

тей с положительной пробой по «Глюкотесту» генеалогический анализ в отдельных случаях позволил выявить в их семьях родственников, больных сахарным диабетом.

Согласно проведенным исследованиям, группу повышенного риска по сахарному диабету составили 111 детей преимущественно школьного возраста (60,4%), причем девочек было больше (56,7%) чем мальчиков (43,3%). 17,1% детей из группы риска были практически здоровыми, у остальных имелись различные эндокринные нарушения, по поводу которых состояли на учете у педиатров-эндокринологов; причем в структуре эндокринопатий доминировало ожирение (53,2%), затем тиреоидная патология (29,7%).

При изучении родословных детей группы риска было выявлено, что в их семьях в 69,4% случаев были эндокринные заболевания у родственников (ожирение, тиреоидная патология или их сочетание). Как правило, это были семьи, в которых идентичная патология была у наблюдаемого нами ребенка. Например, из 66 детей, имевших в семейном анамнезе родственников с избыточной массой тела, 48 (72,7%) страдали ожирением.

При анализе наследственной отягощенности по сахарному диабету в семьях детей из группы риска было обнаружено, что данное заболевание по материнской и отцовской линиям встречалось одинаково часто (по 47,7%); двусторонняя семейная отягощенность имела место лишь в 4,6% случаев. При этом следует отметить, что сахарный диабет у матери пробанда или ее родственников в большинстве (50,8%) наблюдений выявлялся в семьях девочек, а у отца и членов его семьи — у мальчиков (47,9%). Анализ внутрисемейной распространенности сахарного диабета в семьях детей из группы риска показал, что в 50,5% случаев больными родственниками пробанда являлись деды, бабки, дяди, тетки, находившиеся с ним во II степени родства. Внутрисемейная распространенность сахарного диабета оказалась достаточно высокой — в 13,5% случаев в семьях больные родственники пробанда регистрировались в двух и даже трех поколениях.

Следует отметить, что у 52,2% матерей, дети которых вошли в группу риска, во время беременности были нарушения функции желез внутренней секреции, причем у 9% из них был сахарный диабет.

Таким образом, исследование показало, что генеалогическое изучение родословных имеет большое значение в предупреждении заболеваний сахарным диабетом, поскольку позволяет получить наиболее полную и достоверную информацию для отбора детей в группу повышенного риска заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г., Оркодашвили Л. Ш. Сов. мед., 1973, 12, 3.— 2. Князев Ю. А., Картелишев А. В., Логачев М. Ф. В кн.: Физиология и патология новорожденных детей от матерей с патологическим течением беременности. (Научные труды Рязанск. мед. ин-та) — Рязань, 1979, т. 67.— 3. Седов К. Р., Верхожин И. А. В кн.: Тезисы секционных докладов II Всесоюзного съезда эндокринол., Л., 1980.— 4. Сотникова К. А., Князев Ю. А., Мартынова М. И. Педиатрия, 1975, 7, 3.— 5. Дамянова М., Илков А., Копаранова О. и др. Педиатрия (София), 1975, 3, 155.— 6. West R., Belmonte M. M. Diabetes, 1979, 28, 7.

Поступила 22.10.85.

УДК 616.89—008.441.13—008.441.44

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

В. П. Коваленко

Ульяновский областной наркологический диспансер (главврач — О. Г. Смирнов)

Наличие тесного взаимодействия самоубийства и алкоголизма отмечали еще в начале нашего столетия В. М. Бехтерев, В. П. Осипов, Ф. Е. Рыбаков. Однако распространенность суицидальных действий и их генез у больных хроническим алкоголизмом к настоящему времени изучены недостаточно полно. Имеется ряд противоречивых данных о частоте суицидальных тенденций [1—4], сложности и неоднозначности мотиваций суицидального поведения больных хроническим алкоголизмом [1—4, 6, 7]. Клинический опыт ряда отечественных авторов [1—4, 6, 7]

показывает, что механизм формирования суицидальных тенденций у больных хроническим алкоголизмом в состоянии опьянения или в трезвом виде, в состоянии абстиненции и при алкогольных психозах находится в зависимости от ряда факторов: интоксикации, особенностей личности больного и от влияния внешней среды, однако роль каждого из них при различных состояниях неодинакова.

