

Алкогольные психозы у лиц молодого возраста и подростков

НОВИКОВ Е.М. д.м.н., профессор кафедры наркологии
ЛЕВОЧКИНА О.В. аспирант кафедры наркологии

Российская медицинская академия последипломого образования Минздравсоцразвития России,
123995, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1; olga_lyovochkina@mail.ru

Сравнительный межгрупповой анализ основных клинических параметров алкогольной зависимости и преморбидных факторов, проведенный при исследовании 140 больных, среди которых было 40 подростков и 50 лиц молодого возраста, позволил определить факторы риска возникновения психозов алкогольного генеза среди подростков и лиц молодого возраста. Установлено, что алкогольные психозы в подростковом и молодом возрасте являются следствием высокопрогредиентного, с высокой долей наследственной отягощенности алкоголизма, возникают при меньшей длительности алкогольной зависимости, на фоне высокой толерантности к алкоголю по сравнению со зрелыми больными. Проведен сравнительный анализ между группами, касающийся основных клинико-психопатологических проявлений алкогольных психозов в трех исследуемых возрастных категориях, при этом систематизированы и уточнены основные клинические проявления психозов среди подростков и лиц молодого возраста.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, алкогольный делирий, алкогольный галлюциноз, подростковый возраст, молодой возраст, патоморфоз алкогольных психозов

Введение

Теме алкогольных психозов (АП) посвящено немало публикаций как отечественных, так и зарубежных исследователей [1, 2, 5—9, 17, 20—23, 27—29]. В этих работах затрагиваются эпидемиологические аспекты проблемы [6, 13—15, 23], вопросы патогенеза и факторов риска АП [1, 2, 29, 30, 31], клиники, вариантов течения [1, 8, 9, 12, 22, 27] и прогноза АП [11, 25], а также проблемы, касающиеся лечения данной патологии [5, 12, 23, 24]. Наибольшую актуальность исследования, касающиеся этой проблемы, приобрели в течение последнего десятилетия, поскольку начиная с 1999 г. наметилась тенденция роста болезненности и заболеваемости АП [13—15]. В 2008 г. в структуре лиц, впервые обратившихся за медицинской помощью с алкогольными расстройствами, 18,2% лиц приходилось на долю АП по сравнению с 14,2% в 1999 г. Относительно высоким был и показатель первичной заболеваемости АП — 40,8 больных на 100 тыс. населения [15]. Количество АП является своеобразным индикатором распространенности алкоголизма, однако, как отмечает Е.А.Кошкина [13], среди подростков АП регистрируются редко. В начале 90-х годов таких больных практически не наблюдалось, и только в 1993 г. было зарегистрировано 30 подростков с диагнозом *алкогольный психоз*. На 1995—1996 гг. пришелся скачок роста АП среди подростков (соответственно 75 и 76 больных), который несколько снизился в 1999 г. (54 подростка) и достиг пика в 2005 г. (194 чел. в абсолютных числах), что в

3,6 раза выше показателя 1999 г.) [14]. Число зарегистрированных подростков с впервые в жизни установленным диагнозом алкогольного психоза на 2007 и 2008 гг. составляло соответственно 52 и 33 чел., а всего состоит на диспансерном учете с диагнозом *алкогольный психоз* 81 и 54 подростка соответственно. Психозы, связанные со злоупотреблением алкоголем, в подростковом и молодом возрасте, по мнению большинства исследователей, являются редким явлением [5, 16, 22, 28], а если и возникают, то отличаются легкостью течения, кратковременностью, отсутствием сопутствующей соматоневрологической патологии и протекают преимущественно в виде абортивных и классических форм [4, 10, 18, 19]. С целью изучения клинико-психопатологических особенностей АП у лиц молодого возраста и подростков было проведено сравнительное исследование трех групп больных, перенесших АП: пациентов молодого, подросткового возрастов и пациентов зрелого возраста.

Пациенты и методы исследования

Основная группа исследуемых была представлена 90 больными с АП в возрасте от 16 до 25 лет, при этом отдельно изучались особенности заболевания в подгруппе подростков 16—18 лет (40 чел.) и в подгруппе лиц молодого возраста 19—25 лет (50 чел.). Контрольную группу составили 50 больных с АП в возрасте 40—45 лет. Все больные проходили лечение в ГУЗ НДКО в 2005—2009 гг. Средний возраст исследуемых больных составил в подростковой

группе $17,23 \pm 0,13$ года, в молодой — $23,18 \pm 0,21$ года и в контрольной — $42,44 \pm 0,25$ года.

