х. Имамовым [79] в Узбекистане, у первичных больных АП в 64% случаев наблюдался делирий, в 27% — галлюциноз. При повторных поступлениях доля делирия снижалась до 6%, а галлюциноз встречался более чем в 70% случаев.

М. Souyka [229] показал, что среди госпитализированных первично жителей Мюнхена с АП у 67% отмечены делирии, у остальных — галлюцинозы.

В работе Т.В. Дош и Л.А. Тетерина [57], посвященной изучению АП в сельской местности, говорится о том, что делирий диагностирован в 70,6%, галлюциноз — в 22,4%; 6,0% приходилось на другие алкогольные психотические расстройства.

В.Г. Пантелеев [136], изучив этнокультуральные особенности АП в Республике Коми, пришел к выводу, что среди коми галлюциноз наблюдался в 76,7%, делирий — в 23,7%; среди русских галлюциноз был у 60,6%, делирий — у 37,4%.

В работах Г.С. Воронцовой [30], А.К. Качаева [84], В.В. Сырейщикова [172], Н.Н. Иванца [75] указывается, что АП у одного и того же больного может протекать то как делирий, то как слуховой галлюциноз, то как параноид. Подобные клинические наблюдения, считают авторы, несомненно, свидетельствуют о близости «самостоятельных» форм АП.

Н.Н. Иванец [71—75] отмечает, что в динамике АП выявляется жесткая закономерность: с прогрессированием алкоголизма, с нарастанием тяжести алкогольной энцефалопатии происходит трансформация клинической картины в направлении от делириев к галлюцинозам и бредовым состояниям.

Таким образом, несмотря на противоречивые сообщения в современных источниках о соотношении различных форм АП, можно с уверенностью отметить существенное преобладание среди алкогольных психотических расстройств делирия и вербального галлюциноза.

Половые особенности АП

Несмотря на многочисленность работ, посвященных женскому алкоголизму, проблема АП долгое время не была предметом столь пристального рассмотре-

ния. Так, А.К. Качаев [86, 87], проведя эпидемиологическое исследование в двух районах г.Москвы за 1958—1968 гг., отмечает, что число больных АП увеличилось за данный период в 3 раза, однако женщины стали переносить психозы в 10 раз чаще. Автором отмечена редкость бредовых психозов у женщин и большая частота рецидивирующих психозов и возникновение их в более старших возрастных группах.

А.В. Утин с соавторами [183] сообщают, что соотношение мужчин и женщин, перенесших АП, в г.Самарканде составляло 76,4:23,6, в сельской местности — 98,4:1,6. Эта разница, считают авторы, связана с этническими особенностями.

Е.П. Соколова [162, 163] в своих работах указывает на то, что у женщин среди повторных психозов преобладали галлюцинозы, у мужчин частота галлюцинозов и делириев была одинаковой. Автор также отмечает, что чем больше проходило времени после первого психоза, тем выше была доля галлюцинозов, тем продолжительнее было психотическое состояние, сложнее — клиническая картина психоза, короче становились ремиссии. Данная точка зрения находит свое отражение также в исследовании А.В. Туриной (1985 г.).

М.В. Романова с соавторами [149] обследовали 231 женщину с АП. Показано, что алкоголизм у них формируется позднее (31—50 лет), чем у мужчин (21—30 лет); в возникновении алкоголизма большую роль играют психотравмирующие ситуации. В отличие от мужчин, у женщин чаще развивается галлюциноз, симптоматика которого более яркая и полиморфная. Автор подчеркивает, что для женщин, больных алкоголизмом, характерны депрессивные переживания, проявляющиеся и в клинике психозов. Эти же особенности подтверждаются в работе А.Н. Ибатова и А.А. Бажина [70].

Изучение АП у женщин в Омской области, проведенное М.Г. Усовым [182], показало, что во второй половине 80-х годов заболеваемость АП упала до уровня 60-х годов, увеличился средний возраст больных, среди АП стала доминировать белая горячка.

А.В. Гурина [51], обследовав 112 женщин, перенесших АП, отмечает, что общей закономерностью у женщин является переход делирия в галлюциноз, а затем в смешанный приступ. Автор подчеркивает, что АП у женщин на этапе развернутой стадии характеризуются моносимптомностью, остротой, простотой структуры, при рецидивировании их структура не изменяется.

О том, что АП у женщин характеризуются сравнительно большой долей острых галлюцинозов (около 35%), говорится в работах Е.П. Соколовой [163] и В.Б. Альтшуллера с соавторами [13].

С.В. Князев и В.М. Рябов [93], обследовав 116 женщин 40—50 лет, впервые в своей жизни перенесших алкогольный галлюциноз, выявляют отсутствие критичности к перенесенному психозу практи-

чески у всех пациенток, а также наличие у половины обследованных астено-субдепрессивных проявлений в постпсихотическом периоде. Авторы отмечают, что для больных была достаточно характерна диссимуляция перенесенных психотических расстройств, психологизация психотической симптоматики.

Т.В. Люшилина и С.М. Мостовой [108], проанализировав ситуацию с АП в г. Комсомольске-на-Амуре за период 1991—1997 гг. включительно, отмечают, что соотношение АП у мужчин и женщин достигло уровня 2,5:1, что существенно превышает уровень 80-х годов. Максимальная заболеваемость АП у женщин в данном регионе приходится на возраст 41—50 лет (32—39%). Авторы объясняют это тем, что риск заболеть алкоголизмом повышается после 40 лет в период менопаузы.

В свою очередь, изучение АП в Коми, проведенное В.Г. Пантелеевым [136], показало, что соотношение мужчин, больных алкоголизмом, к женщинам 1,8:1, а болезненность и заболеваемость алкоголизмом и АП у женщин соответственно 522 и 45 на 100 тыс. женского населения. Автор также отмечает, что в 2000 г. болезненность АП среди женщин увеличилась по сравнению с 1999 г. на 61,2%.

А.П. Агарковым [5, 6, 7] проведено изучение распространенности АП в Томской области за период 1971—1987 гг. Автором отмечено увеличение частоты первичных и повторных АП у женщин, а также выявлены высокодостоверные отличия интенсивных показателей распространенности АП у мужчин по сравнению с женщинами, которые составили в 1993 г. соответственно 248,71 и 36,66, а в 1997 г. — 247,51 и 42,30 на 10 тыс. населения.

Ракитин М.М. и В.Р. Агаронов [148] отмечают, что среди больных белой горячкой 90% приходится на мужчин и 10% на женщин.

В.Б. Альтшуллер [11, 12] в своих работах указывает на то, что степень семейной отягощенности у женщин, перенесших АП, примерно равна той, которая определяется у женщин, больных люцидным алкоголизмом. В большинстве случаев имеется семейная отягощенность алкоголизмом, чаще — по отцовской линии (до 50% больных), реже — по материнской (до 15%), еще реже — по обеим линиям (около 7%).

Клиническая картина АП у женщин, по мнению ряда исследователей [103, 143, 163, 193], обращает на себя внимание такими атипичными чертами, как кратковременность и abortивный характер течения психоза. Особенно это относится к галлюцинаторным нарушениям, которые, как правило, купируются в первый же день лечения. Другим характерным отличием АП у женщин являются разнообразные — как острые, так и резидуальные — проявления энцефалопатии, с чем связаны сравнительно долго сохраняющиеся после исчезновения галлюцинаторных нарушений резидуальный

бред и отсутствие критики к болезненным переживаниям; резидуальный бред касается не только вербальных галлюцинаций, но даже делириозных зоопсий.

В.Б. Альтшуллер [12] отмечает также, что среди алкогольных делириев у женщин преобладают психозы, протекавшие при отсутствии формальных нарушений аллопсихической ориентировки либо при наличии лишь недостаточно точной ориентировки во времени, что говорит о сравнительно небольшой тяжести болезненного состояния («ориентированный делирий»). Кроме того, примечательной особенностью неврологической симптоматики алкогольного делирия у женщин оказалось отсутствие или очень слабая выраженность тремора, столь характерного для этого заболевания и отразившегося в его названии.

Алкогольные психотические состояния у женщин характеризуются большим разнообразием, смешением и взаимосменяемостью разноплановой галлюцинаторной симптоматики, включающей в себя слуховые, зрительные, обонятельные, тактильные обманы восприятия, как элементарные, так и образные; как экстракампинные, так и панорамные; как обыденного содержания, так и сновидно-фантастические [14].

Значительное место в клинической картине АП у женщин наряду с истинными галлюцинациями занимают псевдогаллюцинации, а также разнообразные явления психического автоматизма. Все это затрудняет задачу сгруппировать, выделить варианты и дать обобщенную оценку психотических нарушений, что было бы полезно для целей коррелирования с другими клиническими параметрами алкоголизма [13].

Таким образом, по данным современной литературы, несомненный рост распространенности АП у женщин наблюдается за последние годы во многих регионах Российской Федерации и количество женщин, перенесших АП, в последние годы продолжает неуклонно расти. Это не только указывает на сложность проблемы, но и определяет необходимость углубленного изучения распространенности, клинических проявлений и особенностей течения АП у женщин, а также определение приоритетов терапевтической тактики этих больных.

Возрастная характеристика АП

В последние годы в нашей стране отмечается рост заболеваемости АП детей и подростков. По мнению большинства авторов, изучавших проблему алкоголизма и АП в молодом возрасте, болезнь протекает весьма злокачественно, с короткими светлыми промежутками и плохой курабельностью [6, 124, 146, 225, 226 и др.].

В своей диссертационной работе М.Г. Саванюк [151] указывает на более легкое течение алкогольных делириев и галлюцинозов у молодых лиц, связывая это с редкостью выраженных соматических заболева-

ний и органического поражения головного мозга. Автор отмечает, что алкоголизм у лиц, перенесших АП в молодом возрасте, отличается ускоренным темпом формирования и злокачественностью течения.

Е.И. Скугаревская и А.Д. Скугаревский [160] отмечают, что у лиц молодого возраста особенно часты делирии и атипичные психозы.

М.Г. Саванюк и Н.С. Макаричов [152] обследовали 103 больных АП в возрасте 17—25 лет. Чаще отмечены делирии с относительно простой структурой психоза, в 24,3% случаев диагностированы острые галлюцинозы. Клинически характерными являются относительная простота психозов и редкость выраженных соматических нарушений, что подтверждается данными А.К. Качаева [88].

Н.Д. Иванюженко [77] в своей работе отмечает, что АП у лиц молодого возраста возникают при меньшей в 3 раза, чем у лиц среднего возраста, длительности существования абстинентного синдрома, в структуре АП в молодом возрасте преобладают делирии, а у лиц среднего возраста — галлюцинозы.

Многие авторы [39, 94, 107] указывают на то, что психотический алкоголизм у лиц молодого возраста формируется в 3,5 раза быстрее, протекает со стремительным, диспропорциональным становлением симптомов, с более глубокой социальной дезадаптацией. Тем не менее, психозы при подростково-юношеском алкоголизме протекают легче, с большим числом типичных и меньшим — атипичных и смешанных вариантов.

В.Я. Пишель и С.А. Гордийчук [142] отмечают, что с наибольшим постоянством АП появляются у подростков и юношей на третьем году существования устойчивого абстинентного синдрома.

В работе С.А. Гордийчука [36] отмечено, что у подростков наблюдаются преимущественно острые и подострые формы АП, у юношей — острые, подострые и хронические. Автор отмечает, что в юношеском возрасте встречаются пять клинических вариантов АП: алкогольный делирий, острый, подострый и хронический галлюциноз, острый структурно-сложный психоз. В подростковом возрасте наблюдается всего три клинических варианта: алкогольный делирий, подострый галлюциноз, подострый параноид. Этим же автором подчеркивается, что повторные АП, возникающие впервые в юношеском возрасте, принадлежат преимущественно к той же клинической форме, что и первый психоз, лишь у небольшой части больных происходит смена ведущего синдрома: делирия — галлюцинозом, галлюциноза — параноидом, галлюциноза — структурно-сложным психозом.