Задачами нашего исследования являлись изучение частоты возникновения суицидальных мыслей и тенденций у больных хроническим алкоголизмом, выявление их зависимости от длительности злоупотребления алкоголем, стадий алкоголизма, степени алкогольного опьянения, наличия абстинентного синдрома, психогений и выраженности психопатизации личности (преморбидной и вследствие алкоголизма), определение возрастного ценза и наиболее частой причины возникновения суицидального поведения.

Мы обследовали 210 больных с суицидальными мыслями и тенденциями, которые были лечены в мужском отделении областного наркологического диспансера в 1980—1981 гг.

Больных с первичным аутоагрессивным поведением от 20 до 30 лет было 76 (36,2%), от 31 до 40—38 (18,1%), от 41 до 50—84 (40%), от 51 до 60—12 (5,7%); свыше 60 лет больных не было.

Стадии алкоголизма определяли по классификации А. А. Портнова и И. Н. Пятницкой [5]. Больных с I стадией алкоголизма не было, со II—172 (81,9%), с III—38 (18,1%). Длительность алкоголизма до возникновения аутоагрессивного поведения у 84 (40%) человек составляла 3 года, у 38 (18,1%)—от 4 до 5 лет, у 38 (18,1%)—от 6 до 10, у 29 (13,8%)—от 11 до 15, у 21 (10,0%)—свыше 15 лет; 9% больных ранее перенесли алкогольные психозы.

В состоянии алкогольного опьянения аутоагрессивное поведение отмечалось у 59% пациентов, в состоянии абстиненции—у 26,4%, в трезвом виде, но не в периоде ремиссии—у 10,1%, в алкогольном психозе (в результате галлюцинаторно-бредовых переживаний)—у 4,5%. Из всех аутоагрессивных поступков в 27,2% случаев они были демонстративно-шантажного характера с целью привлечь внимание окружающих, добиться прощения, сожаления к себе, при различных трудноразрешимых ситуациях или с целью вымогательства спиртного. У остальных 72,8% суицидентов были истинные мысли и намерения покончить с собой, о чем свидетельствовали признание самих пациентов, целенаправленность их действий и в отдельных случаях подтверждение очевидцев. Демонстративно-шантажные суицидальные попытки у больных в состоянии абстиненции наблюдались реже, чем в алкогольном опьянении и в трезвом виде, а в психопатическом состоянии их совсем не было. Отмечалась психопатизация личности эксплозивно-истероидного характера и суицидальным попыткам предшествовали ссоры в семье.

На преморбидном фоне до алкоголизма у 4% больных была психопатия (в основном возбужденного и аффективного типа) и у 17%—психопатоподобные состояния различного генеза (вследствие черепно-мозговой травмы—у 8%, перенесенной внутричерепной нейроинфекции—у 2%, ревматизма, туберкулеза, гриппа, воспаления легких и других соматических заболеваний—у 7%). Психопатоподобные состояния были в основном возбужденного и аффективного типа с истероидными включениями.

Злоупотребление алкоголем у всех этих больных приводило к более выраженному проявлению преморбидных личностных черт и к нарушению социальной адаптации. До аутоагрессии алкогольная психопатизация личности отмечалась у 57% больных, из них у 10% психоастенического типа. Таким образом, с выраженной психопатизацией личности (преморбидной и алкогольной) было 78% больных.

Следует отметить, что в группе больных, у которых психопатические черты характера были выявлены еще в преморбидном состоянии, то есть до развития алкоголизма, аутоагрессивное поведение возникало за более короткий срок алкоголизма—в основном в течение 3 лет, у остальных больных—от 3 до 10 лет. У большинства больных с абстинентным синдромом (около 70%) наблюдалось депрессивное состояние с наличием идей самообвинения и самоуничтожения, с чувством «социально-биологической вины», морального краха. При этом чаще всего суицидальный акт тщательно обдумывался и планировался; такое состояние длилось от 1 до 10 дней и для облегчения совершения данного акта специально принимался алкоголь. Подобные состояния нами констатированы при суицидальных тенденциях у больных хроническим алкоголизмом с выраженными психоастеническими чертами характера вне абстиненции, но в периоде пьянства. При таких состояниях прием алкоголя является ускорителем и провоцирует появление суицидальных тенденций. У 70% больных имели место истинные намерения покончить с собой.

