

Особенности формирования и клинические проявления абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом

КОВАЛЕВ А.А.
КОВАЛЕВ А.А.

д.м.н., профессор, вед. н. сотр. Национального научного центра наркологии Росздрава, Москва
к.м.н., наркологический диспансер №11 УЗ САО, Москва

Изучены закономерности формирования, клинические проявления и течение алкогольного абстинентного синдрома (ААС) у больных пивным алкоголизмом. Установлено, что специфическим для данного контингента больных является раннее формирование ААС по сравнению с общей популяцией больных алкоголизмом, а это часто лежит в основе его высокопрогредиентного течения. Характерным для пивного алкоголизма является высокая степень тяжести ААС. Его клиническая картина определяется полиморфной симптоматикой. На II стадии преобладают соматовегетативные и неврологические расстройства. На II—III и на III стадиях облигатным становится психопатологический компонент, а соматовегетативная и неврологическая симптоматика носят факультативный характер.

Ключевые слова: алкогольный абстинентный синдром, пивной алкоголизм, высокопрогредиентное течение, стадии алкоголизма

Введение

Актуальность изучения проблемы пивного алкоголизма, а также алкоголизма, сформировавшегося у лиц, злоупотребляющих другими спиртными напитками с низким содержанием этанола (джин-тоник, сидр, «отвертка», «хуч», «трофи» и т.д.), обусловлена социальной значимостью и постоянно растущей долей данного контингента больных не только в структуре наркологических и нервно-психических заболеваний, но и в заболеваемости населения в целом. Значимость изучения вопросов клиники, динамики, лечения и профилактики пивного алкоголизма связана не только с его большой распространенностью, но и с влиянием данного заболевания на трудоспособность, производительность труда и микросоциальные отношения. Своеобразие отличительных факторов при пивном алкоголизме по сравнению с общей популяцией больных алкоголизмом во многом обусловлено определенной культурой его потребления. Это связано с легкой доступностью пива как в плане ценовой политики государства, так и, до недавнего времени, в плане законодательной базы, определенными традициями в обществе, расхожим мнением о том, что «пиво — не алкоголь», обилием рекламы в средствах массовой информации. Немаловажное влияние на начало злоупотребления пивом оказывают и его своеобразные приятные вкусовые качества, возможность легко утолять жажду, а также ряд его позитивных фармакологических эффектов. Все вышеизложенное лежит в основе быстрого формирования пивного алкоголизма [2, 3, 4]. Несомненный интерес, на наш взгляд, представляет изучение клинических проявлений ААС у данного контингента больных, которые отличаются большим своеобразием [5, 6, 7, 8].

Цель настоящего исследования — изучить закономерности формирования, клинические проявления и течение абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом и на основе полученных данных разработать дифференциально-диагностические критерии клинических проявлений ААС, направленные на своевременную идентификацию данного контингента обследованных в общей популяции больных алкоголизмом.

В связи с вышеизложенным в задачи настоящего исследования входило исследовать клиническую структуру ААС у больных пивным алкоголизмом в зависимости от стадий заболевания и личностного фактора.

Объект и методы исследования

Проведено обследование 114 больных пивным алкоголизмом (основная группа обследованных), среди которых было 65 мужчин (57,0%) и 49 женщин (43,0%). Контрольную группу составили 50 больных алкоголизмом, сформировавшимся на фоне злоупотребления спиртными напитками с высоким содержанием этанола.

Возраст больных в основной группе варьировал от 17 до 58 лет (средний возраст составил $30,9 \pm 9,9$ года). В контрольной группе обследованных средний возраст составил $40,1 \pm 9,9$ года. Пивной алкоголизм достоверно чаще встречался в более молодом возрасте, чем в контрольной группе обследованных. Так, в возрасте до 20 лет данная разновидность алкоголизма встречалась в 12,3% случаев, в возрастных группах от 21 до 25 лет и 26—30 лет она составила 22,8 и 20,2%. В контрольной группе показатели по данному признаку в вышеуказанных возрастных интервалах составили 0,0, 8,0 и 8,0% соответственно ($p < 0,05$).

Больные как в контрольной, так и в основной группах чаще принадлежали к категории служащих (38,0 и 30,6% соответственно; $p>0,1$).

Обращает на себя внимание большое количество студентов в основной группе по сравнению с контрольной (15,8 и 2,0% соответственно; $p<0,05$). Рабочие несколько чаще преобладали в контрольной группе больных (36,0 и 25,4% соответственно; $p>0,05$).