Мнения о клинической картине АП у лиц пожилого возраста неоднозначны. Так, Н.В. Удинцева-Попова [178] сообщает, что вследствие перенесенных и сопутствующих соматических заболеваний и

личностных изменений у пожилых лиц изменяется структура АП. Это проявляется, прежде всего, в стирании границ между отдельными формами психозов, «причудливом взаимном переплетении и чередовании симптомов». На первых этапах эти психозы яркие, а при повторении становятся «тусклыми». Отмечено, что у пожилых лиц галлюцинозы встречаются чаще, чем делирии.

Г.М. Энтин [198] наблюдал 204 больных АП в возрасте 60—86 лет. Наиболее часто (47,5%) отмечен делирий.

Н.П. Кокорина с соавторами [178] отмечают у пожилых больных особую частоту алкогольных параноидов. В отличие от Н.П. Удинцевой-Поповой, эти авторы констатируют усложнение симптоматики при повторных психозах.

И.П. Дикий и Е.А. Чуркин [56], К.Г. Даниелян [55] особо подчеркивают роль соматических факторов в развитии АП у пожилых лиц. Авторы также подчеркивают, что эти психозы, как правило, атипичны.

О роли соматических факторов в трансформации АП у пожилых лиц свидетельствуют Н.А. Корнетов с соавторами (1985 г.). У больных молодого возраста с АП соматическая отягощенность отмечена в 22,5% случаев, а у пожилых — в 77,5%.

Г.В. Буторина с соавторами [22, 23] сообщают, что у пожилых больных алкоголизмом психозы относительно редки. Чем старше больной, тем чаще отмечаются делирии с относительно длительным течением и резидуальным бредом.

Л.Л. Гарбузенко с соавторами [33] сообщают, что алкогольные галлюцинозы у пожилых лиц отличаются вялым течением и скудностью симптоматики. Делирии возникали чаще после обострения соматических заболеваний или на фоне черепано-мозговых травм.

Н.П. Стаценко и М.Г. Усов [165] оспаривают мнение о редкости АП у пожилых лиц. Они справедливо утверждают, что большинство авторов использует экстенсивные показатели, которые менее информативны, чем интенсивные. Последние же не столь низки, чтобы говорить «о редкости алкогольных психозов у пожилых лиц».

А.П. Агарков [7], В.Б. Миневиц с соавторами [115], проведя эпидемиологическое исследование АП в Томской области за 1970—1989 гг., отмечают увеличение частоты поступлений больных старше 50 лет, а также то, что у лиц этого возраста практически в 2 раза выросли показатели первичных поступлений. Авторы интерпретируют данное явление отсутствием жесткого социального прессинга в данном возрасте, перенесенными ранее черепно-мозговыми травмами, а также соматическими заболеваниями, развивающимися или усугубляющимися в пожилом возрасте.

Исследование больных пожилого возраста, перенесших АП, проведенное Д.Е. Абрамовым [1], показало наличие у них только двух форм: алкогольного абстинентного состояния с делирием (77,2%) и алкогольного преимущественного галлюцинаторного расстройства — 22,8%. Автором выявлено наличие депрессивных расстройств различного спектра у 73,2% больных, высокая отягощенность сопутствующей соматоневрологической патологией, а также значимые нарушения социального функционирования у данной группы больных.

Таким образом, анализ данных литературы, посвященной особенностям распространенности, клинике и течению АП среди различных возрастных групп населения, говорит о том, что данные расстройства отличаются особенностями клинических проявлений и течения. Это требует дифференцированного лечения и реабилитации лиц АП разных возрастных категорий. Несмотря на то, что наибольшая распространенность АП характерна для самых трудоспособных групп населения, вместе с этим отмечен и высокий уровень заболеваемости АП среди детей и подростков, а также людей пожилого возраста, что говорит о крайне неблагоприятной ситуации и требует улучшения профилактической помощи среди населения.

Социодемографические особенности больных АП

Многочисленные данные литературы свидетельствуют, что алкоголизм и АП сравнительно нечасты у представителей интеллектуальных профессий и встречаются преимущественно у рабочих и колхозников. Хотя, как справедливо отмечают В.Б. Миневич с соавторами [114], в популяции до 90-х годов XX века было вообще много рабочих и жителей села.

Так, Л.А. Епифанова [64], обследовав женщин, больных АП, поступивших в Архангельскую психиатрическую больницу с 1966 по 1969 гг., отметила, что все больные отличаются низким интеллектуально-культурным уровнем.

Проведя обследование больных АП в одной из психиатрических больниц г.Москвы, Е.П. Соколова [162] констатирует, что, в основном, это были больные, образование которых не превышало 5—7 классов, занятые малоквалифицированным трудом (подсобные рабочие, официантки, продавцы, посудомойки).

Проведя клинко-катамнестическое исследование 489 больных атипичными АП, К.Г. Даниелян [55] отмечает разнообразный уровень профессиональной квалификации обследованных до развития хронического алкоголизма. Так, работников творческого труда было 2,8%, занимались квалифицированным трудом (инженерно-технические работники, педагоги) 9,2%, неквалифицированным трудом — 15,2%, слу-

жащих было 6,8%, квалифицированных рабочих — 61,8%, служили в армии 3,6%, не работали (женщины, занимавшиеся домашним хозяйством) — 0,6%. После перенесенного психоза были хорошо адаптированы (практически не отличались от здоровых) 33,6% больных (2,1% из них за время заболевания даже повысили свою квалификацию); работали или учились на несколько сниженном уровне 30,2%; у 30,2% произошло значительное снижение квалификации, но больные при этом работали, часто меняя места работы; длительно не работали 4,8% больных; не работали, находясь преимущественно в стационаре, 1,2%. До начала злоупотребления алкоголем все пациенты были полностью адаптированы.

В.Б. Миневич с соавторами [114] провели клинко-катамнестическое изучение больных в Томской области, перенесших АП, за 20 лет. Авторы отмечают, что подавляющее большинство (в среднем 60—70%) составили рабочие, лица без определенной социальной занятости составили 15—20%, пенсионеры по возрасту и инвалиды 5—6%. Причем от года к году эти показатели изменялись незначительно. Представители интеллигенции и студенты не были включены в исследование, так как в течение анализируемого периода они представлены единичными случаями.

Сравнительный анализ социально-демографических характеристик больных АП в Томской области в течение 1983—1987 гг. и 1993—1997 гг., проведенный А.П. Агарковым [5, 7], обнаружил резкое изменение трудового статуса больных АП во втором периоде: произошло достоверное снижение доли рабочих и служащих государственных предприятий, увеличение доли больных, нигде не работающих и не имеющих постоянного места жительства.

В Чувашии среди больных с психотическими формами алкоголизма значительную долю составляют лица с низким социальным статусом (69%), не имеющие определенного рода занятий [31].

В Марий Эл социальный статус больных алкоголизмом разнообразен — от безработных до начальников цехов, учителей и инженеров, больные же, перенесшие АП, как правило, также отличаются низким социальным статусом [32].

Многие отечественные и зарубежные исследователи также отмечают, что среди безработных и бездомных количество душевнобольных, в том числе и больных алкоголизмом, значительно выше, чем в популяции в целом. Алкоголизм, в том числе и его психотический вариант, приводит к социальной дезадаптации этих лиц [113, 147, 205, 210 и др.].

За последние годы в нашей стране произошли существенные изменения в учтенном числе больных АП, проживающих как в городской, так и в сельской мест-

ности. Так, С.М. Мостовым [122] изучена распространенность АП среди жителей Хабаровского края за период 1992—1996 гг. включительно. Несмотря на то, что заболеваемость и болезненность АП у обеих категорий населения за этот период увеличилась, в течение всего анализируемого периода показатель болезненности АП среди городских жителей значительно превышал показатель болезненности жителей села (в 1992 г. — в 1,5 раза, в 1996 г. — в 1,6 раза).

И.В. Гуриным [50] были обследованы 65 больных с синдромом отмены с делирием, находившихся в наркологических отделениях психиатрических больниц г.Москвы. Исследование показало, что среди пациентов преобладали жители города (92,1%), а уровень образования пациентов был преимущественно средним или среднеспециальным (70,7%). Автором отмечено, что среди пациентов было значительное число неработающих (24,4%), а сферу профессиональной деятельности обследованных наиболее часто составляли транспорт и торговля.

Проведя обследование 140 больных АП мужского пола в городских условиях, А.П. Масленников [111] выявляет среди них 33,6% безработных и высокую долю холостых.

Таким образом, многочисленные данные литературы говорят о том, что в последние годы среди больных АП отмечается достоверное снижение доли рабочих и служащих государственных предприятий, увеличение числа городских жителей, лиц с низким социальным статусом, не имеющих определенного рода занятий, а также лиц без определенного места жительства.

Клиника, течение и патоморфоз АП

Описанию клиники и течения АП посвящено также огромное количество источников литературы. Так, Н.Н. Иванец и М.А. Винникова [75] выделяют 13 вариантов делирия, 14 вариантов галлюциноза и 4 варианта параноида. Описывая течение АП, авторы подчеркивают, 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.

По данным А.Г. Гофмана и А.Э. Шамоты [41], за последние годы происходит не просто рост числа АП, но и утяжеление их течения, развитие все более тяжело протекающих делириев и энцефалопатий.

Летальность при однократных и повторных алкогольных психозах (в первую очередь среди тех больных, которые перенесли делирий) при катamnестическом обследовании через 5 лет после заболевания составляет 22—23% [83, 127].

За последние годы АП претерпевают существенный патоморфоз, т.е. видоизменения клинической картины под влиянием различных причин (экономиче-

ских, лечебно-профилактических, психофармакологических и др.), что неизбежно приводит к некоторому стиранию границ классических критериев диагностики различных форм АП, выработанных в прошлые годы. Трансформацию частот делириев и галлюцинозов связывают с критериями диагностики, видом потребляемых спиртных напитков, изменившимся характером питания и т.д. [49, 58, 87, 89, 91, 92, 112, 132 и др.].

Многие авторы сообщают о спонтанном патоморфозе АП [9, 24, 45, 47, 48, 52, 54, 55, 81 и др.].

Это еще более усугубляет разногласия при оценке течения психозов, их синдромологической и нозологической принадлежности [4, 37, 40, 97, 98, 118, 131, 133, 187, 209, 223 и др.].

В работах Г.В. Морозова и Н.Н. Иванца [117, 118] указано, что основным критерием «атипичности» алкогольных делириев служит появление в клинической картине психоза элементов синдрома Кандинского—Клерамбо.

Атипичные варианты алкогольного делирия, в структуре которого отмечены бред преследования и воздействия, онейроидные переживания, явления психического автоматизма описаны Х.А. Гасановым [34]. Автор в таких случаях придает важное значение перенесенным травмам головного мозга.

В то же время М.Г. Гулямов [45], описывая явления психического автоматизма в картине алкогольного делирия, не рассматривает их как признак атипичности.

Аналогичных взглядов придерживается Н.М. Шаропова [189], относя к типичным проявлениям алкогольного делирия такие его формы, как делирий с синдромом Кандинского—Клерамбо, онейроидный вариант белой горячки, с психическими автоматизмами, а также онейроидный вариант белой горячки, протекающей с бредом ревности.

Н.И. Стрельцова с соавторами [169] подтверждают развитие синдрома Кандинского—Клерамбо в структуре острых алкогольных психозов и дополняет сведения о клинических особенностях данного синдрома, отмечая, что переход острого алкогольного психоза в затяжное или хроническое течение сопровождается так называемым эндогенным видоизменением экзогенных психозов.

