

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН

М. В. Романова

*Саранская психиатрическая больница (главрач — В. А. Игнатьев)
Научный руководитель — проф. И. И. Лукомский (Москва)*

Нами в психоневрологическом стационаре и диспансере г. Саранска проведено изучение клинических проявлений и особенностей течения алкоголизма у женщин. Было исследовано 150 женщин и 150 мужчин, страдающих хроническим алкоголизмом. Алкоголизм у женщин представляет ряд особенностей как по темпам, так и срокам своего становления, по соотношениям между разнообразными патогенными воздействиями, а также по специфике клинических проявлений, течения и реакции на лечебные мероприятия.

Можно считать установленным, что начало злоупотребления алкоголем у женщин возникает, как правило, в более позднем возрасте, чем у мужчин. Наряду с запоздалой регистрацией злоупотребления алкоголем у женщин наблюдается и более поздний в действительности его дебют. Если у мужчин подавляющее большинство дебютов (96,6%) злоупотребления алкоголем падает на возраст до 25 лет, то у женщин преобладает начало алкоголизма в возрасте от 26 до 45 лет (83,55%).

Темп становления алкоголизма у женщин заметно ускорен. У большей части (62,7%) изученных нами женщин длительность интервала от начала злоупотребления спиртными напитками до формирования клинической картины алкоголизма не превышала 5 лет. В группе мужчин такие сроки формирования клиники алкоголизма наблюдались лишь в 17,3%.

Влияние так называемых «алкогольных традиций» на производстве сказывается на женщинах в гораздо меньшей степени. Вместе с тем удельный вес лиц, по своей работе непосредственно соприкасающихся с продажей спиртных напитков (работники торговли, общественного питания), в группе женщин значительно выше.

Следует особо отметить большую роль патогенных влияний в семье и в личной жизни в целом на формирование алкоголизма у женщин.

Нельзя пройти и мимо того факта, что преморбидные психопатические особенности личности (в первую очередь истерические черты) у женщин-алкоголичек встречались намного чаще, чем у алкоголиков-мужчин. У женщин оказался также более низким средний уровень интеллектуального развития и образования.

Перечисленные выше особенности женщин-алкоголичек создавали менее благоприятные предпосылки для эффективного лечения, прежде всего для осуществления такого важного в обеспечении стойкости терапевтического эффекта звена лечебного процесса, как длительная поддерживающая терапия. Значение систематического проведения последней в достаточной мере не осознавалось многими больными в связи с низким уровнем их культуры. Многие женщины стремились скрыть, что они лечатся по поводу алкоголизма, и уклонялись от коллективных сеансов фармакологического лечения и психотерапии.

Низкая эффективность лечения у женщин проявлялась не только в кратковременности ремиссий, в частоте и раннем возникновении рецидивов, но и в резкой выраженности происходивших под влиянием алкоголизма изменений как в соматической, так и в психической сфере. Особенно обращает на себя внимание преждевременное постарение, одним из признаков которого является раннее угасание генеративной функции. В более короткие сроки и с большей степенью выраженности наступает у них и психическая деградация, что находит свое выражение в более заметном снижении возможностей их социально-полезной деятельности.

У женщин-алкоголичек нередко уже вскоре после начала алкоголизации происходит переход из 1-й стадии во 2-ю и в относительно короткие сроки — в 3-ю. Рано формируется синдром похмелья с переходом к системе одиночного пьянства, нередко амнистические формы опьянения.

В клинике женского алкоголизма менее отчетливо выступают черты алкогольного юмора. Более заметным оказывается сужение круга интересов, угасание культурных запросов, утрата этических норм поведения, крайняя живость, нарастающее расторможение низменных влечений, склонность к асоциальному образу существования.

Одной из отличительных особенностей психотических форм алкоголизма у женщин является относительная частота возникновения их при сравнительно небольшой длительности алкоголизма (до 5 лет). Следует отметить крайнюю редкость возникновения у женщин алкогольного бреда ревности. В клинической картине алкогольного галлюциноза и белой горячки у женщин более отчетливо выступали колебания эмоционального фона. Психотические переживания характеризовались большей подвижностью, яркостью и полиморфизмом, содержание их нередко приобретало сказочно-фантастический характер. Амнезия психотических переживаний по выходе из белой горячки у женщин была более выраженной, что свидетельствовало о большей глубине нарушения сознания на высоте психоза и большей тяжести последнего. Более отчетливо выступала

яркость и чувственная окраска психотических переживаний. По выходе из психоза более выраженными были проявления деградации, что находило свое выражение не только в сужении круга интересов, утрате профессиональных навыков, а в дальнейшем — и норм этического поведения, но и в возобновлении злоупотребления алкоголем в весьма ранние сроки по выходе из психотического состояния. У женщин отмечалось некоторое преобладание алкогольного галлюциноза над делирием.

