

Об эффективности лечения судили по выраженности боли и мышечного напряжения (по трехбалльной системе), результатам термометрии, реовазографии, исследования объема движений шейного отдела позвоночника. После первой аппликации обезболивающий эффект сохранялся до 4 ч и более; начиная со второй процедуры он становился значительно более продолжительным. У больных с рефлекторными синдромами (1-я подгруппа) уже к 3—4-й процедуре исчезали спонтанные боли, улучшались тензоальгметрические показатели и увеличивался объем движений в шейном отделе позвоночника. Наиболее благоприятный эффект был отмечен после 6—9-й процедуры. Улучшались реовазографические и дерматермометрические показатели. Таким образом, аппликации анестезирующей микстуры не только оказывают обезболивающий эффект, но воздействуют и на вегетативно-сосудистые компоненты указанных симптомокомплексов. При компрессионных синдромах (2-я подгруппа) аппликационная терапия давала лишь минимальный эффект.

В течение 2 лет наблюдения только 9 человек из 61 были нетрудоспособны в общей сложности 104 рабочих дня. Общий срок нетрудоспособности сократился в 4,7 раза. Использование данного метода должно быть дифференцированным в зависимости от клинического синдрома: при заинтересованности позвоночных структур с дистрофическим поражением мышечно-связочного аппарата высокоэффективны аппликации микстуры; при компрессионном вовлечении в процесс корешков, сосудисто-нервных образований терапия должна быть сочетанной с включением инъекционных и тракционных приемов.

Применение описанного метода лечения значительно сокращает число обострений, более удобно и эффективно, чем традиционные способы, и позволяет без отрыва от производства, без использования специальной аппаратуры охватывать значительный контингент лиц, нуждающихся в профилактическом лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ибрагимова М. Ю. В кн.: Синдромы позвоночного остеохондроза. Казань, 1978.
2. Попелянский Я. Ю., Хабилов Ф. А. В кн.: Современные методы реабилитации в неврологической клинике. М., 1979.
3. Хабилов Ф. А., Билялова Г. З. Сов. мед., 1978, 7.

Поступила 8 декабря 1981 г.

УДК 616.89—008.441.13—053.82

АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

М. Г. Саванюк

Кафедра психиатрии (зав. — проф. Д. Г. Еникеев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. В клинической картине алкогольного делирия у лиц молодого возраста меньше устрашающих галлюцинаций и зоопсий. Переживания касаются отдельных частей тела, человеческих образов. Алкогольный делирий часто сочетается с достаточно выраженными слуховыми галлюцинациями. Бредовые переживания носят менее выраженный характер. В ряде случаев нет соответствия между выраженностью эффектов и психомоторным возбуждением.

Ключевые слова: алкоголь, психоз.

До сих пор нет единого взгляда на вопрос, возможно ли развитие алкогольного психоза без четких признаков хронического алкоголизма.

Нами обследованы 50 больных мужского пола в возрасте 17—24 лет, поступивших на стационарное лечение по поводу алкогольного делирия.

Более чем у половины пациентов в анамнезе имелись указания на патологию, связанную с процессом их рождения (затяжные или стремительные роды, крупный вес плода, асфиксия плода в родах), черепно-мозговую травму различной степени тяжести (иногда повторную), протекавшие с осложнениями детские инфекции, менингит. Около 30% больных перенесли в прошлом эпидемический гепатит. Более четверти больных обнаруживали психопатические черты характера. Алкоголизм родителей и ближайших родственников выявлен у подавляющего большинства больных. Только 20% обследованных больных не имели отягощающего фона.

Обращало на себя внимание совпадение начала злоупотребления алкоголем с началом трудовой деятельности. Свыше 50% больных к моменту обследования нигде не

работали, треть больных имели судимость в прошлом или обсуждались на комиссии по делам несовершеннолетних.