Вместе с тем, нельзя не согласиться с мнением В.Д. Москаленко с соавторами [119], которые высказывают предположение, что «противопоставление эндогенных и экзогенных болезней весьма условно. Генез всякого нормального или патологического явления всегда мультифакториален. В этиологии болезней ведущим компонентом сложного комплекса является внутренний, эндогенный (causa interna), даже когда речь идет об экзогенном психозе».

К.Г. Даниелян [54] отмечает, что в клинической картине АП в последние годы имеет место уменьшение

доли в дебюте болезни затяжных психотических картин и возрастание числа острых психотических состояний типа делирия, острого вербального галлюциноза и острого параноида. Автор видит связь рецидивирующих атипичных АП с отягощенной алкоголизмом наследственностью. Кроме того, алкогольный онейроид описывается как самостоятельная форма АП [53].

В.В. Сырейщиков и А.В. Шипов [174] отмечают наличие патоморфоза алкогольного делирия в виде изменения конкретной фабулы продуктивных психопатологических проявлений, сокращения доли делириозных форм в инициальном периоде психоза, изменения характера рецидивов.

В.В. Сырейщиков [172], сравнивая полученные в разные годы (1946—1960 и 1961—1970 гг.) клинические характеристики АП, установил увеличение числа острых синдромальных форм (в основном за счет роста числа случаев острого вербального галлюциноза) при снижении встречаемости хронических психопатологических картин и, прежде всего, паранойального синдрома со сверхценными и бредовыми идеями ревности. Среди различных типов течения АП автором наблюдается увеличение количества транзиторных форм и сокращение числа рецидивирующих, смешанных и непрерывных вариантов течения.

Исследования А.Х. Имамова [80] свидетельствуют о том, что по мере прогрессирования алкоголизма наблюдается закономерное увеличение количества атипичных форм делириев, галлюцинозов, параноидов и соответственное уменьшение типичных АП. Автором установлено, что процесс трансформации форм приступов в последующих рецидивах заболевания достоверно более вероятен, чем в предыдущих ($p < 0,05$); нередко при трансформации форм предыдущий психоз носит элементы последующего (протекает в переходной форме), что обуславливает атипичные и смешанные формы АП. Кроме того, автор отмечает, что при повторных психозах доля делирия снижается, а галлюциноз встречается более чем в 70% случаев.

По мнению А.Ф. Назарова [123], основные тенденции долговременного или спонтанного патоморфоза белой горячки проявляются в уменьшении доли классических психопатологических проявлений психоза и изменении их тематики, расширении круга психопатологических феноменов, не входивших в число постоянных и обязательных проявлений острых АП, а также в ускорении темпа формирования и обратного развития психотического состояния.

В последнее время все реже наблюдаются классические формы алкогольного делирия. Чаще встречаются тяжелые или abortивные его формы, в клинической картине заболевания нарастает доля слуховых галлюцинаций [49].

Г.Л. Воронков и А.Б. Поляченко [29] выделяют одну из разновидностей алкогольного делирия — аудитивный вариант, который занимает как бы промежуточное положение между алкогольным галлюцинозом и делирием и отличается склонностью к рецидивированию.

Х.У. Халиков [186] свидетельствует об изменении клинической картины острого алкогольного галлюциноза: уменьшении доли и изменении тематики основных проявлений психоза, увеличении доли психопатологических феноменов, проявляющихся ранее эпизодически, сокращении продолжительности психотического состояния.

Вместе с тем, М.Я. Водяницкая с соавторами [27], изучив катамнез 130 больных с диагнозом *атипичный алкогольный психоз*, сделали выводы, что большинство таких диагнозов ставится ошибочно. Структурно сложные психозы, считают авторы, имеет смысл рассматривать как самостоятельную группу алкогольных психотических состояний; бредовые же психозы с присоединением синдрома психического автоматизма, кататонических или депрессивно-параноидных переживаний свидетельствуют о шизофрении.

А.В. Елисеев и И.Р. Семин [63], А.В. Елисеев [62] в своем исследовании доказали, что не менее 30% так называемых алкогольных параноидов — дебюты параноидной шизофрении, микшированной с алкоголизмом.

В свою очередь, А.А. Байбаев [17], исследовав динамику острых АП у 80 больных, предполагает наличие единого острого алкогольного психоза, проявляющегося в одних случаях в завершённом виде (галлюциноз — параноид — онейроид — делирий), в других — abortивно (галлюциноз — галлюциноз — параноид).

В.В. Сырейщиков и Л.К. Хохлов [173] ставят вопрос о возрастном патоморфозе, выделяя среди причин, приводящих к видоизменению клиники психотического алкоголизма, возрастной фактор (возраст начала этилизма и возраст дебюта, манифестации психоза).

Н.Г. Шумский [196] в своей работе отмечает, что в связи с патоморфозом протекания металкогольных психозов они все больше приобретают характер острого галлюцинаторно-параноидного психоза.

Патоморфоз острых АП, по мнению Н.М. Шаровой [190], проявляется в расширении диапазона их феноменологических проявлений и изменения соотношения различных психопатологических элементов в их структуре. Автор считает, что одним из основных проявлений патоморфоза алкогольного делирия и острого алкогольного галлюциноза является сокращение их продолжительности.

А.В. Пепелец [138] также относит к атипичным АП abortивные делирии, для которых характерны подострое развитие психоза и полиморфная психопатологическая симптоматика с чертами «атипичности».

Автор предполагает, что полиморфизм АП обусловлен множеством факторов (генетических, личностных, социальных).

В работе Э.Н. Алиева [9] описываются варианты алкогольного делирия, возникающего на фоне нарастающей алкогольной интоксикации и существенно отличающегося от делирия, возникшего на фоне алкогольного абстинентного синдрома. Это отличие в основном заключается в более тяжелой клинической картине нарушения сознания, галлюцинаторных и бредовых переживаниях, незначительной выраженности вегетативных расстройств.

Л.Я. Трущенко и А.И. Филь [175] описывают структурно-сложные АП, клиника которых определялась последовательно сменяющимися картинами острых психозов — параноида, галлюциноза, делирия, а также наличием элементов синдрома Кандинского—Клерамбо. При этом синдром Кандинского—Клерамбо наблюдался в 31,9%; сочетание вербального галлюциноза и делирия, а также острого параноида и делирия одинаково — 27,7%; сочетание трех синдромов: делирия, вербального галлюциноза и острого параноида — в 12,8% случаев.

По мнению А.Г. Гофмана и Т.И. Нижниченко [38], В.В. Чирко и А.А. Польшковского [187], Н.В. Стрелец и С.И. Уткина [168], Г.Л. Гуревича [49], патоморфоз АП проявляется в возрастании их частоты по отношению к общему числу больных алкоголизмом, увеличении показателей соотношения делириев и галлюцинозов, росте летальности от АП, интенсивном росте числа АП у лиц молодого возраста и женщин, а также в уменьшении доли abortивных и классических делириев.

Таким образом, анализируя данные современной литературы, можно выявить некоторую тенденцию к утяжелению течения АП за последние годы, нередко протекающих с выраженной соматоневрологической патологией, а в некоторых случаях и с летальными исходами. Патоморфоз АП, произошедший в силу различных причин за последние годы, 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 АП.

Преморбидные особенности больных АП

Если преморбиду больных алкоголизмом посвящено огромное количество литературы [11, 73, 94, 107 и др.], то преморбидным особенностям больных психическим алкоголизмом — не так много работ.

Так, О.Е. Фрейеров [185], И.Г. Ураков с соавторами [179] и А.Х. Имамов [78] пишут, что раннему наступлению не только основных проявлений алко-

лизма, но и АП способствуют психопатические черты характера в преморбиде.

В.Б. Альтшулером подчеркивается [12, 13], что среди преморбидных особенностей женщин, перенесших АП, преобладали больные с неустойчивыми (35%), шизоидными (25%) и эпилептоидными (15%) чертами характера.

В работах Н.Н. Иванца и М.А. Винниковой [75], Г.М. Энтина с соавторами [197] подчеркивается, что среди преморбидных предьпозиционных особенностей у больных АП наибольшее значение имеют последствия черепно-мозговых травм, хронические соматические заболевания, а также наследственная отягощенность, с которой может быть связано несовершенство механизмов гомеостаза.

Е.О. Бойко (2005 г.) установил, что при наличии открытой черепно-мозговой травмы в анамнезе частота развития АП повышается в 7,1 раза.

Изучая клинику и течение тяжелых металкогольных делириев, В.Т. Лекомцев с соавторами [106] также отмечают, что причиной возникновения таковых, как правило, является энцефалопатия сложного генеза (травматического, алкогольного, сосудистого).

В.Н. Кузьминов [104] указывает на связь развития алкогольных делириев с предшествующими соматическими заболеваниями, влияющими прежде всего на тяжесть и длительность АП.

В то же время Л.А. Антипова [16] обнаружила у большинства обследованных ею больных алкогольным делирием отсутствие тяжелых соматических заболеваний.

Таким образом, среди преморбидных особенностей больных АП особая роль принадлежит наследственной отягощенности по наркологическим и психическим заболеваниям, черепно-мозговым травмам и другим резидуально-органическим расстройствам, патологическим типам воспитания и как следствие аномалиям личности, достигающим степени выраженных акцентуаций характера и психопатий.

Лечение АП

АП всегда представляли серьезную проблему в наркологии, а в последнее время эта проблема стала еще более актуальной [39, 131, 171, 208, 230].

Терапия АП проводится с применением единых для нашей страны методов, утвержденных Приказом МЗ РФ №140 от 28.04.1998 «Стандарты (модели протоколов) диагностики и лечения наркологических больных». Изложенные в нем стандарты (модели) лечения острых АП ориентированы на необходимый минимум оказания наркологической помощи, но ни в коей мере не предполагают стереотипности и шаблона врачебной деятельности [11, 153, 156].

Исходя из того, что в основе острых АП лежит органический процесс — алкогольная энцефалопатия, и они формируются на фоне интоксикации алкоголем с развитием гипоксии и отека мозга и резким нарушением водно-электролитного и кислотно-основного состояния, витаминного баланса и выраженными гемодинамическими и вегетативными сдвигами, обязательно проводят дезинтоксикацию, ликвидацию метаболических нарушений и коррекцию водно-электролитного, кислотно-основного состояния, устранение гемодинамических, сердечно-сосудистых нарушений, предупреждение отека легких, а при его возникновении — его устранение, предупреждение и устранение отека и гипоксии мозга, нормализацию дыхания, ликвидацию гипертермии, предупреждение или ликвидацию нарушений функции печени и почек, а также лечение сопутствующей соматической патологии [166, 184, 199].

Насчет количества инфузионных растворов существуют разные мнения. Одни авторы рекомендуют количество вводимой жидкости — 2500—2800 мл в сутки (необходимость регидратации) [153, 197 и др.], другие [148] подчеркивают, что больному можно вводить не более 800—1200 мл жидкости в сутки, так как данная тактика предупреждает отек клетки и повышение внутричерепного давления.

Относительно самих вводимых растворов на сегодняшний день также существуют различные мнения. Так, Л.М. Савченко [16], Е.М. Новиков [129], Ю.В. Сиволап [157] отдают предпочтение солевым растворам и категорически не рекомендуют растворы глюкозы (вследствие ослабления усвояемости тиамина). Вместе с тем, М.М. Ракигин и В.Р. Агаронов [148] считают инфузию натриевых растворов диагностической ошибкой, объясняя это нарушением деятельности калий-натриевого насоса, и считают целесообразным назначение растворов глюкозы для того, чтобы увеличить энергообеспеченность клетки и тем самым устранить внутриклеточный ацидоз.