Среди обследованных основной группы по сравнению с контрольной достоверно чаще отмечалось начало злоупотребления алкоголем в более молодом возрасте (до 15 лет — 1,8 и 0,0%; $p>0,05$; от 16 до 20 лет — 40,3 и 24,0%; $p<0,05$; от 21 до 25 лет — 25,4 и 22,0% соответственно; $p>0,05$). В контрольной группе, напротив, значительно чаще данный признак встречался в более зрелом возрасте — от 26 до 30 лет (36,0 и 17,5% соответственно; $p<0,05$).

У больных как контрольной, так и основной групп значительно чаще преобладала II стадия заболевания (72,0 и 44,7% соответственно; $p<0,05$). Среди обследованных с пивным алкоголизмом по сравнению с контрольной группой чаще встречались больные с I и I—II стадиями (10,5 и 2,0%; $p>0,05$; 16,7 и 4,0% соответственно; $p<0,05$).

Основным методом обследования был клинико-психопатологический с длительным динамическим наблюдением. Кроме того, применялись методы ретроспективной оценки болезненного состояния и ка-тамнестический.

Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке.

Результаты исследования

Общей для всех обследованных особенностью являлось относительно раннее формирование ААС по сравнению с общей популяцией больных алкоголизмом.

В табл. 1 отражено распределение изученных больных алкоголизмом в зависимости от длительности периода злоупотребления алкоголем до формирования ААС.

Как видно из приведенной таблицы, самый высокий показатель по длительности злоупотребления алкоголем до формирования ААС выявлен в основной группе обследованных во временном интервале от 1 года до 3 лет — 40,4%, в контрольной группе данный показатель составил всего лишь 14,0% ($p<0,05$). В контрольной группе преобладали больные, у которых ААС формировался значительно позже. Также показатели основной группы значительно превосходят показатели контрольной в графе «ААС не сформировался» — 27,2 и 6,0% соответственно ($p<0,05$).

В то же время в группах с временными интервалами формирования ААС: до 1 года, от 4 до 6 лет, от 7 до 9 лет, от 10 до 12 лет и от 13 лет и выше показатели контрольной группы значительно превосходят показатели основной — 10,0% против 2,6% ($p<0,05$); 24,0% против 16,7% ($p>0,05$); 20,0% против 7,9% ($p<0,05$); 14,0% против 5,2% ($p>0,05$) и 12,0% против 0,0% соответственно ($p>0,05$).

В целом же полученные нами данные о распределении исследованного контингента больных пивным алкоголизмом по срокам формирования ААС опережают аналогичные данные, полученные другими исследователями на популяционном материале при их сопоставлении с учетом одинаковых временных интервалов [1, 4, 9].

В табл. 2 отражено распределение изученных групп больных алкоголизмом по срокам формирования ААС, по данным различных исследователей.

Как видно из приведенной таблицы, среди больных пивным алкоголизмом, по сравнению с данными, полученными другими исследователями в общей популяции больных алкоголизмом, показатель формирования ААС во временных интервалах до 6 и от 7 до 15 лет с момента начала злоупотребления спиртными напитками был несколько ниже и составил 59,7 и 13,1% против 63,0 и 33,4% соответственно, $p>0,05$ [9] и 74,6 и 21,2% соответственно, $p<0,05$ [1]. Данное явление можно объяснить значительным преобладанием в основной группе больных, у которых ААС не сформировался — 27,2% против 0,0 и 0,0% соответственно ($p<0,05$), а также стоит отме-

Таблица 1

Распределение изученных групп больных алкоголизмом в зависимости от длительности периода злоупотребления алкоголем до формирования ААС

Группы больных	Длительность периода злоупотребления алкоголем до формирования ААС (лет)												ААС не сформировался		Итого	
	Менее 1		1—3		4—6		7—9		10—12		13 и более					
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная	3	2,6	46	40,4	19	16,7	9	7,9	6	5,2	—	0,0	31	27,2	114	100,0
Контрольная	5	10,0	7	14,0	12	24,0	10	20,0	7	14,0	6	12,0	3	6,0	50	100,0

**Распределение изученных групп больных алкоголизмом
по срокам формирования ААС, по данным различных исследователей**

Сроки формирования ААС (лет)	Источник (количество больных)					
	[5]		[9]		[1]	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До 6	68	59,7	194	63,0	1660	74,6
7—15	15	13,1	103	33,4	473	21,2
Более 15	—	0,0	11	3,6	93	4,2
ААС не сформировался	31	27,2	—	0,0	—	0,0
Всего	114	100,0	308	100,0	2226	100,0

тить и тот факт, что среди больных пивным алкоголизмом подавляющее большинство составляли больные, у которых ААС сформировался во временном интервале от 1 года до 3 лет — 40,4%.

