

при этом должна, несомненно, занимать массивная дезинтоксикационная терапия, что диктует необходимость организации палат интенсивной терапии при наркологических отделениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуляева С. П. В кн.: Патогенез и клиника алкогольных заболеваний. М., 1970.— 2. Индикт С. Г. Журн. невропатол. и психиатр., 1979, 3.— 3. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. Л., Медицина, 1971.— 4. Feurlein W. Dtsch. med. Wschr., 1972, 97, 510.— 5. Schuller E. Vie med., 1965, 46, 11.

Поступила 1 июня 1982 г.

УДК 616.89—008.441.13—07

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНЫХ РЕМИССИЙ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

Л. К. Шайдукова

Кафедра психиатрии (зав.—доц. Д. М. Менделевич) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и Республиканский наркологический диспансер (главврач—Л. Д. Никольская) МЗ ТАССР

Мы изучили 418 ремиссий длительностью 2—7 лет у 110 мужчин (средний возраст—45 лет), больных хроническим алкоголизмом. 78 человек находились в ремиссии 2—5 лет, остальные 32 воздерживались от 5 до 7 лет.

Результаты клинических наблюдений показали неоднородность качества и структуры ремиссий. У 24 (21,8%) больных ремиссия протекала без клинически выраженных симптомов; у 75 (68,2%) обнаружены различные типы невротических состояний; у 8 (7,3%) в структуре ремиссий лежали сверхценные идеи; у 3 (2,7%) превалировали психоорганические симптомы.

У лиц с преобладанием в ремиссии невротической симптоматики нами выделены три типа клинических проявлений: истероформный, астенический, ипохондрический, причем их структура также была неоднородной.

Больные с истероформным типом невротизации (36 чел.) были распределены по двум подгруппам. В первой (истероипохондрический тип ремиссии) все 20 больных предъявляли обильные жалобы на боли в самых различных органах, акцентируя свое соматическое неблагополучие, «утраченное здоровье», требуя (и порой весьма жестко) признания своей болезни окружающими, демонстрируя свою стойкость в борьбе с недугами. В своем поведении больные руководствовались тем впечатлением, которое они оказывали на окружающих и которое цепко ими контролировалось. Больные хроническим алкоголизмом «играли» в соматических больных, подчеркивая жертвенность воздержания, настаивая на создании выгодных для них условий. Акцент на соматическом неблагополучии в данных случаях являлся одним из способов привлечения к себе внимания, освобождения от определенных обязанностей, ответственности. Больные «вживались» в свою роль, при людях настроение носило оттенок субдепрессивности.

У лиц второй подгруппы (16 чел.) эмоциональный фон был значительно повышен, поведение отличалось эйфорической окраской, возросшим уровнем активности как моторной, так и речевой и имело оттенки гипоманиакальности (истеро-эйфорический тип ремиссии). Этим больным следует дать более подробную характеристику, так как они отличаются своеобразным гиперкомпенсаторным поведением. Последнее является реакцией личности на изменившийся социальный статус в ремиссии.

Под гиперкомпенсаторным поведением мы понимаем систему поступков, которая характеризуется чрезмерной активностью в какой-либо одной сфере—бытовой, профессиональной, общественной (частичная гиперкомпенсация) или во всех сразу (полная гиперкомпенсация). Она может быть лишена гротескности, чрезмерной преувеличенности (умеренная гиперкомпенсация) или, напротив, в состоянии достигать карикатурных, гиперболизированных размеров (выраженная гиперкомпенсация). При длительных ремиссиях, которые мы изучали, клиническое проявление гиперкомпенсаторного поведения заключалось в следующем: имея достаточный «стаж трезвости», больные не только не боялись общественных выступлений, но и стремились к ним, демонстрируя при этом свою прямолинейность, категоричность, непримиримость в новых жизненных позициях и принципах, сформировавшихся в период ремиссии. Их общественная активность носила черты бахвальства, выражала претензии на роль примерного семьянина; успехи на профессиональном поприще преподносились окружающим с долей бравады. Подобные больные не только не стеснялись своего алкогольного прошлого, но даже выставляли его напоказ, кичились им. Их поведение характеризовалось самолюбованием, псевдогеройством, а факт воздержания от употребления спиртных напитков становился дополнительным способом привлечения к себе внимания.

От описанного истеро-эйфорического типа ремиссии нужно отличать сходный по внешним проявлениям, но совершенно иной по механизмам возникновения ремиссии тип, в основе которого лежит чувство вины перед близкими, родными, обществом. Больные на начальных этапах воздержания становились усердными работниками, старательно выполняли возложенные на них поручения, не считаясь с собственными делами, были безотказны и исполнительны. Подобное усердие объяснялось следующим: больные как бы отработывали свои прежние прогулы, чувствуя вину перед коллективом, что является для них характерным. Гиперкомпенсация наблюдалась у них и в семейно-бытовой сфере: больные проявляли черты хозяйственности, интересовались вопросами устройства быта, признавая первенство жены в хозяйственных делах и в праве распоряжаться бюджетом семьи. Эти формы поведения возникали опять-таки из чувства вины перед семьей, хотя оно было менее выраженным, чем то, которое больные испытывали перед производственным коллективом. Прообраз подобного поведения наблюдался у них в светлые промежутки между запоями, но тогда он был мотивирован не только раскаянием, но и возможностью (или неизбежностью) новых срывов.