В отношении назначения психотропных средств также имеют место разные взгляды. Так, одни авторы считают необходимым средством снотворные в больших дозах [4], другие [148] полагают лечебной ошибкой стремление персонала любыми способами «успокоить» пациента, для чего используются транквилизирующие нейролептики, большие дозы бензодиазепинов. Большинство же авторов сходно во мнении, что практически все нейролептики, как и антидепрессанты, обладают нейротоксическим действием, их введение усиливает ацидоз и отек клетки, а значит, утяжеляет состояние больного, например может вызывать аментивноподобные нарушения сознания, оглушение, сопор [72]. Особенно опасными в виде монотерапии при алкогольном делирии могут быть фенотиазины (аминазин), что касается бензодиазепинов,

то большие дозы их также могут вызывать угнетение дыхательного центра [120].

М.Ф. Mayo-Smith [217], изучив действие 42 лекарственных препаратов, применяемых при купировании алкогольного делирия, пришел к выводу, что бензодиазепиновые транквилизаторы за меньшие сроки устраняли психогическую симптоматику и судорожные припадки, чем нейролептики, в том числе фенотиазины, галоперидол и β -блокаторы.

В.В. Чирко и А.А. Польковский [187], С.М. Дымшиц и С.В. Гализра [59] утверждают, что за последние 10 лет отмечается выраженная тенденция к увеличению частоты более неблагоприятных вариантов течения алкоголизма и АП, кроме того, значительно увеличился показатель смертности от алкоголизма и АП.

Г.П. Андрух [15], обследовав 185 больных АП, обнаружил у 25 (13,5%) наличие хирургической патологии, что является основанием для профессиональной настороженности в отношении таких больных. Мониторинг и коррекция хирургической патологии могут быть одной из предпосылок уменьшения показателей летальности при АП.

Как факторы, повышающие риск смерти больных с острыми алкогольными психозами, могут рассматриваться повторные обращения в наркологический стационар; АП в анамнезе; употребление некачественного самодельного алкоголя; длительный запой или ежедневная форма пьянства; поступление в весенне-летний период; наличие сопутствующей патологии внутренних органов. Особо тягостает прогноз больного с острым металкольным психозом развитие пневмонии, поэтому больным с тяжелым течением острого алкогольного психоза обязательно следует назначать антибиотики для профилактики и лечения воспаления легких [83].

А.В. Пелепец [138] в своем исследовании отмечает тенденцию к летальности в более раннем возрасте от тяжелее протекающих металкольных психозов, а также то, что доля сопутствующей соматической патологии, в первую очередь пневмонии, выше в случаях летальности.

В.Н. Кузьминов [104] предлагает принцип комбинированного использования психотропных препаратов. Назначение одного препарата для купирования психомоторного возбуждения требует больших, заведомо токсичных доз. Сочетанное применение препаратов различных групп позволяет значительно уменьшить суммарные дозы, избежать побочных эффектов отдельных препаратов и наиболее быстро купировать психоз, предупредить его рецидивирующее течение, трансформацию алкогольного делирия в галлюциноз или параноид, возникновение резидуального бреда, депрессивных состояний после выхода из острого психоза.

Н.М. Захарова [67], изучив больных с тяжелым алкогольным делирием с кататоническими расстрой-

ствами, отмечает, что основной акцент необходимо делать на регидратационной, седативной, детоксикационной терапии, а имеющиеся кататонические проявления не требуют целенаправленного применения психотропных средств.

И.И. Кутько и В.М. Фролов [105] рекомендуют включение в комплекс интенсивной терапии больных алкогольным делирием, возникающим на фоне острой инфекционной патологии, комбинации детоксицирующих препаратов реамберина, глутаргина и энтеросорбции, что способствует ускорению выхода больных из психотического состояния и уменьшению продолжительности синдрома церебрастении.

В последние годы в лечении АП широко используются новые оригинальные психофармакотропные препараты. Все больше стало появляться работ, свидетельствующих о преимуществе оланзапина и рисперидона по сравнению с галоперидолом в лечении алкогольного делирия, особенно у пожилых больных [220, 221, 227, 228 и др.].

Э.А. Абрамов и А.К. Мельников [2], А.Г. Гофман и Е.С. Лошаков [43], изучив действие препарата рисполепт, не только пришли к выводу, что при лечении им острых алкогольных психозов наблюдается быстрая редукция продуктивной симптоматики, но и отметили также, что рисперидон является эффективным и безопасным средством.

Н.Б. Жаркова [66] отмечает, что рисполепт в растворе продемонстрировал высокую эффективность при хорошей переносимости для купирования состояний психотического возбуждения, в том числе и при интоксикационных психозах. Динамика таких симптомов, как бред, подозрительность, напряженность, тревога, галлюцинации, возбуждение и агрессия, является показанием для назначения данного атипичного антипсихотика.

Изучая эффективность оланзапина, А.Г. Гофман с соавторами [43] использовали препарат для купирования алкогольного делирия у 20 больных. На дозе 10 мг удавалось уменьшить тяжесть возбуждения, доза 20 мг приводила к наступлению длительного многочасового сна и исчезновению делириозной симптоматики. Длительность делирия при назначении оланзапина в среднем составила 31,5 ч, при симптоматической терапии седатиками и галоперидолом — 41 ч. Осложнений при лечении оланзапином не наблюдалось.

Н.А. Алиев и Э.Н. Алиев [10] показали в своем исследовании хорошие результаты применения депакина хроно в терапии алкогольного вербального галлюциноза. Результаты исследования подтверждают перспективность использования вальпроатов (на примере депакина-хроно) в терапии синдрома вербального галлюциноза и в рамках других психических расстройств.

А.Н. Бачериков с соавторами [20] включали глутаргин в комплексное лечение больных в состоянии

отмены алкоголя с делирием, что позволяло существенно снизить проявления алкогольной полинейропатии. Комплексное терапевтическое действие препарата (гепатопротекторное, гипоаммонийное, ноотропное) сокращало длительность постпсихотической астении, что облегчало реабилитационные мероприятия. Кроме того, глутаргин, как отмечают авторы, хорошо переносится больными и не имеет противопоказаний к применению у больных с алкогольным делирием. В связи с имеющимися указаниями на ноотропный эффект и активацию больных авторы рекомендуют введение препарата сразу после купирования психомоторного возбуждения.

Изучив сочетанное назначение клопиксол-акуфаза и диазепама, А.Н. Бачериков с соавторами [19] отмечают, что данная терапия позволяет купировать психомоторное возбуждение и психоз в целом в течение 72 ч у большинства больных со средней тяжестью алкогольного делирия. Авторы подчеркивают, что наиболее эффективно использование клопиксол-акуфаза на ранних стадиях состояния отмены алкоголя с делирием, что позволяет в отдельных случаях проведение терапии с использованием одного психотропного препарата либо сочетанно с невысокими дозами диазепама (до 40—60 мг в сутки).

С целью установления эффективности применения клопиксола (зуклопентиксола) А.Г. Гофманом с соавторами [44] препарат использован для купирования алкогольного делирия у 20 больных. После однократного приема 20 мг клопиксола *per os* на фоне стандартной терапии (реланиум, спирт с фенобарбиталом, полиионные смеси, карбамазепин) в течение первых 3 ч наступал длительный многочасовой сон, по окончании которого отсутствовали обманы восприятия. Только в одном случае понадобилось повторное назначение препарата. Длительность делирия после приема клопиксола, включая длительность многочасового сна, составила 15,8 ч, при лечении галоперидолом — 41,5 ч, при лечении оланзапином — 30,0 ч, при терапии рисперидоном — 31,5 ч. Осложнений во время лечения не наблюдалось. Постпсихотический астенический синдром наблюдался на протяжении нескольких суток. Авторы отмечают, что эффективность лечения могла бы быть большей при условии назначения клопиксола в первые сутки госпитализации на фоне проведения стандартной терапии.

Кроме вышеперечисленных лекарственных средств, С.Н. Мосолов с соавторами [121] отмечают, что для борьбы с психомоторным возбуждением с целью седации и восстановления сна эффективными и в то же время безопасными лекарственными средствами являются мидазолам 10—15 мг/сут. внутрь или внутримышечно, клонетиазол от 1,5 до 3 г/сут. внутривенно, внутрь, флунитразепам 2—8 мг/сут.

внутримышечно. Кроме того, указанные препараты обладают противосудорожной активностью.

Изучена клиническая эффективность вальпроатов при лечении алкогольного делирия. Так, работа Н.К. Шайхысламовой с соавторами [188] заключается в исследовании применения энкората-хроно в комплексной терапии алкогольного делирия у 37 больных. Авторами отмечена высокая эффективность энкората-хроно в купировании психомоторного возбуждения, нормализации сна, стабилизации эмоционального фона, потенцировании действия транквилизаторов.

Рядом исследователей [161] изучена эффективность интраназального введения гипоталамических пептидных гормонов — вазопрессина и кортикотропина в терапии острых и хронических АП. Показаны достаточная эффективность предложенных методов терапии, отсутствие осложнений и выраженных побочных эффектов.

Существуют данные об эффективности семакса в комплексном лечении алкогольного делирия и алкогольного абстинентного синдрома [167, 168]. Этот препарат, являющийся синтетическим гептатпептидом — аналогом адренкортикотропного гормона, не проявляющим гормональной активности, применяется интраназально, обладает адаптогенными и ноотропными свойствами, а также повышает устойчивость нейронов к гипоксии. Семакс достаточно безопасен, сведения о его побочных эффектах отсутствуют [106].

Купирование алкогольного делирия и острого алкогольного галлюциноза, включая введение налоксона, предложено В.В. Горбачем с соавторами [35]. Способ отличается тем, что налоксон вводят парентерально в дозе 0,4—0,8 мг на прием через 0,25—4,0 ч до наступления медикаментозного сна с продолжением введения налоксона после пробуждения до регресса клинической симптоматики. Кроме того, препарат антаксон, применяемый в амбулаторной практике, успешно зарекомендовал себя в качестве противорецидивного препарата у больных алкоголизмом [74].

После купирования АП и, в особенности, алкогольного делирия восстановительная трансформация психической деятельности происходит постепенно и на день выписки больных из стационара остается незаконченной. Продолжает сохраняться в разной степени выраженности астеническая симптоматика, а это должно находить свое отражение в рекомендациях при выписке — назначении больших доз ноотропов (мексидола, фенибута, глицина) [3, 106].

Исследование действия препарата гепа-мерц посвящены работы Ю.Н. Остапенко с соавторами [135], В.Б. Альтшулера с соавторами [14], Ю.П. Сиволапа [155], Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой и Т.А. Изюминой [76]. На фоне стандартной дезинтоксикацион-

ной терапии препарат достаточно быстро восстанавливает когнитивные функции, а именно память, внимание, ориентировку в месте, времени, критику к перенесенному психотическому расстройству.

Ю.А. Шуляк [194] в своей работе, посвященной клинике и лечению алкогольных энцефалопатий, отмечает, что своевременное назначение гепатопротекторов (эссенциале) повышает эффективность терапии, улучшает качество ремиссий.

Г.Г. Незнамовым с соавторами [125] показаны хороший терапевтический эффект нового отечественного препарата ноопет, назначаемого больным после перенесенных АП. Авторами отмечено, что он обладает существенными преимуществами перед существующими ноотропами: проявляет выраженную мнестическую и антиамнестическую активность в значительно меньших дозах (в 1000 раз меньших, чем для пирацетама), является малотоксичным соединением и не имеет побочных эффектов.

В последние годы при купировании АП, в частности делириев, широко применяют немедикаментозные методы детоксикации: плазмаферез, гипербарическую оксигенацию, озонотерапию, поверхностную краниоцеребральную гипотермию, гемосорбцию и энтеросорбенты внутрь [68, 73, 110 и др.].

Н.Г. Зима с соавторами [69] проводили больным алкогольным делирием плазмаферез и инкубацию клеточной массы мексидолом и сибазоном, что улучшило качество направленной терапии, усилило активность мексидола и сибазона благодаря синергическому эффекту, привело к уменьшению длительности делирия, отсутствию значимой медикаментозной нагрузки за счет снижения дозы седативных препаратов.