Срокам формирования ААС придавалось большое значение в связи с тем, что они, как правило, коррелировали с прогрессивностью пивного алкоголизма.

При оценке темпа прогрессивности алкоголизма мы исходили, главным образом, из двух параметров: скорости формирования ААС и непосредственно самой прогрессивности течения заболевания. Под *прогрессивностью течения* подразумевался темп дальнейшего развития клинических проявлений алкоголизма с утяжелением различных синдромов и симптомов. Скорость формирования ААС считалась выраженной (высокопрогрессивной) в случаях его формирования в течение первых трех лет после начала злоупотребления пивом, умеренной (среднепрогрессивной) — при темпах развития ААС в течение 4—6 лет и вялой (незначительной или малопрогрессивной) при сроках развития ААС свыше 6 лет. Данные интервалы выбраны с учетом литературных сведений и собственных наблюдений, которые показали, что первый 3-летний интервал довольно четко отделяет лиц, у которых быстрое формирование развернутой стадии алкоголизма коррелирует с последующим быстрым темпом течения заболевания. В ряде случаев сроки формирования

ААС не соотносились с последующим темпом развития заболевания. В этих случаях преимущество отдавалось именно темпам последующего развития болезни, однако в подавляющем большинстве случаев эти два параметра хорошо коррелировали между собой.

В табл. 3 отражено распределение изученных групп больных алкоголизмом в зависимости от темпа прогрессивности заболевания.

Как видно из приведенной таблицы, в основной группе обследованных явно преобладали больные с высокой прогрессивностью алкоголизма по сравнению с контрольной — 40,3 и 24,0% соответственно; $p < 0,05$.

Среди обследованных контрольной группы значительно чаще встречались больные со средней и низкой прогрессивностью течения алкоголизма — 44,0 и 26,0% против 21,0 и 11,4% в основной группе ($p < 0,05$).

Подавляющее большинство больных обращалось к наркологу или поступало в наркологический стационар в состоянии выраженного абстинентного синдрома.

В табл. 4 отражено распределение изученных групп больных алкоголизмом в зависимости от степени тяжести ААС.

Как видно из приведенной таблицы, в основной группе обследованных значительно преобладали больные с тяжелым ААС — 43,0% по сравнению с обследованными из контрольной группы — 30,0% ($p = 0,11$).

**Распределение изученных групп больных алкоголизмом
в зависимости от темпа прогрессивности заболевания**

Группы больных	Прогрессиентность течения алкоголизма						ААС не сформировался		Итого	
	Высокая (злокачественная)		Средняя (умеренная)		Низкая (вялая)					
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная	46	40,3	24	21,0	13	11,4	31	27,2	114	100,0
Контрольная	12	24,0	22	44,0	13	26,0	3	6,0	50	100,0

Таблица 4

Распределение изученных групп больных алкоголизмом в зависимости от степени тяжести ААС

Группы больных	Степень тяжести ААС						ААС не сформировался		Итого	
	Легкая		Средняя		Тяжелая					
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная	9	7,9	25	21,9	49	43,0	31	27,2	114	100,0
Контрольная	2	4,0	30	60,0	15	30,0	3	6,0	50	100,0

В контрольной группе статистически чаще встречались больные со средней степенью тяжести ААС (60,0 и 21,9% соответственно; $p < 0,05$).

При изучении структуры ААС у обследованных больных было обнаружено, что личностный фактор оказывал определенное влияние на выраженность и клинические проявления ААС. Так, у больных со стеническими чертами характера с самого начала его формирования клиническая картина определялась ранним появлением соматовегетативных и неврологических расстройств, однако вскоре она начинала утяжеляться в результате присоединения психопатологического компонента. Дисфорические расстройства у этих больных постепенно усиливались и начинали превалировать над соматовегетативными и неврологическими нарушениями.

У больных с астеническими чертами характера в преморбидном периоде также на этапе формирования ААС определяющими в его структуре были соматовегетативные и неврологические расстройства, но в последующем клиническая картина определялась тревожно-депрессивным фоном настроения со склонностью к ипохондрической фиксации внимания на тягостных, неприятных ощущениях со стороны внутренних органов. Особенно отчетливо это проявлялось у больных с выраженным психастеническим радикалом в структуре преморбидных черт.

У больных с неустойчивыми и, особенно, с истерическими и возбудимыми чертами характера в преморбидном периоде на всем протяжении в клинической картине ААС превалировал психопатологический компонент, в структуре которого преобладали резко выраженные дисфорические нарушения.