Основными методами исследования были клинико-психопатологический, клинико-катамнестический и статистический. Диагностика осевых симптомов алкогольной зависимости проводилась в соответствии с критериями МКБ-10. Для количественной оценки полученных данных и их систематизации заполнялась специально разработанная карта обследования больных. Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием пакета программ Statistica 6.0. Для сопоставления средних значений количественных параметров (возраст первого употребления алкоголя, длительность алкоголизма к моменту возникновения АП, возраст формирования ААС и т.д.) с целью определения, являются ли различия между ними значимыми или случайными, использовался непараметрический Н-тест Крускала—Уоллиса. Данный тест является непараметрическим аналогом однофакторного дисперсионного анализа (Kruskal—Wallis one-way analysis of variance) [26]. Выбор теста Крускала—Уоллиса обусловлен отклонением распределения в исследуемых группах от нормального, а также объемом выборки менее 30 для некоторых параметров. Дальнейшее попарное сравнение возрастных групп осуществлялось с применением критериев Ньюмена—Кейсла или Данна [26]. Уровень значимости принимался равным $p=0,05$. Для каждого качественного параметра, определяемого по номинативной шкале (например, клинические варианты делириев), составлялись двухходовые таблицы сопряженности, содержащие частоты проявления того или иного признака для различных возрастных групп. Проверка наличия связи между возрастом и видом проявляемого признака, а также определение достоверности различий в распределениях частот [3, 26] осуществлялись при помощи критерия χ^2 Пирсона. Уровень значимости принимался равным $p=0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Алкогольные психозы рассматривались с точки зрения традиционного деления на галлюцинозы, параноиды и делирии. Поскольку при расчете значимости различия величин в таблице сопряженности с помощью критерия χ^2 было получено значение 3,018, соответствующее p больше 0,05, то это позволяет сделать вывод о том, что соотношение различных форм АП не отличается в сравниваемых группах ($\chi^2_{кр}(0,05; s = 4) = 9,488$, $\chi^2_{дост} = 3,018$). Наиболее частой формой АП во всех сравниваемых группах является состояние отмены с делирием. Второй по частоте формой АП являются алкогольные галлюцинозы (АГ). Соотношение алкогольных делириев (АД) к галлюцинозам составило 2,6:1 в молодежной группе и 3:1 в подростковой. Алкогольные параноиды являются наиболее редкой формой психотических расстройств как в молодом, так и в зрелом возрасте, при этом у подростков они не встречаются вовсе. Для трех сравниваемых групп установлено, что достоверные различия выявлены по таким показателям, как возраст первого употребления алкоголя ($p = 0,001$), длительность алкоголизма к моменту возникновения АП ($p = 0,001$), суточная доза спиртного ($p = 0,000111$), день развития психоза ($p = 0,00017$), средняя продолжительность психоза ($p = 0,000294$).

Средние значения параметров исследуемых групп приведены в таблице. Данные представлены в виде $M \pm m$, где M — среднее значение выборки, а m — средняя ошибка среднего значения M .

Клинико-динамическая характеристика параметров алкогольной зависимости приведена в таблице.

Исследуемые больные основной группы отличались значительной преморбидной отягощенностью. Исследование наследственной отягощенности показало достоверные различия между группами, при этом не найдено корреляционных связей, свидетельствующих о роли алкоголизма матери или отца ($\chi^2_{кр}(0,05; s = 8) = 15,5073$, $\chi^2_{дост} = 12,717$). Одна-

Таблица

Средние ($M \pm m$) значения некоторых показателей динамики алкогольной зависимости и характеристик течения АП в изученных группах больных

Параметр	Взрослые, n = 50	Молодые, n = 50	Подростки, n = 40
Средний возраст на момент развития психоза (лет)	$42,44 \pm 0,25$	$23,18 \pm 0,21$	$17,23 \pm 0,13$
Возраст первого употребления алкоголя (лет)	$17,08 \pm 0,21$	$12,76 \pm 0,21^{**}$	$11,28 \pm 0,28^{**}$
Возраст начала злоупотребления алкоголем (лет)	$22,48 \pm 0,38$	$15,43 \pm 0,18^{**}$	$13,87 \pm 0,14^{**}$
Длительность алкоголизма к моменту возникновения АП (лет)	$16,28 \pm 0,43$	$6,50 \pm 0,23^{**}$	$2,85 \pm 0,15^{**}$
Возраст формирования ААС (лет)	$27,52 \pm 0,40$	$17,68 \pm 0,21^{**}$	$15,41 \pm 0,10^{**}$
Суточная толерантность (мл)	$439,00 \pm 21,30$	$559,00 \pm 19,04^*$	$485,00 \pm 19,13^*$
Развитие психоза после отмены алкоголя (дни)	$2,98 \pm 0,16$	$3,32 \pm 0,20^{\#}$	$2,15 \pm 0,22^*$
Средняя продолжительность психоза (дни)	$3,58 \pm 0,15$	$3,36 \pm 0,21^{\#}$	$2,51 \pm 0,18^*$

Примечание. * — различия в сравнении с группой зрелых лиц; # — различия между подростковой и молодежной группой; $p < 0,05$

ко достигнутый показатель $\chi^2_{\text{дост}} = 12,717$, соответствующий $p < 0,05$, свидетельствует о статистически значимых различиях в группах по большей частоте наследственной отягощенности в подростковой группе сочетанным алкоголизмом родителей и АП.