Как система лечебных мероприятий, так и арсенал средств, применяемых для лечения алкоголизма у женщин, не представляли существенных отличий от тех, которые оправдали себя у мужчин.

Лечение тетурамом с последующим проведением тетурам-алкогольных проб у женщин не находило широкого применения. Эффективность лечения оказалась значительно ниже. Большая частота рецидивов обусловлена и тем, что последние у алкоголиков особенно часто возникают под влиянием психотравматизирующих факторов, к воздействию которых группа больных женщин оказалась более чувствительной, что объясняется значительным удельным весом преморбидных истерических и иных психопатических черт (эксплозивность, неуравновешенность).

В женской группе в силу тех или иных обстоятельств гораздо реже (в 2 с лишним раза) удавалось проводить длительную поддерживающую терапию.

Неутешительные результаты лечения женщин-алкоголичек не дают основания для вывода о бесперспективности лечения. Они лишь побуждают изыскивать возможности более дифференцированной тактики в процессе как курсовой, так и поддерживающей терапии алкоголизма у женщин.

Целесообразно установить для женщин более продолжительные средние сроки пребывания в стационаре. Выписывать их следует лишь по достижении больными большой устойчивости по отношению к патогенным влияниям. Целесообразно дополнять основной комплекс лечебных мероприятий включением в него антиаллергических, стимулирующих и седативных средств, малых транквилизаторов.

Особое внимание должно быть уделено систематическому проведению поддерживающей терапии вне стационара, для чего необходимо использовать самые разнообразные формы контроля за ее осуществлением и борьбы с уклонением больных от систематического посещения ими внебольничных учреждений. Регулярная связь с родственниками больных, общественностью, со всеми, кто заинтересован в обеспечении стойкости результатов лечения алкоголизма и в предотвращении рецидивов даст врачам надежных союзников в борьбе за разрешение задач вторичной профилактики алкоголизма.

УДК 616.65—002—615.361.45

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОКОРТИЗОНОМ УПОРНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Канд. мед. наук А. А. Кобелев

Факультетская хирургическая клиника (зав.— проф. Н. Е. Повстяной) и кафедра кожных и венерических болезней (зав.— проф. И. И. Ильин) Челябинского медицинского института

Опираясь на первую публикацию М. Е. Мебель, мы с 1962 г. включаем в комплекс лечения упорных форм хронических простатитов кортикостероидные гормоны путем непосредственного введения их в ткань предстательной железы.

Нами проведено наблюдение за двумя примерно равными группами больных (всего 298 человек), которые ранее длительно без эффекта получали различное этиотропное и патогенетическое лечение. Сроки предшествовавшего лечения обычно совпадали с продолжительностью заболевания. Они составляли: у 21,7% больных — до года, у 27,3% — до 2 лет, у 31,4% — до 3 лет и у 19,6% — более 3 лет. В возрасте от 20 до 30 лет было 62,9% больных, от 31 до 40 лет — 25,2%, от 41 до 50 лет — 8,4% и старше — 3,5%. Кагаральный простатит диагностирован у 49,6% больных, фолликулярный — у 25,2%, паренхиматозный — у 24,5% и гранулематозный — у 0,7%. У 79,7% больных были выявлены различные осложнения простатита, в том числе у некоторых по два и более (задний уретрит — у 78,3%, везикулит — у 30,8%, радикулиты и невралгии — у 21,7%, нарушения половых функций — у 17,5%, неврастения — у 9,1%, эпидидимит — у 6,3%, цистит — у 4,9%, артриты — у 2,8%, синдром Рейтера — у 1,4% и др.).

Первой группе больных (143) проведено лечение кортикостероидными гормонами, второй (155) продолжена обычная комплексная терапия.

Гидрокортизон (или кортизон-ацетат) впрыскивали трансперинеально в боковые доли предстательной железы по 25 мг от 1 до 3 (реже 4) раз через 7—10 дней. В общем итоге сделана 341 внутримышечная инъекция гормонов. При этом мы изредка наблюдали