У больных с преморбидными чертами характера синтонного круга ААС, по сравнению с другими группами больных по преморбиду, формировался несколько позднее, его клинические проявления не отличались такой интенсивностью, а в его структуре равномерно сочетались соматовегетативные, неврологические и психопатологические расстройства, которые были неразрывно связаны с такими клиническими проявлениями пивного алкоголизма, как патологическое влечение к алкоголю (ПВА), измененная картина опьянения и толерантность.

На переходной II—III и, особенно, на III стадиях заболевания клиническая картина ААС определялась полиморфной симптоматикой, но ведущим уже являлся психопатологический компонент. Синдром отмены определялся тревожно-подавленным фоном настроения, имели место сверхценные идеи самообвинения и самоуничижения, которые сопровождались тревогой, различными по своей фабуле навязчивыми страхами и ипохондрическими переживаниями. Формированию ипохондрической фиксации внимания больных на тягостных ощущениях со стороны внутренних органов во многом способствовали выраженные соматовегетативные и неврологические расстройства. У обследованных больных отмечалось систематическое утреннее опохмеление, которое на исходной стадии заболевания уже не сопровождалось «борьбой мотивов» и, как правило, сразу же реализовывалось.

С момента появления развернутого ААС больные начинали регулярно опохмеляться. В начале опохмеление носило отставленный характер, а в дальнейшем — в рабочее время и даже в утренние часы.

На переходной II—III и, особенно, на III стадиях заболевания ААС отличался особой тяжестью и полиморфизмом клинических проявлений. У обследованных отмечался подавленный фон настроения, сопровождающийся неопределенными страхами, тревогой, актуализацией психотравмирующих переживаний, которые в ряде наблюдений сопровождались суицидальными мыслями. Прием алкоголя в какой-то степени приводил к улучшению болезненного состояния на непродолжительный период времени. Утреннее опохмеление у большинства больных вскоре после формирования ААС принимало систематический характер. Необходимо отметить, что у изученного контингента больных, вопреки существующим и описанным в литературе закономерностям, ААС формировался в предельно сжатые сроки.

Следует подчеркнуть, что наличие в структуре ААС психопатологических расстройств ипохондрического характера в виде канцерофобии, кардиофобии, танатофобии, лиссофобии и т.д. нами расценивалось, как прогностически благоприятный признак, нередко лежащий в основе спонтанной ремиссии пивного алкоголизма.

Распределение изученных групп больных алкоголизмом в зависимости от клинических проявлений ААС

Группы больных	Клинические проявления ААС						ААС не сформировался		Итого	
	Преобладание психопато- логических расстройств		Преобладание соматовегета- тивных расстройств		Равномерно выраженные					
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная	19	16,7	43	37,7	21	18,4	31	27,2	114	100,0
Контрольная	4	8,0	33	66,0	10	20,0	3	6,0	50	100,0

Таким образом, на переходной II—III и, особенно, на III стадиях алкоголизма отмечался развернутый ААС, в структуре которого отчетливо проявлялись соматовегетативные, неврологические и психопатологические расстройства, но все же облигатным в его клинических проявлениях являлся психопатологический компонент, а соматовегетативная и неврологическая симптоматика носила факультативный характер.

В табл. 5 отражено распределение изученных групп больных алкоголизмом в зависимости от клинических проявлений ААС.

Как видно из приведенной таблицы, среди обследованных с пивным алкоголизмом преобладали больные, у которых в структуре ААС превалировали психопатологические расстройства — 16,7% против 8,0% в контрольной группе ($p > 0,05$). В контрольной группе значительно чаще встречались больные с преобладанием в клинической картине ААС соматовегетативных расстройств — 66,0% против 37,7% в основной группе ($p < 0,05$). Равномерно выраженные соматовегетативные и психопатологические расстройства с приблизительно одинаковой частотой встречались среди больных обеих групп (в основной 18,4%, в контрольной — 20,0%; $p > 0,05$).

К наиболее значимым факторам, определяющим возникновение и стойкость у обследованных больных психопатологических расстройств, имеющих тенденцию к затяжному течению, следует отнести семейную отягощенность алкоголизмом и другой психической патологией, особенности преморбидного склада личности, в частности тимопатии, психастенические, истерические, неустойчивые и возбудимые черты характера, измененные формы опьянения, преобладание постоянной формы злоупотребления пивом.