Анализ личностных девиаций в трех сравниваемых группах показал, что в подростковой и молодежной группах преобладали лица с эксплозивными и неустойчивыми чертами в преморбиде, в группе сравнения преобладали лица с эксплозивными, конформными и неустойчивыми чертами. Распределение больных по группам являлось условным, ибо характерологические особенности индивида оценивались по клинике преобладающих расстройств. В целом, преморбидный конституционально-характерологический тип у больных в сравниваемых разновозрастных группах распределен одинаково ($\chi^2_{\text{кр}}(0,05; s = 14) = 23,685$, $\chi^2_{\text{дост}} = 18,286$).

Оценивая и сравнивая роль коморбидной патологии в трех группах, было получено значение $\chi^2 = 46,01$, соответствующее $p < 0,05$ и указывающее на имеющиеся достоверные отличия по распределению данного признака. Очевидно, что в молодежной и подростковой группах в преморбиде чаще встречаются такие заболевания, как ЧМТ, вирусные гепатиты, а также различная сочетанная патология. В группе зрелых лиц чаще встречаются случаи заболеваний сердечно-сосудистой системы. При сравнении качественных показателей, характеризующих алкогольную зависимость, были получены следующие результаты. Различия по типу течения в трех группах при достигнутом значении $\chi^2 = 56,857$, соответствующее величине $p < 0,05$ статистически значимы и свидетельствуют о том, что, в отличие от зрелых больных, в подростковом и молодежном возрасте АП являются следствием молниеносного и высокопрогредиентного течения алкогольной зависимости ($\chi^2_{\text{кр}}(0,05; s = 4) = 9,488$, $\chi^2_{\text{дост}} = 56,857$). По структуре алкогольного абстинентного синдрома (ААС) чаще встречались варианты развернутого абстинентного синдрома и абстинентного синдрома с судорожными приступами ($\chi^2_{\text{кр}}(0,05; s = 10) = 18,307$; $\chi^2_{\text{дост}} = 22,73$; $\chi^2_{\text{кр}} < \chi^2_{\text{дост}}$). Распределения групп достоверно различаются. У взрослых практически отсутствует ААС с психопатологическими проявлениями, в то время как в молодежной и подростковой группах этот вариант ААС встречается чаще, и он, по мнению А.А. Портнова и И.Н. Пятницкой, является предиктором возникновения АП. Получены статистически значимые различия и по формам потребления спиртного в группах — $\chi^2_{\text{кр}}(0,05; s = 10) = 18,307$; $\chi^2_{\text{дост}} = 42,35$; $\chi^2_{\text{кр}} < \chi^2_{\text{дост}}$. При достигнутом значении χ^2 распределения признаков по группам достоверно различаются. У молодежной популяции реже встречаются такие формы потребления алкоголя, как псевдозапойное

пьянство, но существенно чаще — постоянное потребление с высокой толерантностью. В подростковой группе преобладает псевдозапойный тип пьянства, а также имелись такие формы потребления алкоголя, как однократные алкогольные эксцессы. Во взрослой группе частота встречаемости постоянных форм пьянства с низкой толерантностью значительно выше, нежели в подростковом и молодежном возрасте. В большей части подростковой и молодежной группы АП возникают на фоне II стадии алкогольной зависимости, в то время как во взрослой группе чаще встречаются во II—III и III стадиях ($\chi^2_{\text{кр}}(0,05; s = 6) = 12,592$; $\chi^2_{\text{дост}} = 51,83$; $\chi^2_{\text{кр}} < \chi^2_{\text{дост}}$). В целом, частота соматоневрологической патологии, обусловленной алкоголизмом в исследуемых группах, распределена одинаково: $\chi^2_{\text{дост}} = 23,107$ и незначительно превосходит критическое значение $\chi^2_{\text{кр}}(0,05; s = 12) = 21,026$, что свидетельствует о высокой доле соматоневрологических осложнений алкогольной интоксикации (алкогольного гепатоза, нефропатии, энцефало- и полинейропатии) во всех трех группах, являющихся благоприятным фоном для возникновения психотических расстройств. Различия касаются лишь большей частоты у зрелого населения алкогольной кардиомиопатии.