У больных с психопатизацией личности (68%), кроме тех, у кого она была

психоастенческого типа, суицидальные мысли, попытки или самоповреждения возникали быстро, в состоянии дисфории или реакции протеста и отчаяния на высоте аффективных переживаний с обязательным наличием психотравмирующих ситуаций перед суицидом (распад семьи или крупные ссоры, увольнение с работы, угроза направления в ЛПН и т. д.). Об этом свидетельствуют и способы осуществления суицидальных действий: повешение (56%), порез локтевых вен (28%), другие виды самоубийства (16%). Нами не отмечена зависимость аутоагрессивного поведения от алкогольного опьянения, то есть роль алкоголя в качестве провоцирующего фактора или ускорителя суицидального поведения. Последнее возникало в равной степени и в состоянии алкогольного опьянения, и вне такового. Но алкоголизация всегда заостряла психопатические черты характера до степени декомпенсации. Матлейшая психотравмирующая ситуация воспринималась особенно болезненно, в гипертрофированном виде. Суицидальное поведение складывается, на наш взгляд, чаще всего на основе психопатизации личности и наличия предшествующей психогении. Большая частота случаев аутоагрессий в алкогольном опьянении (59%) объясняется тем, что больные алкоголизмом в стадии рецидива бывают в нетрезвом виде чаще, чем в трезвом.

Таким образом, механизм формирования суицидальных тенденций при хроническом алкоголизме в большинстве случаев (68%) зависит, на наш взгляд, прежде всего от выраженности психопатизации личности, а затем от алкогольной интоксикации, степени социальной дезадаптации и факторов внешней среды, хотя выраженность психопатических черт характера (алкогольных или преморбидных) зависит в свою очередь от злоупотребления алкоголем. При психопатизации личности непосредственно перед суицидом имеют место различного рода психогении. Суицидальные поступки реже совершаются в III стадии алкоголизма (18%) и в психопатическом состоянии. В основном аутоагрессивное поведение отмечается у больных (от 20 до 30 лет и от 40 до 50 лет) с длительностью алкоголизма до 10 лет (75,5%) и в алкогольном опьянении (59%). У лиц с психопатизацией личности суицид чаще всего происходит в состоянии дисфории с реакцией гнева, протеста и отчаяния на высоте аффективных переживаний по типу реакции короткого замыкания. Мы считаем, что этот контингент больных хроническим алкоголизмом с целью коррекции поведения нуждается не только в активном антиалкогольном лечении, но и в проведении длительных периодических курсов амбулаторной поддерживающей терапии транквилизаторами и нейролептиками с включением антидепрессантов. Большое значение имеет создание охранительного режима для таких больных как в быту, так и на работе. Материал, изложенный в данной статье, можно использовать в практической работе врачей-наркологов для улучшения диагностики и профилактики суицидального поведения у больных хроническим алкоголизмом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаскулиев А. А., Султанов Г. А. В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1973, т. 2.—2. Амбрумова А. Г. Там же.—3. Амбрумова А. Г., Жезлова Л. Я., Ларичев В. П. Там же.—4. Коваленко В. П. Журн. невропатол. и психиатр., 1980, 11, 1696.—5. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. Л., Медицина, 1971.—6. Федотов Д. Д. В кн.: Профилактика, клиника, лечение алкоголизма и наркоманий, организация наркологической помощи. М., 1977.—7. Федотов Д. Д., Чудин А. С. Журн. невропатол. и психиатр., 1976, 3, 406.

Поступила 16.07.85.

УДК 616.832—005.4—02:616.3—073.75

ВЛИЯНИЕ ИШЕМИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА НА ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

М. К. Михайлов, Р. Ф. Акберов, В. В. Фаттахов

Кафедра рентгенологии (зав.—проф. М. К. Михайлов), кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.—проф. Л. И. Никошин) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

В доступной литературе мы не нашли работ, посвященных изучению влияния ишемии шейного отдела спинного мозга на функцию желудочно-кишечного тракта. Поскольку ишемия структур спинного мозга, гипоталамуса и вегетативных центров