При лечении затяжных и хронических галлюцинозов, а также хронической паранойи показаны те же психотропные средства, что и при лечении острых форм [39, 88, 197 и др.].

Хорошо зарекомендовали себя этаперазин 8—20 мг/сут., рисперидон по 4—6 мг/сут., пипортил по 10—20 мг/сут. Эффективны и удобны в применении пролонгированные формы нейролептиков: масляные растворы галоперидола-деканоат и пипортил-L4, применяемые в дозе 50—100 мг внутримышечно каждые 3—4 недели [184].

При лечении корсаковского психоза, алкогольного псевдопаралича и других затяжных или хронических психоорганических синдромов алкогольного генеза ведущее место принадлежит ноотропам, витаминам групп В, С и общеукрепляющему лечению [11, 72, 145, 197].

В целом, эффективность лечения больных АП обеспечивается комплексностью лечебных мер, индивидуальным подходом к выработке терапевтической тактики, дифференцированным выбором лекарствен-

ных средств с учетом статуса больного, формы и тяжести психоза и соматического состояния больного. Следует подчеркнуть, что регулярное лечение больных хроническим алкоголизмом уменьшает вероятность развития у них металкогольных психозов.

Заключение

Таким образом, приведенный нами анализ литературы позволяет говорить о существенном росте заболеваемости и болезненности АП во многих регионах Российской Федерации и некоторых других странах мира, что обусловлено различными социально-экономическими, культуральными и этническими факторами, повышением качества выявляемости данных больных и т.д.

Говоря о соотношении АП, несмотря на противоречивые сообщения в современных литературных источниках, можно с уверенностью отметить существенное преобладание среди алкогольных психотических расстройств делирия и вербального галлюциноза.

Очевидным является рост числа АП у женщин за последние годы, наблюдаемый во многих регионах Российской Федерации. Это не только указывает на сложность проблемы, но и определяет необходимость углубленного изучения распространенности, клинических проявлений и особенностей течения АП у женщин.

Наибольшая распространенность АП характерна для самых трудоспособных групп населения — возраста 40—59 лет, что, в свою очередь, способствует уменьшению производительности труда и национального дохода, сдерживает экономическое развитие. Вместе с этим отмечен и высокий уровень заболеваемости АП среди детей и подростков, а также людей пожилого возраста, что также говорит о крайне неблагоприятной ситуации.

За последние годы среди больных АП отмечается достоверное снижение доли рабочих и служащих государственных предприятий, увеличение числа городских жителей, лиц с низким социальным статусом, не имеющих определенного рода занятий, а также лиц без определенного места жительства.

Большое внимание при лечении больных АП должно уделяться их преморбидным особенностям. Среди них особая роль принадлежит наследственной отягощенности по наркологическим и психическим заболеваниям, черепно-мозговым травмам и другим резидуально-органическим расстройствам, патологическим типам воспитания и расстройствам личности.

Анализируя данные современной литературы, можно выявить некоторую тенденцию к утяжелению течения АП за последние годы, отмечаются выраженная соматоневрологическая патология, а в некоторых случаях и летальные исходы. Патоморфоз АП, 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 АП.

В связи с этим одной из определяющих задач наркологии на современном этапе являются своевременная диагностика и дифференцированное лечение больных АП, а также коррекция соматоневрологической патологии у данного контингента больных. Лечение больных данного профиля должно быть комплексным, индивидуальным и учитывать особенности психопатологической симптоматики после выхода из психоза.

Таким образом, рост заболеваемости АП, видоизменение клиники и течения, отмечаемые в последнее время, определяют актуальность и своевременность их изучения. Результаты исследования необходимы для разработки практических мероприятий по совершенствованию комплексной лечебной помощи больным АП в различных регионах нашей страны.

Список литературы

1. Абрамов Д.Е. Острые алкогольные психозы у лиц пожилого возраста: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Томск, 2007. — 24 с.
2. Абрамов Э.А., Мельников А.К. О возможности применения rispoleпта в терапии психотических расстройств у больных алкоголизмом // Медицинская профилактика наркологических заболеваний: Матер. II город. научно-практ. конф. — СПб., 2002. — С. 3—5.
3. Абрамова Т.А. Структура и динамика психических нарушений у больных, перенесших различные виды алкогольного делирия // Наркология. — 2003. — №7. — С. 28—32.
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. — М.: Медицина, 1981. — 496 с.
5. 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.
6. Агарков А.П. К реабилитации женщин, перенесших алкогольные психозы (эпидемиологические аспекты) // Реабилитация нервно-психических больных. — Томск, 1986. — С. 141—142.
7. Агарков А.П. Катамнез больных, перенесших алкогольные психозы (Клинико-эпидемиологический и реабилитационный аспекты): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Томск, 1989. — 22 с.
8. Агарков А.П. Эпидемиология алкогольных психозов // Акт. вопр. психиатрии: Материалы 2-й науч. отчет. сес. СФ ВНИИПЗ АМН СССР. — Томск, 1985. — Вып. 2. — С. 10.
9. Алиев З.Н. Современные клинические особенности алкогольного делирия и роль нейромедиаторных аминокислот в его патогенезе: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2001. — 25 с.
10. Алиев Н.А., Алиев З.Н. О возможности применения депакина хроно в психофармакотерапии синдрома вербального галлюциноза // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. — М., 2005. — Т. 3, №3. — С. 23—27.
11. Альтшулер В.Б. Алкоголизм // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. Т. 2. — М.: Медицина, 1999. — С. 250—338.
12. Альтшулер В.Б. Женский алкоголизм // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — С. 116—133.
13. Альтшулер В.Б. Женский алкоголизм: клинические аспекты / В.Б. Альтшулер, Н.Н. Иванец, С.Л. Кравченко. — М.: Гениус, 2006. — 216 с.

14. Альтшулер В.Б., Лукин А.А. О соотношении алкоголизма и алкогольных психозов у женщин // Наркология. — 2006. — №5. — С. 32—38.
15. Андрух Г.П. Острые алкогольные психозы и сопутствующая хирургическая патология // История Сабуровой дачи: Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии. Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы №15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 473.
16. Антипова Л.А. Некоторые клинические особенности алкоголизма, протекающего с психотическими расстройствами и без них // Вопросы наркологии. — 2007. — №3. — С. 15—21.
17. Байбабаев А.А. О стереотипе развития острого алкогольного психоза // Материалы Международной конференции психиатров. 16—18 февраля, Москва. — М.: РЦ «Фарммединфо», 1998. — С. 297.
18. Баншиков В.М., Короленко Ц.П. Алкоголизм и алкогольные психозы. — М.: Медицина, 1968. — 256 с.
19. Бачериков А.Н., Кузьминов В.Н., Петрюк П.Т., Юрченко Н.П. Применение нейролептики клопиксол-акуфаз в лечении состояния отмены алкоголя с делирием // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2002. — №1. — С. 98—102.
20. Бачериков А.Н., Кузьминов В.Н., Юрченко Н.П. Применение глутаргина в комплексном лечении состояния отмены алкоголя с делирием // Журн. психиатрии и мед. психологии. — 2003. — №4. — С. 23—27.
21. Бойко Е.О. Закономерности развития алкогольной зависимости у лиц с преморбидными экзогенно-органическими расстройствами // Материалы международной конференции «Современные достижения в наркологии», посвященной 20-летию НИЦ наркологии. — М., 2005. — С. 35.
22. Буторина Г.В. Клинические особенности острых алкогольных психозов у больных различного возраста // Клинические проблемы алкоголизма. — Л.: Медицина, 1974. — С. 41—79.
23. Буторина Г.В., Гордееня Ф.Ф. Некоторые данные к возрастной характеристике острого алкогольного галлюциноза // Здоровоохранение Белоруссии. — 1973. — №3. — С. 24—27.
24. Валеева А.М. О трансформации отдельных психотических форм алкоголизма в процессе заболевания (по данным клинико-эпидемиологического исследования) // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1984. — Т. 84, В. 3. — С. 426—430.
25. Вельковский Г.Ф., Коротин Ю.И. Эпидемиологический аспект алкоголизма в Пензенской области // Профилактика, клиника, лечение алкоголизма и наркоманий, организация наркологической помощи. — М., 1977. — С. 252—257.
26. Верный В.А., Канчуга В.П. Клинико-эпидемиологический анализ заболеваемости алкогольными психозами // Профилактика, клиника, лечение алкоголизма и наркоманий, организация наркологической помощи. — М., 1977. — С. 270—273.
27. Водяницкая М.Я., Гофман А.Г., Нижниченко Т.И. К вопросу о редких и атипичных алкогольных психозах // Пробл. клиники, терапии, патогенеза алкоголизма. — М., 1988. — С. 17—22.
28. Воробьев М.И., Худяков А.В. Динамика алкогольных психозов за последние годы в условиях усиления борьбы против пьянства и алкоголизма // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1988. — Т. 88, в.4. — С. 104—107.
29. Воронков Г.Л., Поляченко А.Б. Об аудитивном варианте алкогольного делирия // Неврология и психиатрия. — Киев, 1991. — Вып. 20. — С. 94—95.
30. Воронцова Г.С. Об атипичных алкогольных психозах // Алкоголизм. — М., 1959. — С. 46—55.
31. Газета «АнтиСпид-НаркоСтоп» от 27.05.2006.
32. Газета «Жить в Марий Эл» от 15.07.2004.
33. Гарбузенко Л.Л., Доминский В.И., Сыровая Л.В. К характеристике возрастных особенностей алкоголизма и алкогольных психозов // Мат. V Всесоюз. съезда невропатол. и психиатр. — М., 1969. — Т. 2. — С. 398—400.
34. Гасанов Х.А. Острые алкогольные психозы. — Баку, 1964. — 224 с.
35. Горбач В.В., Мельник В.И., Виноградов Д.Б. с соавторами. Способ купирования алкогольного абстинентного синдрома, алкогольного делирия, острого алкогольного галлюциноза / Патент на изобретение РФ RU2215527 от 16.05.2007. Иванец Н.Н. Антаксон: современные подходы к терапии алкогольной зависимости / Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова // Наркология. — 2005. — №4. — С. 8—15.
36. Гордийчук С.А. Алкогольные психозы у подростков и юношей: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Киев, 1988. — 19 с.
37. Гофман А.Г. Дифференциальная диагностика алкогольных параноидов // Материалы Всесоюз. конф. по вопросу борьбы с алкоголизмом. — М., 1959. — С. 53—54.
38. Гофман А.Г. Клиника и терапия алкогольных психозов, протекающих на фоне соматической патологии / А.Г. Гофман, Т.И. Нижниченко // Клиника и лечение алкогольных психозов: Сб. научных трудов. — М., 1985. — С. 16—22.
39. Гофман А.Г. Клиническая наркология / Под ред. А.Г. Гофмана. — М.: Миклош, 2003. — С. 90—165.
40. Гофман А.Г., Бегунов В.И. Дискуссионные вопросы клиники и диагностики алкогольных психозов // Тез. докл. 3-й Всесоюз. научно-практ. конф. по вопросу клиники, профилактики и лечения алкоголизма и токсикомании. — М., 1980. — С. 43—47.
41. Гофман А.Г., Шамота А.З. Изменение структуры алкогольных психозов за последние 5 лет // XII съезд психиатров России, Москва, 1—4 нояб. 1995 г. (Материалы съезда). — М., 1995. — С. 702—703.
42. Гофман А.Г. Лечение больных алкогольными психозами // Русский медицинский журнал. — 2002. — Т. 10, №12—13. — С. 556—558.
43. Гофман А.Г. Опыт применения оланзапина при купировании алкогольного делирия / А.Г. Гофман, Е.С. Лошаков // Наркология. — 2004. — №6. — С. 63—65.
44. Гофман А.Г., Лошаков Е.С. Применение клопиксола (зуклопентиксола) в комплексной терапии больных алкогольным делирием // Наркология. — 2006. — №5. — С. 39—41.
45. Гулямов М.Г. Патоморфоз острых алкогольных психозов. — Душанбе: Ирфон, 1984. — 173 с.
46. Гулямов М.Г. Психиатрия (Учебник для студентов мед. ин-тов и мед. фак. ун-тов). — Душанбе: Маориф, 1993. — С. 362—383.
47. Гулямов М.Г., Самадов С.С. Патоморфоз острых алкогольных психозов: Метод. рекомендации МЗ СССР. — М., 1977. — 18 с.
48. Гулямов М.Г., Халиков Х.У. Патоморфоз острого алкогольного галлюциноза // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1988. — Т. 88, в. 2. — С. 73—78.
49. Гуревич Г.Л. Коморбидные расстройства в наркологической практике. — М.: Медпрактика-М, 2007. — 120 с.
50. Гурия И.В. Социокультуральные характеристики больных с алкогольным делирием // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и неврологии (выпуск 2) / Сборник научных трудов / Под ред. В.И. Михайлова, А.А. Чуркина, Б.С. Положего. — Москва—Хабаровск, 2000. — С. 312—314.
51. Гурина А.В. Клиника алкогольных психозов и алкоголизма у женщин: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1991. — 24 с.
52. Давтян С.А., Даниелян К.Г. Клиника атипичных и смешанных алкогольных психозов: Метод. рекомендации МЗ СССР. — М., 1979. — 18 с.
53. Даниелян К.Г. Алкогольный онейроид. — Ереван: Айнастан, 1989. — 97 с.
54. Даниелян К.Г. Алкогольный делирий и делириозно-онейроидные психозы сложной структуры. — Ереван, 1977. — 130 с.
55. Даниелян К.Г. Атипичные и смешанные алкогольные психозы (клиника, дифференциальная диагностика): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 1980. — 34 с.