Продолжительность психотического периода в среднем составила: у подростков — $2,51 \pm 0,18$ дня; у молодых — $3,36 \pm 0,21$ дня, у взрослых — $3,58 \pm 0,15$ дня. Провоцирующие факторы наблюдались у 15 больных основной группы (14 молодых и один подросток) и у 11 чел. контрольной группы. Имели место травмы (черепно-мозговые, позвоночника), ранение, острые простудные заболевания, переутомление, алиментарная дистрофия, обострение хронических заболеваний. При этом следует обратить внимание на то, что провоцирующие факторы начинают играть роль в возникновении АП с увеличением возраста. Так, в подростковом возрасте всего лишь в одном случае появлению психозов способствовали провоцирующие факторы. Продолжительность «сухого промежутка», т.е. период воздержания в сравниваемых группах также имел статистически значимые различия. Так, у больных подросткового возраста алкогольные психозы возникали при меньшей продолжительности абстинентных явлений, предшествующих дебюту психоза. При сравнении средней продолжительности психоза в днях было установлено, что в подростковом возрасте психотические состояния отличаются меньшей продолжительностью, чем у зрелых больных и лиц молодого возраста. Группы молодежная и зрелая по данному показателю статистически не различаются, что позволяет сделать вывод об отсутствии различий в длительности АП в этих популяциях.

Алкогольный делирий

Основная группа представлена группой 34 молодых лиц и группой 30 подростков, контрольная — 37 чел. в возрасте 40—45 лет. Средний возраст обследуемых больных составил: в молодежной группе — $22,88 \pm 0,25$ года; в подростковой — $17,10 \pm 0,15$ года; во взрослой — $42,49 \pm 0,29$ года. По клинической структуре в основной группе преобладали следующие виды делириев: состояние отмены с делирием, F10.40 — у 31 чел. из основной группы, среди них 16 молодых больных и 15 подростков. Состояние отмены с делирием и судорогами, F10.41 — у 12 чел.: 5 молодых лиц и 7 подростков. Состояние отмены, абортивное, F10.4 — у восьми пациентов основной группы, в том числе у трех молодых и пяти подростков. Мусситирующий делирий диагностирован у 13 больных (у трех подростков и 10 молодых). Достигнутое значение χ^2 , равное 14,508, соответствующее значению $p < 0,05$, свидетельствует о статистически достоверных различиях между группами. Данные различия заключаются в отсутствии в зрелом возрасте абортивных форм, различных соотношениях вариантов делирия в молодежной и подростковой группе: преобладание в подростковом возрасте классического и судорожного делирия, а в молодежной популяции — классического и мусситирующего. ($\chi^2_{кр}(0,05; s = 6) = 12,592$, $\chi^2_{дост} = 14,508$).

Психотические расстройства в клинике делирия отличались стадийностью, однако для подростковой и молодежной групп было характерным отсутствие или малая выраженность стадии иллюзорных расстройств. Особенности АД были: более выраженное психомоторное возбуждение среди подростков и молодежи, возникновение и развертывание клинической картины на фоне дисфории; отсутствие характерной для делирия лабильности аффекта и эйфории, а также достоверно более редкое возникновение аффекта тревоги. Следует также обратить внимание на большую частоту частичной амнезии психотического периода у подростков и полной амнезии у молодых лиц, в то время как среди лиц зрелого эпизода амнестические расстройства наблюдались реже.

Современным проявлением патоморфоза считают отсутствие характерной для белой горячки стадийности, изменение соответствующих каждой стадии психопатологических проявлений, причем наибольшее смешение стадий встречалось в основной группе. Некоторые стадии больные как бы "проскакивали", переходя от продромальных явлений или от клинических проявлений ААС сразу к галлюцинаторному наплыву. Поэтому для удобства описания клиники было выделено три стадии: начальная, разгара психоза и выхода. Четвертую и пятую стадии АД — «профессиональный» и «мусситирующий» — мы рассматривали как самостоятельные формы психотического

расстройства, в соответствии с МКБ-10 в рамках тяжелого делирия. Инициальные расстройства были представлены слуховыми и зрительными галлюцинациями, аффективными нарушениями. Иллюзии как признак начальной стадии АД, реже встречался у лиц основной группы, имели нечеткость, размытость и быстро исчезали. Сравнивая основные показатели соматовегетативных и неврологических проявлений в баллах, мы не наблюдали статистически значимых различий при количественной оценке симптомов. Различия коснулись лишь показателей, характеризующих психопатологические проявления. При анализе выраженности различных признаков при делирии установлено (критерий χ^2), что распределения признаков для различных возрастных групп статистически значимо различаются: $\chi^2_{дост} = 125,11$ существенно превышает $\chi^2_{кр}(0,05; s = 34) = 48,602$.