У всех пациентов отмечались признаки наркоманической зависимости и симптомы измененной реактивности (влечение к алкоголю, абстинентный синдром, повышение толерантности и др.). Длительность злоупотребления алкоголем до психоза была от 1 года до 7 лет.

Алкогольный делирий у больных зрелого возраста протекает с дезориентировкой в окружающей обстановке и времени; массивный, чрезвычайно яркий зрительный галлюциноз имеет чаще всего зоологическое содержание; галлюцинаторные образы микроскопического размера; резко выражены аффективные переживания и психомоторное возбуждение. Достаточно специфичны сомато-неврологические нарушения — резчайший гипергидроз, тремор, колебания пульса, повышение АД и температуры.

У обследованных нами больных психоз возникал во 2, 2—3-й стадии хронического алкоголизма, в период абстиненции, часто при дополнительной вредности, которая не всегда носила выраженный характер (соматогении, реактивные моменты). Алкогольному делирию предшествовало нарушение сна, гипнагогические слуховые галлюцинации в виде шорохов, негромких окликов, иногда отдельных фраз. На начальном этапе психоза слуховые галлюцинации исчезали, как только больной открывал глаза. Ощущение постороннего присутствия обуславливало тревожность, напряжение. Ориентировка в окружающей обстановке была неточной. С развитием психоза основное место занимали зрительные галлюцинации. Они не были массивными, не отличались яркостью и образностью, редко носили зоологический характер, но были динамичны, крупномасштабны, большей частью касались отдельных частей тела (лицо, рука). Если алкогольный делирий сопровождался вербальными галлюцинациями, то они были связаны со зрительными обманами восприятия единой тематикой. Третье по частоте место занимали тактильные галлюцинации, протекавшие по типу парестезий.

Типичной выраженности бредовых переживаний не отмечалось. Болезненные переживания, эмоционально отрицательно окрашенные, шли преимущественно в плане галлюцинаций. Аффективные переживания, как правило, носили выраженный характер, причем страх, тревога, напряженность не всегда находились в соответствии с психомоторным возбуждением. Последнее достигало большой остроты при осложненных формах алкогольного делирия, которые наблюдались при соматической отягощенности (пневмония, недавняя черепно-мозговая травма) и требовали интенсивной терапии. Особенностью выхода из такого психоза являлась выраженная астения, которая не наблюдалась у молодых больных после неосложненного делирия.

Соматические нарушения выражались патологией сердечно-сосудистой системы (дистрофические изменения миокарда, подтверждаемые данными ЭКГ, колебания АД в значительных пределах даже в течение одних суток и др.) и заболеваниями печени (явления токсического гепатита).

При неврологическом обследовании у всех больных выявлялись симптомы хронической алкогольной интоксикации, но тремор и гипергидроз, в отличие от больных зрелого возраста, были менее выражены.

Длительность белой горячки была от нескольких часов до 1—2 сут. В благоприятно протекавших случаях обратное развитие психотической симптоматики наступало сразу же после медикаментозного сна, продолжавшегося от нескольких часов до 1 сут. Выход из психоза был критическим у подавляющего большинства больных (43), длительной астении не наблюдалось, критика наступала быстро. У 7 больных с тяжелой соматической отягощенностью заболевание протекало тяжело, выход из психоза был литическим, с продолжительной астенией.

Таким образом, алкогольные психозы в юношеском возрасте возникают на фоне хронической алкогольной интоксикации. Не длительность хронического алкоголизма определяет время появления первых психотических расстройств, а темп его прогрессивности. Чем злокачественнее течет алкоголизм, тем скорее возникает психоз.

То обстоятельство, что значительное большинство психозов возникает в период «алкогольного голодания», свидетельствует о значении этого фактора у молодых людей. Психоз могут провоцировать и остро развившиеся соматические заболевания и психотравмирующие моменты.

Длительность психоза и степень его тяжести у лиц молодого возраста менее выражены, чем у больных зрелого возраста, но палитра психотических переживаний в ряде случаев более ярка, красочна.

Поступила 15 ноября 1981 г.