56. Дикий И.П., Чуркин Е.А. Клиника соматической патологии в дебюте алкогольного делирия // Тр. Моск. гор. НИИ скорой помощи. — М., 1983. — Т. 56. — С. 28—34.
57. Дош Т.В., Тетерин Л.А. Клиническая характеристика алкогольных психозов по данным загородной психиатрической больницы // Современные подходы к лечению, профилактике и реабилитации наркологических больных: матер. Межрегиональной научно-практ. конференции. — Ижевск: Изд. дом «Секреты красоты и здоровья», 2007. — С. 34—36.
58. Дыбская В.Н. Клиника и лечение алкогольного делирия у больных алкоголизмом, злоупотребляющих винами: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1984. — 18 с.
59. Дымшиц С.М., Гализра С.В. О влиянии социальных факторов на распространенность и динамику алкоголизма и алкогольных психозов в последние 15 лет // История Сабуровой дачи: Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии. Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы №15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 493—495.
60. Егоров А.Ю. Рано начинающийся алкоголизм: современное состояние проблемы // Вопросы наркологии. — 2002. — №2. — С. 50—54.
61. Егоров В.Ф., Кошкина Е.А., Корчагина Г.А. Наркологическая ситуация в России (по данным официальной медицинской статистики за 1996 г.) // Рос. мед. журн. — 1998. — №2. — С. 109—114.
62. Елисеев А.В. Катамнез больных алкогольным параноидом // Акт. вопр. психиатрии. — Томск, 1987. — Вып. 3. — С. 152—154.
63. Елисеев А.В., Семин И.Р. Клинико-статистический анализ первичных госпитализаций больных алкогольными психозами (по материалам Томской области) // Акт. вопр. профилактики пьянства и алкоголизма в условиях Сибири и Дальнего Востока. — Томск, 1986. — С. 10—11.
64. Епифанова Л.А. Некоторые данные об алкогольных психозах у женщин // Вопросы клиники, систематики, патогенеза и терапии алкоголизма. — Вологда, 1972. — С. 123—126.
65. Жариков Н.М. Эпидемиология психических болезней // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — Т. 1. — С. 224—231.
66. Жаркова Н.Б. Опыт применения раствора ризполепта для купирования состояний психотического возбуждения // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал для психиатров и врачей общей практики. — Т. 5, №5. — С. 30—33.
67. Захарова Н.М. Клиника и терапия тяжелых алкогольных делириев с кататоническими расстройствами // Российский психиатрический журнал: Научно-практический журнал. — 2004. — №2. — С. 48—51.
68. Зборовский А.М., Седнев В.В., Писаренко Е.А. и др. Делириозный синдром в комбустиологии // Вестник неотложной и восстановительной медицины. — 2003. — Т. 4, №3. — С. 505—509.
69. Зима Н.Г., Сиворонов К.Н., Афанасьев Д.В., Григорьев Е.В. Способ терапии алкогольного делирия // Тезисы докладов Межрегиональной научно-практической конференции «Современные технологии и организация работы многопрофильной больницы», посвященной 90-летию Кемеровской ГКБ №3. — 2005. — С. 63.
70. Ибатов А.Н., Бажин А.А. Особенности клиники острого алкогольного галлюциноза у женщин // Вопр. наркологии. — 1989. — №1. — С. 26—27.
71. 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.
72. Иванец Н.Н. Психиатрия и наркология: учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 832 с.
73. Иванец Н.Н. Современные проблемы наркологии // Наркология. — 2002. — №6. — С. 2—7.
74. Иванец Н.Н., Анохина И.П. Актуальные проблемы алкоголизма // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — №3. — С. 99—102.
75. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Металкогольные (алкогольные) психозы // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 233—268.
76. Иванец Н.Н. L-орнитин-L-аспарат (гепа-мерц) в комплексной терапии больных с зависимостью от алкоголя / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова, Т.А. Изюмина // Вопросы наркологии. — 2008. — №1. — С. 18—30.
77. Иванюженко Н.Д. Алкогольные психозы и психотический алкоголизм в молодом возрасте (Сравнительно-возрастной анализ): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1989. — 26 с.
78. Имамов А.Х. Клинико-патогенетические аспекты патологического преморбида при алкогольных психозах // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1990. — Т. 90, №2. — С. 47—51.
79. Имамов А.Х. Трансформация синдромов при повторных алкогольных психозах (клинико-статистическое исследование) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1995. — В. 2. — С. 61—64.
80. 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.
81. Камолов Ш. К вопросу о патоморфозе белой горячки // Нозолог. видо-измен. психопатолог. синдромов. Клиника, патогенез и лечение алкогольных заболеваний. — Душанбе, 1974. — С. 178—180.
82. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. — Т. 1. / Пер. с англ. — М.: Медицина, 1994. — С. 163—168.
83. Карпец А.В. Смертность больных острыми алкогольными психозами // Вопросы наркологии. — 2002. — №3. — С. 43—47.
84. Качаев А.К. Эпидемиологические данные к генезу алкогольных психозов // Алкоголизм и некоторые другие интоксикационные заболевания нервной системы и психической сферы: Материалы плен. Всесоюз. мед. общества невропатологов и психиатров. — Ташкент, 1972. — С. 7—8.
85. Качаев А.К. Эпидемиологическое исследование хронического алкоголизма и алкогольных психозов: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 1971. — 38 с.
86. Качаев А.К., Ураков И.Г. Межрегиональная оценка результатов эпидемиологических исследований алкоголизма // Материалы VII Всесоюз. съезда невропатологов и психиатров. — М., 1981. — Т. 1. — С. 243—246.
87. Качаев А.К., Бехтерев Л.А. Некоторые данные о трансформации алкогольных психозов // Алкоголизм и некоторые другие интоксикационные заболевания нервной системы и психической сферы: Материалы плен. Всесоюз. мед. общества невропатологов и психиатров. — Ташкент, 1972. — С. 19—21.
88. Качаев А.К., Иванец Н.Н., Шумский Н.Г. Металкогольные (алкогольные) психозы // Алкоголизм (руководство для врачей) / Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. — С. 225—308.
89. Кашутин Н.А. Особенности возникновения алкогольных психозов у жителей Камчатки // Акт. вопр. профилактики пьянства и алкоголизма в условиях Сибири и Дальнего Востока: Материалы регион. научно-практ. конф. — Томск, 1986. — С. 15—17.
90. Кирсанов В.С., Чередник И.И. Некоторые аспекты распространенности алкоголизма среди больных с соматической патологией в Крымской области и особенности ее терапии // Эпидемиолог. исслед. в неврологии и психиатрии. — М., 1982. — С. 170.
91. Кирьяк В.А., Наку А.Г., Герман Г.Н. О клинической автономности винного алкоголизма // Акт. вопр. теоретической и клинической медицины. — Кишинев, 1989. — С. 430—431.