У больных зрелого возраста — большая степень выраженности таких симптомов, как тревога, страх, слуховые и тактильные галлюцинации. В начальной стадии обращало на себя внимание изменение аффективного состояния. Однако, в отличие от классических форм делирия у зрелых лиц, для которых характерными были общее оживление, суетливость, торопливость, своеобразная «веселость», у молодежи на первый план выступали депрессивно-злобный аффект и психомоторное возбуждение. Общий фон настроения был дисфоричным, угрюмым, злобным, подавленно-тревожным, реже депрессивным с характерными вспышками недовольства, раздражительности и даже гневливости. Во взрослой группе в большинстве случаев дисфория отсутствует и достоверно чаще сопровождает АД в подростковой и молодежной группах — ($\chi^2_{кр}(0,05; s = 4) = 9,488$; $\chi^2_{дост} = 39,55$; $\chi^2_{кр} < \chi^2_{дост}$). Классическая тревога у больных молодого возраста встречалась реже, нежели среди больных контрольной группы и отсутствовала среди подростков ($\chi^2_{кр}(0,05; s = 4) = 9,488$; $\chi^2_{дост} = 27,77$; $\chi^2_{кр} > \chi^2_{дост}$). Кроме этого, в подростковой и молодежной группах значительно реже встречались эйфория и лабильность аффекта ($\chi^2_{кр}(0,05; s = 4) = 9,488$; $\chi^2_{дост} = 21,62$; $\chi^2_{кр} < \chi^2_{дост}$). Умеренно выраженная эйфория чаще наблюдалась у взрослых. У молодых больных эйфория практически не встречается.

В структуре зрительного галлюциноза нами были выделены подгруппы с антропоморфными галлюцинациями, галлюцинациями отдельных предметов, зоологическими и сценоподобными. Распределение по возрастным группам для них имеет статистически подтвержденные различия ($\chi^2_{кр}(0,05; s = 6) = 12,592$, $\chi^2_{дост} = 20,94$). В подростковой и молодежной подгруппах значительно реже, нежели в зрелом возрасте, встречаются сценоподобные галлюцинации, а преобладают простые галлюцинаторные образы, преимущественно антропоморфно-

го содержания, или же галлюцинаторные образы отдельных предметов.

Слуховые галлюцинации в структуре делириозно-го помрачения сознания наблюдались у 28 больных молодого и 20 больных подросткового возраста. В целом, для вербального галлюциноза в рамках алкогольного делирия и для подростков, и для молодых людей более характерным является немногочисленность голосов. Так, в основной группе чаще встречались монолог и диалоговая речь, нежели в контрольной группе. Такие признаки, как численность голосов в слуховых галлюцинациях и их содержание, также распределены в зависимости от возрастной группы по-разному ($\chi^2_{кр}(0,05; s = 4) = 9,488$, $\chi^2_{дост} = 20,03$ и $\chi^2_{кр}(0,05; s = 12) = 21,026$, $\chi^2_{дост} = 41,01$ соответственно). На высоте галлюцинаторного наплыва, реже при начальных проявлениях вербального галлюциноза угрожающего содержания, у больных появлялись отдельные бредовые идеи, которые и определяли поведение больных. По содержанию, чаще всего имели место бредовые идеи преследования и физического уничтожения. Для бредовых идей распределения имеют полностью достоверные различия ($p < 0,001$). Так, например, среди подростков отмечаются случаи только мании преследования. Показатель критерия Пирсона — $\chi^2_{дост} = 18,36$ позволяет судить о редкой частоте тактильных, ротоглоточных галлюцинаций и иллюзорных расстройств в подростковой и молодежной группе (критическое значение показателя — $\chi^2_{кр}(0,05; s = 10) = 18,31$). Психомоторное возбуждение было отмечено во всех случаях и имело разную степень выраженности. Делирии сопровождалась более выраженным возбуждением в подгруппе подростков и молодых лиц ($\chi^2_{кр}(0,05; s = 4) = 9,488$; $\chi^2_{дост} = 28,2$; $\chi^2_{кр} < \chi^2_{дост}$). На выходе из психоза в подростково-молодежной группе чаще отмечалась полная амнезия психотического периода, чем в зрелом возрасте, при этом частичная амнезия психотического периода преобладала у подростков, в то время как у молодых людей чаще встречалась полная амнезия. $\chi^2_{кр}(0,05; s = 4) = 9,488$; $\chi^2_{дост} = 15,497$; $\chi^2_{кр} < \chi^2_{дост}$.