В остром периоде ААС наиболее часто встречались такие симптомы, как тревога, страх, подавленное настроение, при наличии выраженных вегетативных, соматических и других проявлений «синдрома лишения». После ликвидации острых абстинентных явлений на фоне вполне удовлетворительного соматоневрологического состояния (отсутствие потливости, тремора, атаксии, нормализации АД и т.п.) некоторые больные продолжали жаловаться на физическую слабость, вялость, повышенную

утомляемость, плохое настроение, «грустные мысли», недостаточный сон. Проснувшись утром, они не ощущали себя отдохнувшими, испытывали чувство разбитости, тяжести в голове. Аппетит обычно был снижен, вкусовые ощущения притуплены. Отмечалась фиксация внимания на воспоминаниях о нанесенных им обидах, несправедливостях, имела место выраженная слезливость, при этом часто встречались идеи самообвинения и самоосуждения. В отделении такие больные были малозаметны, пассивны, нередко залеживались в постели.

У других больных на фоне пониженного настроения имели место ипохондричность, тревожность, жалобы на плохое самочувствие, ноющие боли в сердце, пессимистическая оценка своего здоровья. Выраженность этих состояний зависела от интенсивности неприятных ощущений и ипохондрической настроенности. Они часто обращались за помощью к врачам, охотно проходили обследование у специалистов, однако к лечению относились с недоверием. Психотерапевтические беседы на короткое время улучшали их настроение, но вскоре они вновь оказывались во власти отрицательно окрашенных эмоциональных переживаний. При возникновении указанных аффективных расстройств больные обычно не признавали или не осознавали у себя влечения к алкоголю, хотя нередко и заявляли, что, когда «пили», чувствовали себя лучше; нередко встречались случаи алкогольных «срывов». По-видимому, в генезе этих состояний известная роль принадлежит патологическому влечению к спиртному. Более того, как показывает наркологическая практика, длительно сохраняющиеся субдепрессивные состояния, которые можно расценить как астенодепрессивные и депрессивно-ипохондрические, сами по себе способны вызывать обострение ПВА.

Заключение

Анализ результатов проведенного исследования показал, что специфическим для больных пивных алкоголизмом является раннее формирование ААС по сравнению с общей популяцией больных алкоголизмом, а это, в свою очередь, часто лежит в основе его высокопрогредиентного течения. Характерным для

данного контингента больных является высокая степень тяжести ААС. Его клиническая картина определяется полиморфной симптоматикой, в структуре которой имеют место стойкие соматовегетативные, неврологические и особенно выраженные психопатологические расстройства, отличающиеся затяжным течением. На II стадии в клинической картине ААС преобладают соматовегетативные и неврологические расстройства. На II—III и III стадиях обязательным становится психопатологический компонент, а соматовегетативная и неврологическая симптоматика хотя и достигает достаточно высокой степени выраженности, однако, носит факультативный характер. Также следует отметить, что наличие в структуре ААС психопатологических расстройств ипохондрического характера в виде кардиофобии, канцерофобии, танатофобии и других следует расценивать как прогностически благоприятный признак, нередко лежащий в основе спонтанной ремиссии пивного алкоголизма.

Список литературы

1. Врублевский А.Г. Варианты алкоголизма: закономерности формирования, течения и принципы прогнозирования. — М.: Медицина, 1989. — 42 с.
2. Ковалев А.А., Валентик Ю.В. Особенности клинических проявлений пивного алкоголизма // Сб. матер. XIV Съезда психiatr. России. — М., 2005. — С. 334.
3. Ковалев А.А., Ковалев А.А. Факторы риска, способствующие формированию пивного алкоголизма // Современные достижения наркологии: Матер. конфер., посвящ. 20-летию Национального научного центра наркологии. — М., 2005. — С. 61.
4. Ковалев А.А. Особенности соматической патологии и своеобразие клиники пивного алкоголизма // Сб. матер. межкл. конф., посвящ. 60-летию кафедры гигиены МГМСУ. — М., 2006. — С. 82—83.
5. Ковалев А.А. Особенности формирования и клинические проявления пивного алкоголизма: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2006. — 220 с.
6. Ковалев А.А. Клиническая динамика основных синдромов пивного алкоголизма в зависимости от стадий заболевания и личностного фактора // Территориальные проблемы профилактики: Сб. науч. тр. Вып. 1. — М., 2007. — С. 86—90.
7. Ковалев А.А., Ковалев А.А. Характеристика абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом // Науч.-практ. конфер. с междунар. участием. «Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии». — М., 2007. — С. 56—57.
8. Ковалев А.А., Соболева Н.П., Ковалев А.А. Роль сомато-вегетативных и психо-неврологических расстройств в своевременной диагностике и профилактике пивного алкоголизма // Территориальные проблемы профилактики: Сб. науч. тр. Вып. 1. — М., 2007. — С. 81—85.
9. Ураков И.Г., Куликов В.В. Хронический алкоголизм. — М.: Медицина, 1977. — 167 с.