92. Кисляков В.И. Особенности клиники острых атипичных психозов при винном алкоголизме // Клиника, патогенез и лечение алкоголизма. — Кишинев, 1973. — С. 25—27.
93. Князев С.В., Рябов В.М. Постпсихотические нарушения у женщин, перенесших острый алкогольный галлюциноз // Материалы Международной конференции психиатров. 16—18 февраля, Москва. — М.: РЦ «Фарммединфо», 1998. — С. 319—320.
94. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: Изд-е 2-е, переработ. и дополн. — М.: Медицина, 1995. — С. 133—149.
95. Кокорина Н.П., Селедцов А.М., Гордничев В.В. К вопросу о клинико-реабилитационном прогнозе больных с алкогольными психозами в позднем возрасте // Реабилитация нервно-психических больных. — Томск, 1981. — С. 89—92.
96. Коломиец В.Ф. Клиника и некоторые вопросы патогенеза делириозного и онейроидного вариантов белой горячки, протекающей с синдромом Кандинского: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1975. — 23 с.
97. Колотилин Г.Ф. О направленности клинического патоморфоза алкогольного делипия // Журн. невропатол. и психiatr. им. С.С. Корсакова. — 1976. — Т. XXVI, в. 8. — С. 1209—1213.
98. Колотилин Г.Ф., Васильев В.Д. Об изменчивости течения алкоголизма и алкогольных психозов у малых народностей Дальнего Востока // Бюл. Сиб. отд. АМН СССР. — 1984. — №5. — С. 41—43.
99. Кошкина Е.А., Паронян И.Д., Павловская Н.И. Оценка алкогольной ситуации в России // Русский мед. журн. — 2000. — №5. — С. 14—18.
100. Кошкина Е.А. Проблема алкоголизма и наркоманий в России на современном этапе // Вопр. наркологии. — 1993. — №4. — С. 65—70.
101. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Гуртовенко В.М. Оценка распространенности употребления психоактивных веществ в различных регионах Российской Федерации. Аналитический обзор. — М., 2007. — 52 с.
102. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Ружников Ю.Н. с соавторами. Современные эпидемиологические методы мониторинга распространенности употребления наркотиков. — М., 2005. — С. 10—41.
103. Кравченко С.А. Периодические формы злоупотребления алкоголем в клинике алкоголизма у женщин: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1991. — 24 с.
104. Кузьминов В.Н. Некоторые аспекты патогенеза, клиники и лечения алкогольного делирия // Международный медицинский журнал. — 2002. — Т. 8, №1—2. — С. 75—78.
105. Кутько И.И., Фролов В.М. Неотложная терапия при алкогольном делирии на фоне острых инфекционных заболеваний. — Харьков; Луганск: Элтон, 2006. — С. 43—36.
106. Лекомцев В.Т. Тяжелые алкогольные делирии у больных, злоупотребляющих спиртосодержащими токсическими жидкостями / В.Т. Лекомцев, Е.А. Заплетаява, И.А. Уваров, В.С. Шмыков // Человек и мир: социальное поведение личности в изменяющемся мире. Матер. Всероссийской научно-практ. конф. 15—16 января 2007 г. — Ижевск: Изд-во ИУУ, 2007. — С. 142—144.
107. Личко А.Е. Подростковая наркология / А.Е. Личко, В.С. Битенский. — Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1991. — 301 с.
108. Люшилина Т.В., Мостовой С.М. Динамика распространенности алкогольных психозов в г. Комсомольске-на-Амуре // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и неврологии (выпуск 2): Сборник научных трудов / Под ред. В.И. Михайлова, А.А. Чуркина, Б.С. Положего. — Москва—Хабаровск, 2000. — С. 336—339.
109. Магнитская К.Б., Оруджев Я.С. Частота алкогольных психозов в популяции больных алкоголизмом как показатель тяжести алкоголизма // Акт. вопр. наркологии: Тез. докл. 1-й конф. наркологов Молдавии. — Кишинев, 1986. — С. 106—107.
110. Малин Д.И. Плазмаферез в психиатрии и наркологии: Руководство для врачей. — М., 1997. — 114 с.
111. Масленников А.П. Клиника и патоморфоз алкогольных психозов в условиях города: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2007. — 25 с.
112. Миневич В.Б. Алкоголизм в Сибири (эпидемиология, клиника, последствия, оптимизация наркологической службы): Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — Томск, 1990. — 356 с.
113. Миневич В.Б. Опыание, абстинентный синдром и психозы при злоупотреблении суррогатами алкоголя // Неотл. наркол.: Тез. докл. област. научно-практ. конф. (17 сент. 1987 г.). — Харьков, 1987. — С. 99—101.
114. Миневич В.Б. Эпидемиология психозов, связанных с употреблением алкоголя / В.Б. Миневич, Е.Д. Красик, Ц.П. Короленко с соавторами. — Томск, 1990. — 87 с.
115. Миневич В.Б., Артемьев И.А., Красик Е.Д. Алкоголизм в Сибири // Бюл. Сиб. отд. АМН СССР. — 1989. — №2. — С. 112—115.
116. Моёфес С.М. К вопросу об алкогольной парафрении // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1970. — Т. 70, в. 5. — С. 740—743.
117. Морозов Г.В., Иванец Н.Н. О некоторых клинических закономерностях течения алкогольных психозов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1975. — Т. 75, в. П. — С. 1705—1710.
118. Морозов Г.В., Иванец Н.Н. О течении алкогольных психозов // Нозолог. видоизмен. психопатолог, синдромов. Клиника, патогенез и лечение алкогольных заболеваний. — Душанбе, 1971. — С. 159—162.
119. Москаленко В.Д. Алкоголизм и генетика: Обзор / В.Д. Москаленко, М.М. Ванюков. — М.: ВНИИМИ, 1988. — 73 с.
120. Москвичев В.Г., Волохова Р.Ю., Зиновьева М.А. Лечение алкогольного делирия в стационаре // Лечащий врач. — 2005. — №6. — С. 51—58.
121. Мосолов С.Н., Малинин Д.И., Цукариси Э.Э. Острые алкогольные психозы // Медицинский вестник. — 2007. — №241 (426). — С. 34—45.
122. Мостовой С.М. Распространенность алкоголизма и алкогольных психозов в городах и районах Хабаровского края // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и неврологии (выпуск 2): Сборник научных трудов / Под ред. В.И. Михайлова, А.А. Чуркина, Б.С. Положего. — Москва—Хабаровск, 2000. — С. 348—354.
123. Назаров А.Ф. К вопросу о факторах, обуславливающих патоморфоз острых алкогольных психозов // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. — 1991. — С. 114—115.
124. Найденова Н.Г. Некоторые вопросы раннего клинического проявления алкоголизма у подростков // Клинические аспекты алкоголизма в подростковом возрасте. — М., 1982. — С. 64—70.
125. Незнамов Г.Г., Телешова Е.С., Сюняков С.А., Бочкарев В.К., Давыдова И.А. Результаты клинического исследования нового пептидного препарата Ноопепт у больных с психоорганическими расстройствами // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2007. — Т. 9, №2. — С. 72—75.
126. Немцов А.В. Алкогольная смертность в России. — М., 2001. — 86 с.
127. Немцов А.В., Нечаев А.К. Факторы заболеваемости алкогольными психозами // Социальная и клиническая психиатрия. — 1996. — №3. — С. 54—59.
128. Немцов А.В., Школьников В.М. Потери в связи с алкогольной смертностью в России в 1980-х—1990-х годах // Новости науки и техн. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь / ВИНТИ. — 1999. — №5. — С. 1—15.
129. Новиков Е.М. Алкоголизм и гипофизарно-надпочечниковая система. — М.: Антидор, 2001. — 290 с.
130. Носачев Г.Н., Либерман С.Н., Пескова М.В. и др. Алкогольные психозы с картиной парафрении // Алкоголизм и алкогольные психозы. — Омск, 1974. — С. 23—25.
131. Обухов Г.А., Вольнец С.И., Королева Е.Г. с соавторами. Лечение тяжелых форм алкогольного делирия: Методические рекомендации. — Минск, 1983. — 23 с.

132. Огнев А.Е. Материалы к распространенности, рецидивированию и трансформации алкогольных психозов: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1975. — 18 с.
133. Огурцов П.П., Жиров И.В. Неотложная алкогольная патология (пособие для врачей многопрофильного стационара) / Под ред. В.С. Монсеева. — М.: Стандарт, 2001. — 80 с.
134. Онищенко Г.Г., Егоров В.Ф. Алкогольная ситуация в России. О концепции государственной алкогольной политики в Российской Федерации // Наркология. — 2003. — №1. — С. 4—7.
135. Остапенко Ю.Н., Ливанов А.С., Иванов В.Б. с соавторами. Эффективность препарата гепа-мерц в комплексной терапии алкогольного делирия // Новости анестезиологии и реаниматологии. — 2005. — №4. — С. 45—49.
136. Пантелеев В.Г. Этнокультуральные особенности распространения, клиники и профилактики алкогольных психозов в Республике Коми: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2004. — 29 с.
137. Пантелеев В.Г. Этнокультуральные особенности распространения, клиники и профилактики алкогольных психозов в Республике Коми: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2004. — 29 с.
138. Пелепец А.В. Особенности развития основных форм металкогольных делириев (пилотное исследование) // Новости харьковской психиатрии. — Харьков, 2002. — С. 56—63.
139. Петраков Б.Д. Психическая заболеваемость в некоторых странах в XX веке. — М.: Медицина, 1972. — 298 с.
140. Петраков Б.Д., Петракова Л.Б. Психическое здоровье народов мира в XX веке: Обзор информации (ВНИИМИ) // Медицина и здравоохранение: Сер. Соц. гигиена и организация здравоохранения. — М., 1984. — 69 с.
141. Петраков Б.Д. Основные закономерности распространения психических болезней в современном мире и в Российской Федерации // XII съезд психиатров России. — М., 1995. — С. 98—99.
142. Пишель В.Я., Гордичук С.С. О сроках возникновения алкогольных психозов в ранних возрастных группах // Актуальные проблемы наркологии (Материалы всесоюзной научной конференции молодых ученых и специалистов). — Киев, 1986. — С. 73—74.
143. Плетнев В.А. Висцеральные нарушения в структуре алкогольного абстинентного синдрома у женщин как отражение особенностей преморбиды и течения алкогольной болезни // Вопросы наркологии. — 1993. — №3. — С. 17—21.
144. Положий Б.С., Гурин И.В. Динамика распространения алкоголизма и алкогольных психозов на разных этапах социально-экономического реформирования общества (по материалам Центрального региона России) // Рос. психiatr. журн. — 2004. — №6. — С. 29—32.
145. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. — Л.: Медицина, 1973. — 368 с.
146. Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. — М.: Медицина, 1988. — 288 с.
147. Разводовский Ю.Е. Алкогольные отравления и смертность, связанная с травматизмом, в Беларуси в 1970—2005 гг. // Вопросы наркологии. — 2007. — №2. — С. 51—57.
148. Ракитин М.М., Агаронов В.Р. Металкогольные психозы (клиника и лечение) // Наркология. — 2007. — №1. — С. 63—70.
149. Романова М.В., Храмов Т.Н., Романова А.Н. Некоторые особенности клиники и течения алкоголизма и алкогольных психозов у женщин (по данным стационара) // Пробл. клиники, терапии, патогенеза алкоголизма. — М., 1988. — С. 140—145.
150. Руководство по психиатрии: В 2-х т. Т. 2 / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др. / Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — С. 250—338.
151. Саванюк М.Г. Острые алкогольные психозы у лиц молодого возраста (клинический аспект проблемы): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1984. — 20 с.
152. Саванюк М.Г., Макаричов Н.С. Острые алкогольные психозы и лечебно-реабилитационные мероприятия у лиц молодого возраста // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом: Тез. докл. — Л., 1986. — С. 391—393.
153. Савченко Л.М. Лечение металкогольных психозов // Руководство по психиатрии: В 2-х т. Т. 2 / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др. / Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — С. 250—338.
154. Сайфулина А.К., Валеева А.М. О некоторых факторах, влияющих на уровень реабилитации больных алкоголизмом, перенесших алкогольные психозы с онейроидным синдромом // Акт. асп. реабилитации больных псих. заболеваниями и алкоголизмом: Тез. совмест. научно-практ. конф. Ленингр. психо-невролог. ин-та им. В.М. Бехтерева и кафедры психиатрии Курск. мед. ин-та. — Курск, 1983. — С. 103—105.
155. Сиволап Ю.П. Алкогольная болезнь мозга (к вопросу систематики металкогольных психозов) // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 2006. — Т. 106 (5). — С. 4—9.
156. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Алкоголизм: Практическое пособие для врачей. — М.: Медицина, 2007. — 128 с.
157. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. О принципиальных возможностях нейролептической терапии в наркологии // На пути профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи) / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. — М.: Медиа Пресс, 2008. — С. 338—348.
158. Сидоров П.И. Наркологическая превентология: Руководство. — Изд-е 2-е, перераб. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — С. 15—44.
159. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Коробицин А.А. Динамика заболеваемости алкоголизмом в Архангельской области за 1990—1995 гг. // Алкоголь и здоровье населения России 1900—2000 / Под ред. А.К. Демина. — М.: Росс. Ассоциация общественного здоровья, 1998. — С. 268—269.
160. Скугаревская Е.И., Скугаревский А.Ф. Предпосылки формирования и особенности алкогольных психозов в молодом возрасте // Клиника и лечение алкогольных психозов. — М., 1985. — С. 61—65.
161. Случевский Ф.И., Тихомиров С.М., Бахарев В.Д. Нейропептиды в терапии алкоголизма и алкогольных психозов // Журн. невропатол. и психiatr. им. Корсакова. — 1986. — XXXVI, В.2. — С. 244—247.
162. Соколова Е.П. К вопросу о клинике алкогольных галлюцинозов у женщин // Вопросы клиники, систематики, патогенеза и терапии алкоголизма. — Вологда, 1972. — С. 138—151.
163. Соколова Е.П. Особенности алкогольных психозов у женщин: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1974. — 25 с.
164. Соцевич Г.Н., Энтин Г.М., Авербах Я.К. Динамика распространения хронического алкоголизма и алкогольных психозов в Российской Федерации // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании: Респ. сб. научн. тр. — М., 1985. — С. 173—178.
165. Стаценко Н.П., Усов М.Г. Некоторые клинико-эпидемиологические данные изучения сезонности алкогольных психозов в возрастном аспекте // Вопросы клиники, профилактики и лечения алкоголизма и токсикоманий: матер. III Всесоюз. научно-практ. конф. — М., 1980. — С. 122—125.
166. Стрелец Н.В. Методы интенсивной терапии в наркологии // Лекции по наркологии. Изд-е второе, переработанное и расширенное / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — С. 189—201.
167. Стрелец Н.В., Деревлев Н.Н., Уткин С.И. Сорбционные, электрохимические и гравитационные методы в современной медицине // Тезисы Всероссийской конференции. — М., 1999.
168. Стрелец Н.В., Уткин С.И. Неотложные состояния в наркологии // Вопросы наркологии. — 1998. — №2. — С. 19—22.
169. Стрельцова Н.И., Гусева А.Б., Кувшинов Б.А. К проблеме диагностики алкогольных психозов // Неврология и психиатрия. — Киев, 1988. — Вып. 17. — С. 59—62.
170. Стрельчук И.В. Интоксикационные психозы / Под ред. И.В. Стрельчука. — М., 1970. — 370 с.