Алкогольный галлюциноз

Основная группа представлена 23 больными, из них 13 молодых лиц и 10 подростков, контрольная группа — 10 чел. Средний возраст обследуемых больных составил: в молодежной группе — $23,62 \pm 0,40$ года; в подростковой — $17,60 \pm 0,22$ года; во взрослой — $42,30 \pm 0,58$ года. Начинался АГ внезапно, на фоне непомраченного сознания.

Основным психопатологическим проявлением развернутого психоза является вербальный галлюциноз. Основная его составляющая — истинные слуховые

галлюцинации. Различий между группами по преобладанию монолога, диалога или поливокального галлюциноза не установлено ($\chi^2_{кр}(0,05; s = 4) = 9,488$, $\chi^2_{дост} = 6,977$).

Соотношение слуховых галлюцинаций по содержанию имеет статистически достоверные различия в виде распределения по возрастным группам ($\chi^2_{кр}(0,05; s = 8) = 15,507$, $\chi^2_{дост} = 20,673$). У лиц молодого возраста и подростков содержание вербального галлюциноза носит угрожающий и обвиняющий характер, в то время как у взрослого населения преобладают комментирующие галлюцинации. Оценивая степень выраженности отдельных признаков при АГ, нами были произведены расчеты, которые показали, что распределения признаков для различных возрастных групп статистически значимо различаются: $\chi^2_{дост} = 63,74$ превышает $\chi^2_{кр}(0,05; s = 30) = 43,773$. Данный результат иллюстрируется, например, тем фактом, что в молодом и подростковом возрасте пациенты гораздо чаще испытывают страх по сравнению с контрольной группой.

При оценке соматических проявлений АГ установлено, что данный вид психозов возникает чаще на фоне гипотензии, нежели на фоне высокого давления в контрольной группе. В то же время психотические расстройства сопровождаются более выраженной патологией со стороны ЖКТ, проявляющейся диспепсическими расстройствами и патологией печени, по сравнению со взрослыми больными. Сравнительные количественные характеристики признаков в баллах, мы не получили статистически значимых различий в трех группах. Средний балл между группами не различается (критерий Крускала—Уоллиса, $p = 0,945$). Средние значения этих баллов равны $0,86 \pm 0,15$; $0,92 \pm 0,16$; $0,89 \pm 0,23$ соответственно для взрослых, молодых и подростков.

Оценивая частоту возникновения клинически значимых симптомов было установлено, что в психомоторное возбуждение и степень его выраженности в трех сравниваемых группах, статистически не различается ($\chi^2_{кр}(0,05; s = 4) = 9,488$; $\chi^2_{дост} = 8,54$; $\chi^2_{кр} > \chi^2_{дост}$). Степень аффективных проявлений при сравнении имели достоверные различия. Так, у подростков преобладают выраженная дисфория ($\chi^2_{кр}(0,05; s = 4) = 9,488$; $\chi^2_{дост} = 12,078$; $\chi^2_{кр} < \chi^2_{дост}$) и аффект страха ($\chi^2_{кр}(0,05; s = 4) = 9,488$; $\chi^2_{дост} = 10,257$; $\chi^2_{кр} < \chi^2_{дост}$). Степень выраженности тревоги во всех трех группах одинакова ($\chi^2_{кр}(0,05; s = 4) = 9,488$; $\chi^2_{дост} = 3,39$; $\chi^2_{кр} > \chi^2_{дост}$). Люцидные промежутки имели место во всех трех группах и не различались по продолжительности ($\chi^2_{кр}(0,05; s = 4) = 9,488$; $\chi^2_{дост} = 7,252$; $\chi^2_{кр} > \chi^2_{дост}$). Амнезия психотического периода встречалась с равной частотой во всех трех исследуемых группах ($\chi^2_{кр}(0,05; s = 4) = 9,488$;

$\chi^2_{\text{дост}} = 5,549$; $\chi^2_{\text{кр}} > \chi^2_{\text{дост}}$). При галлюцинозах в сравниваемых группах установлено одинаковое ($\chi^2_{\text{кр}}(0,05; s = 6) = 12,59$, $\chi^2_{\text{дост}} = 8,349$) соотношение слуховых галлюцинаций и бредовых расстройств. Разновидности бредовых идей по содержанию для взрослых, подростков и молодых людей имеют одинаковое распределение частот проявления ($\chi^2_{\text{кр}}(0,05; s = 6) = 12,592$, $\chi^2_{\text{дост}} = 10,076$). Выход из психоза был критическим и литическим. Критический выход из психоза, исходя из проанализированных данных, более характерен для подросткового и молодежного возраста как вариант более легкого течения психоза, а вот для группы среднего возраста типичен литический выход из психоза как вариант более неблагоприятного течения психоза ($\chi^2_{\text{кр}}(0,05; s = 2) = 5,991$; $\chi^2_{\text{дост}} = 11,919$; $\chi^2_{\text{кр}} < \chi^2_{\text{дост}}$).

Среди больных молодого возраста наблюдалась наиболее высокая частота рецидивирования АП. При сравнении частоты повторных психозов в основной и группе сравнения, было установлено, что в молодом и подростковом возрасте частота повторных психозов выше, нежели в зрелом возрасте. $\chi^2_{\text{кр}}(0,05; s = 2) = 5,991$; $\chi^2_{\text{дост}} = 9,29$; $\chi^2_{\text{кр}} < \chi^2_{\text{дост}}$. Течение алкогольной зависимости утяжелялось после перенесенного психоза и по замечаниям самих больных, и по заявлениям их родственников: удлинялись периоды запойного пьянства, короче становились светлые промежутки, отмечался переход к употреблению суррогатного алкоголя, нарастали проявления алкогольной энцефалопатии и социальной дезадаптации. Данное обстоятельство подтверждается различной продолжительностью ремиссий после перенесенного психоза. Получены статистически значимые различия при сравнении распределения частоты продолжительности ремиссий ($\chi^2_{\text{кр}}(0,05; s = 8) = 15,507$, $\chi^2_{\text{дост}} = 31,976$) после перенесенного АП. При достигнутом значении χ^2 , соответствующим $p < 0,05$, очевидно отсутствие ремиссии в 50—55% случаев в молодежной и подростковой группе.

Заключение

Таким образом, в нашем исследовании были установлены факторы, способствующие возникновению АП в подростковой и молодежной популяции: высокая доля наследственной отягощенности сочетанным алкоголизмом обоих родителей и АП, преобладание эксплозивных и неустойчивых черт характера, большая частота коморбидной патологии, высокая доля соматоневрологических осложнений алкогольного генеза, ранний возраст первого потребления алкоголя и возраст начала систематического пьянства, меньшая длительность алкоголизма к моменту возникновения первого психоза, большая суточная толерантность.

Определены клинические особенности, характерные для АД и АГ в подростковом и молодом возрасте, при этом установлено, что повторные психозы достоверно чаще возникают в молодежной популяции (74%) и в подростковом возрасте (57,5%). Течение алкогольной зависимости после перенесенного психоза в подростковом и молодежном возрасте утяжеляется, что характеризуется меньшей частотой ремиссий и их короткой продолжительностью по сравнению со зрелыми больными.

Полученные данные можно использовать в дальнейшем для осуществления профилактических мероприятий, направленных на уменьшение количества больных алкогольной зависимостью и профилактику алкогольных психозов. Учитывая полученные данные о сочетании различных факторов риска возникновения наркологического заболевания (семейных и индивидуальных, таких, как высокая наследственная отягощенность по алкоголизму, многочисленные ЧМТ и заболевания печени в анамнезе, преобладание эксплозивных и неустойчивых черт характера, девиации поведения), целесообразным представляется проведение медико-генетического консультирования детей и подростков, имеющих сочетание таких факторов и их последующее наблюдение. Лечение АП в данной возрастной категории, в первую очередь, должно быть направлено на уменьшение клинических проявлений энцефалопатии или на снижение риска ее возникновения после перенесенного психотического эпизода: лечение должно проводиться с использованием массивных дезинтоксикационных мероприятий, проведением терапии ноотропными и нейрометаболическими препаратами в высоких дозах с первых дней лечения, с обязательным включением в лечебные программы гепатопротекторных средств. Ввиду высокой доли дисфорических расстройств в клинике психоза необходимо назначение препаратов нормотимиков с ранних этапов лечения, на втором этапе — присоединение корректоров поведения; увеличение сроков стационарного лечения до 45 сут, включение в программу стационарного лечения реабилитационных мероприятий, в дальнейшем — продолжение их на амбулаторном этапе.

Список литературы

1. 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.
2. Антипова Л.А. Факторы, влияющие на развитие алкогольного делирия // Вопросы наркологии. — 2008. — №5. — С. 20—26.
3. Гланц С. Медико-биологическая статистика. — М.: Практика, 1999.
4. Гордийчук С.А. Алкогольные психозы у подростков и юношей: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Киев, 1988. — 19 с.

5. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М.: Миклош, 2003. — С. 90—165.
6. Гофман А.Г. Изменение структуры алкогольных психозов за последние 5 лет / А.Г. Гофман, А.Э. Шамота // XII Съезд психиатров России, Москва, 1—4 ноября 1995 г.: Материалы Съезда. — М., 1995. — С. 702—703.
7. Гулямов М.Г. Патоморфоз острых алкогольных психозов. — Душанбе: Ирфон, 1984. — 173 с.
8. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. Клинико-патогенетические аспекты зависимости / Под ред. С.Г. Жислина. — М.: Медицина, 1965. — 317 с.
9. Иванец Н.Н. Алкогольные психозы (систематика, клиника, дифференциальный диагноз, прогноз, судебно-психиатрическое значение): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 1975. — 26 с.
10. Ивановченко 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.
11. Карпец А.В. Смертность больных острыми алкогольными психозами в наркологическом стационаре // Вопросы наркологии. — 2002. — №3. — С. 43—47.
12. Качаев А.К. Металкогольные (алкогольные) психозы / А.К. Качаев, Н.Н. Иванец, Н.Г. Шумский // Алкоголизм: Руководство для врачей / Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. — С. 225—307.
13. Кошкина Е.А. Эпидемиология наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. Т. 1. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 8—33.
14. Кошкина Е.А. Особенности распространенности наркологических расстройств в Российской Федерации в 2005 г. / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова // Вопросы наркологии. — 2006. — №2. — С. 50—59.
15. Киржанова В.В. Основные тенденции учтенной заболеваемости наркологическими расстройствами в России в 2006—2007 гг. // Вопр. наркологии. — 2008. — №6. — С. 53—66.
16. Личко А.Е. Подростковая наркология / А.Е. Личко, В.С. Битенский. — Л.: Медицина, Ленингр. отд-ние, 1991. — 301 с.
17. Масленников А.П. Клиника и патоморфоз алкогольных психозов в условиях города: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2007. — 25 с.
18. Нижниченко Т.И. Клиника алкоголизма у больных острыми алкогольными психозами в молодом возрасте: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1983. — 16 с.
19. Саванюк М.Г. Острые алкогольные психозы у лиц молодого возраста: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1984. — 20 с.
20. Сиволап Ю.П. Алкогольная болезнь мозга (к вопросу о систематике металкогольных психозов) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2006. — Т. 106, №5. — С. 4—8.
21. Стрелец Н.В. Причины возникновения, клиника и терапия острых психозов, развившихся в ходе стационарного лечения у больных алкоголизмом и наркоманиями / Н.В. Стрелец, С.И. Уткин // Вопросы наркологии. — 1998. — №2. — С. 19—22.
22. Стрельчук И.В. Интоксикационные психозы / Под ред. И.В. Стрельчука. — М., 1970. — 370 с.
23. Уваров И.А. Эпидемиология, клиника, течение и лечение алкогольных психозов: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2009. — 331 с.
24. Чирко В.В. Терапия неотложных состояний при хроническом алкоголизме / В.В. Чирко, А.А. Польковский // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2001. — С. 126—138.
25. Фойерлайн В., Райзер Э. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 1999. — Т. 1, №3. — С. 29—30.
26. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. — Изд-во ВоМедА, 2002. — 24 с.
27. Chick J. Delirium tremens // Br. Med J. — 1989. — Vol. 298. — P. 3—4.
28. Rosenberg C.M. Young alcoholics // Brit. J. Psychiat. — 1969. — Vol. 115. — P. 181—188.
29. Wetterling T. Clinical predictors of alcohol withdrawal delirium / T. Wetterling, R.D. Kanitz, C. Veltrupetal // Alcohol. Clin. Res. — 1994. — Vol. 18(5). — P. 1100—1102.
30. Wojnar M. The role of somatic disorders and physical injury in the development and course of alcohol withdrawal delirium / M. Wojnar, Z. Bizon, D. Wasilewski // Alcohol. Clin. Exp. Res. — 1999. — Vol. 23. — №2. — P. 209—213.
31. Wyss R. // Psychiatrie der Gegenwart. — Springer. — Berlin Gottibgen. Heidelberg, 1960. — 264—265.

ALCOHOLIC PSYCHOSES AT THE TEEN-AGE AND YOUTH

NOVIKOV E.M., LYOVCHIKINA O.V.

The comparative intergroup analysis of the main clinic indicators of alcohol dependence and premorbid factors, made during the examination of patients among which there were 40 teenagers and 50 young people, helped to single out risk factors of the onset of alcoholic psychoses at the teen-age and youth. Alcoholic psychoses at the teen-age and youth were ascertained to be the results of highly-progredient alcoholism with high specific gravity of hereditary load and to appear in case of less duration of alcohol dependence with high tolerance towards alcohol in comparison with mature patients. That comparative intergroup analysis regarded the main clinic-psychopathological signs of alcoholic psychoses of three examined age brackets. That helped to systemize and obtain more specific information about the main clinic signs of alcoholic psychoses at the teen-age and youth.

Key words: alcohol dependence, delirium tremens, alcoholic hallucinosis, teen-age, youth, pathomorphism of alcoholic psychoses