171. Стрельчук И.В. Лечение тяжелых форм алкогольного делирия // Вопросы клиники, диагностики и профилактики алкоголизма и наркоманий. — М., 1983. — С. 127—129.
172. Сырейщиков В.В. О клиническом патоморфозе алкогольных психозов по данным эпидемиологического исследования // Журн. невропатол. и психiatr. им. С.С. Корсакова. — 1981. — Т. 81. — В. 2. — С. 78—83.
173. Сырейщиков В.В., Хохлов Л.К. Роль терапевтического и возрастного факторов в патоморфозе алкогольных психозов // Клиника и лечение алкогольных психозов. — М., 1995. — С. 65—68.
174. Сырейщиков В.В., Шипов А.В. О патоморфозе алкогольного делирия // Эпидемиология и патоморфоз психических заболеваний. — Ярославль, 1979. — С. 61—65.
175. Трущенко Л.Я., Филь А.И. О некоторых особенностях клиники, течения и лечения алкогольных психозов // Новгородская психиатрическая ассоциация. — Нижний Новгород, 2002. — С. 34—39.
176. Турина А.В. Течение рецидивирующих алкогольных галлюцинозов у женщин // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. — М., 1985. — С. 30—32.
177. Турченко Л.А. Об алкогольных психозах у жителей сельской местности // Пути совершенствования психiatr., невролог. и нарколог. помощи сельскому населению. — М.; Рязань, 1982. — С. 162—163.
178. Удинцева-Попова Н.В. Алкоголизм и алкогольные психозы. — М.: Медицина, 1963. — С. 93—100.
179. Ураков И.Г. Хронический алкоголизм / И.Г. Ураков, В.В. Куликов. — М.: Медицина, 1977. — С. 18—42.
180. Ураков И.Г., Мирошниченко Л.Д. Современные тенденции распространенности наркоманий в мире. — М., 1989. — 71 с.
181. Ураков И.Г., Мирошниченко Л.Д., Творогова Н.А. Региональные аспекты динамики алкогольных психозов // Клиника и лечение алкогольных психозов. — М., 1986 (5). — С. 69—72.
182. Усов М.Г. Алкогольные психозы у женщин (эпидемиологический и клинический аспекты) // Проблемы алкоголизма и наркоманий (клинико-организационные аспекты). — Хабаровск, 1988. — С. 145—147.
183. Утин А.В., Имамов Л.Х., Вавильчева А.И. Клинико-эпидемиологическое исследование алкогольных психозов // Эпидемиол. исслед. в неврологии и психиатрии. — М., 1982. — С. 223—224.
184. Уткин С.И. Алкогольные психозы // Лечащий врач. — 2003. — №4. — С. 23—28.
185. Фрейеров О.Е. К вопросу об алкоголизме при психопатиях // Вопросы клиники, систематики, патогенеза и терапии алкоголизма. — Вологда: Сев.-Западн. книжн. изд., 1972. — С. 328—340.
186. Халиков Х.У. Некоторые новые данные о психопатологии острого алкогольного галлюциноза // Клиника, патогенез, лечение алкогольных заболеваний и токсикоманий. — Душанбе, 1987. — С. 41—48.
187. 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.
188. Шайхысламова Н.К., Оспан Т.Б., Лободенко А.Г., Садыкова Б.К. Применение препарата энкорат-хроно в комплексном лечении больных шизофренией // Труды Павлодарского психоневрологического диспансера. — 2006. — С. 11—14.
189. Шаропова Н.М. Клиника и формирование синдрома Кандинского при остром алкогольном галлюцинозе: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1986. — 25 с.
190. 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.
191. Шевченко А.Д., Кошкина Е.А. Наркологическая служба в России в 1994 г. // 1995. — №3. — С. 6—10.
192. Штерева Л.В. Острые алкогольные психозы // Клиника и течение алкоголизма: Сб. научных трудов. — Л.: Медицина, 1986. — С. 33—67.
193. Штырков А.Г. Клинические особенности алкоголизма у женщин с эпилептоидными чертами характера: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2003. — 24 с.
194. Шуляк Ю.А. Особенности клиники и терапии алкогольных энцефалопатий с различными вариантами их течения: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2008. — 25 с.
195. Шумский Н.Г. Алкоголизм // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — Т. 2. — С. 251—328.
196. Шумский Н.Г. Судебная психиатрия. — М.: Медицина, 1998. — С. 124—152.
197. Энтин Г.М. Алкогольная и наркотическая зависимость (Практическое руководство для врачей) / Г.М. Энтин, А.Г. Гофман, А.П. Музыченко, Е.Н. Крылов. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 75—97.
198. Энтин Г.М. Клиника и терапия алкогольных психозов в пожилом возрасте // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1970. — Т. 70, в. 5. — С. 743—750.
199. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. — М.: Медицина, 1990. — 416 с.
200. Юрьева Л.Н. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и в Украине // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 32—33.
201. Achte K. et al. Alcoholic psychoses in Finland. — The Finnish foundation for alcohol studies. — Helsinki, 1969. — 68 p.
202. Berrut C. Delirium tremens Problem — therapeutiques et medico-socials. A propos de 202 cas These par m Claude Berrut. — 1969. — S. 1. — (Цит. по МРЖ, разд. XIV, 1971).
203. Bleuler E. Руководство по психиатрии. — М.: Независимая психиатрическая ассоциация, 1993. — С. 202—223.
204. Brajsjar B.A., Horjus M.C., Nijhuis H.G. Prevalence of the Korsakoff syndrome in the Hague, the Netherlands // Acta psychiat. Scand. — 1987. — Vol. 75, №6. — P. 604—607.
205. Brinkmann C. Health problems and psychosocial strains of unemployed. A summary of recent empirical research in the Federal Republic of Germany // lect. Notes Med. Inf. — 1983. — №21. — P. 263—285.
206. Dilling H., Weyerer S. Epidemiologie psychischer Storungen und psychiatrisch Versorgung / Mit einem Geleitw. Von H. Hippus. — Munchen, 1978. — 319 S.
207. Eisenberg L. Past, present and future of psychiatry: personal reflections // The Canadian Journal of Psychiatry. — 1997. — Vol. 42, September. — P. 705—713.
208. Goodwin D. Alcoholism // Comprehensive Textbook of Psychiatry. 5th edition. — Baltimore, 1989. — Vol. L. — P. 686—689.
209. Greenberg D.M., Lee J.W. Psychotic manifestations of alcoholism // Cur. Psychiatry Rep. — 2001. — Vol. 3 (4). — P. 314—318.
210. Hesselbrock V., Hesselbrock M., Stabenau J. Subtyping of alcoholism in male patients by family history and antisocial personality // J. Stud. Alcohol. — 1985. — Vol. 49. — P. 89—98.
211. Hyttinen R. Alkoholspsykosernan epidemiologie i Finland // Nord. psykiat. — 1979. — Vol. 33, №4. — P. 247—252. (Цит. по МРЖ, разд. XIV, 1980).
212. Koretic D., Lang B. Pristup tretmanu alkoholnih psihoza // An. klin. bolnice Dr. M. Stojanovic. — 1989. — Vol. 28, №1. — S. 83—90.
213. Краепелин Е. Учебник психиатрии для врачей и студентов / Пер. с 8-го изд. Галунова и др. — М.: Изд. А.А. Карцева, 1910. — 451 с.
214. Larsen M. The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment. — 2nd ed. — Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999. — P. 7—8, 155, 283—285.
215. Manus A. Alcoholism: acute and chronic psychiatric complications. Epidemiology, diagnosis, treatment // Rev. Prat. — 1994. — Vol. 15, №44—48. — P. 2519—2522.

216. Mastrangelo G. Recent development in the struggle against alcoholism in Italy // World dialogue on alcohol and drug dependence. — Boston, 1970. — P. 324—331.
217. Mayo-Smith M.F. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline // JAMA. — 1997. — Vol. 278. — P. 144—151.
218. Mueller T.I. Psychiatric disorders in alcoholics // Med. Health. R. I. — Treat. — 1994. — Vol. 80, №3. — P. 87—90.
219. Murray C.J.L., Lopez A.D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. — Boston: Harvard University Press, 1996. — (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1).
220. Ondria C. Gleason, M.D. Delirium // American family physician. — 2003. — March 1. — Vol. 67, №5. — P. 1027—1034.
221. Passik S.D., Cooper M. Complicated delirium in a cancer patient successfully treated with olanzapine // J. Pain Symptom Manage. — 1999. — Vol. 17. — P. 219—223.
222. Parwin P. Alcoholism in Italy. Its importance, causes, miti-al conclusions // Quart. J. Stud. Alcohol. — 1966. — Vol. 27, №4. — P. 778.
223. Pawsley B., Castle D. Substance use and psychosis // Aust. Fam. Physician. — 2006. — Vol. 35 (3). — P. 110—112.
224. Razvodovski Y.E. Alcoholism and alcoholic psychosis in Belarus in 1970—1999 // J. Psychiatr. Pract. — 2000. — Vol. 6, №5. — P. 256—266.
225. Rohsenow D., Corbett R., Devine D. et al. Molested children as a hidden contribution to substance abuse? // J. Subst. Abuse Treat. — 1988. — Vol. 5. — P. 13—18.
226. Rosenberg C.M. Young alcoholics // Brit. J. Psychiat. — 1969. — Vol. 115. — P. 181—189.
227. Sipahimalani A., Masand P.S. Olanzapine in the treatment of delirium // Psychosomatics. — 1998. — Vol. 39. — P. 422—430.
228. Sipahimalani A., Sime R.M., Masand P.S. Treatment of delirium with risperidone // Int. J. Geriatr. Psychopharmacol. — 1997. — Vol. 1. — P. 24—26.
229. Soyka M. Alcohol-induced hallucinosis. Clinical aspects, pathophysiology and therapy // Nervenarzt. — 1996. — Nov. — Vol. 67(11). — P. 891—895.
230. Verbanck P. Strategies de treatment de l'alcoolisme // Rev. Med. Bruxelles. — 1998. — Vol. 19, №6. — P. 503—504.

The conducted review of literature allows to talk about substantial growth of morbidity and sickness of alcoholic psychoses (AP) in many regions of Russian Federation and some other countries of the world, that is conditioned different socio-economic, cultural and ethnic factors, upgrading exposed of information of patients et cetera. Speaking about correlation it is AP possible with a confidence to mark substantial predominance among them of delirium and verbal gallyucinozis. Obvious is growth AP for women and most prevalence AP at the ablest to work groups of population — age 40—59 years. In the last few years among patients the reliable decline of specific gravity of workings and servings state enterprises, multiplying the number of townsmen, is AP marked, persons with low social status, not having a certain line of business, and also persons without the certain place of inhabitation. Among premorbid features the special role belongs to inherited burdened on narcological and psychical diseases, cranial-cerebral traumas, anomalies of personality. Pathomorphozis AP does unfavorable not only the further flow of alcoholism but also on the whole life of patients. In spite of variety of modern psychiatric preparations, treatment of patients of this type must be complex, individual and to take into account the features of abnormal psychology symptomatic after an exit from a psychosis. To one of determining tasks of narcology on the modern stage there is timely diagnostics and differentiated treatment of patients AP, and also correction of somatic and neurological pathology at this contingent of patients.