У 15 больных в ремиссии преобладала астеническая симптоматика в виде утомляемости, быстрой истощаемости, раздражительности, вспышек гнева, сменяющихся на относительно спокойствие. Отмечались сниженный эмоциональный фон, субдепрессивное настроение. Характерно, что в поведении больных не было элементов возбужденности, даже раздражительность имела монотонный характер, черты брюзгливости, ровного, без взрывов, недовольства, занудливости.

Описанный астенический тип ремиссии нужно в свою очередь дифференцировать от встречающихся практически у всех больных алкоголизмом в период ремиссии астенических проявлений. Последние возникают без видимых причин и характеризуются эмоциональной угнетенностью, тревогой, нарушением сна, ночными кошмарами, вегетативными расстройствами (тахикардией, потливостью, лабильными пульсом и артериальным давлением). Подобная симптоматика наблюдалась в разные сроки ремиссии и описывалась различными авторами как «сухое опьянение», псевдоабстинентный синдром [1, 3]. От обычного абстинентного синдрома его отличает временная отдаленность от состояния опьянения, отсутствие причинного фактора, что, несомненно, является проявлением скрытого влечения к алкоголю, актуальностью болезненных установок, характеризующихся при алкоголизме фиксированностью, длительностью, устойчивостью. У ряда больных псевдоабстинентному синдрому предшествуют сновидения с картинами празднеств, звуками текущей воды (вина?), звоном стекла, посуды и т. д. Так, вероятно, бессознательно, в завуалированной форме, актуализируется потребность в вине. Достаточно сказать, что из 418 ремиссий 308 рецидивов у 102 лиц были прямо или косвенно обусловлены псевдоабстинентным синдромом.

В структуре невротизации ипохондрический обсессивно-фобический тип ремиссий занимает значительное место (у 24 из 75 больных). Все навязчивости и страхи обьязались болезнью, боялись заболеть тяжелым заболеванием, возможной смертью. Больные многократно посещали врачей, жалуясь на боли в области сердца, правого подреберья (печени), в желудке. Они сдавали многочисленные анализы, измеряли по нескольку раз в день артериальное давление, шупали пульс и т. д. Порой подобное поведение создавало трудную обстановку в семье, так как больные постоянно твердили о близости смерти в результате сердечного приступа. После каждого посещения врача, каждого нормального анализа больные на некоторое время успокаивались, понимая необоснованность своих страхов, однако немного спустя эти мысли вновь одолевали их.

Тип ремиссий со сверхценными идеями наблюдался у 8 (7,3%) человек, из которых у 3 были сверхценные идеи здоровья, у 3 — сверхценные идеи отношения, у 2 — сверхценные идеи виновности. Сверхценные идеи здоровья представляют собой комплекс идей, заключающихся не только в признании своей болезни, в навязчивости этих мыслей, но и в понимании необходимости восстанавливать «большой организм». Такие больные становились активными участниками групп здоровья, походов, встреч с природой. Утренние и вечерние обливания, гимнастика, строгий режим питания — все это носило оттенок чрезмерности и служило идее «укрепления здоровья».

Сверхценные идеи отношения — это труднокорректируемое убеждение, когда больному кажется, что окружающие неправильно к нему относятся. Мы наблюдали лиц со стойкими убеждениями, согласно которым больные считали, что окружающие относятся к ним как-то по-особому (на работе не поручают заданий, намекают на прошлое и т. д.). Сверхценные идеи вины аналогичны только что описанным, но с тем отличием, что больные в этих случаях сами обвиняли себя в недостаточности чего-либо, в отсутствии полноценных прав, так как в прошлом они себя «очернили».

Небольшая группа больных (3 чел.) была в ремиссии с психоорганическим синдромом. Характеристика этих больных является излишней, так как она не отличается от имеющейся в литературе. Следует лишь указать причины, вызвавшие у них воздержание от алкоголя. У 2 отказ от спиртных напитков был вынужденным, обусловленным инвализацией; у другого он был связан со спонтанным прекращением злоупотребления.

У 24 (28,8%) больных наблюдалось течение ремиссии без клинически выраженной симптоматики. Однако и в процессе «нормального» течения ремиссии наблюдались

проявления, ранее для больных не характерные. Их родственники отмечали, что у последних появлялись новые черты: склонность к накопительству, достигающая патологических размеров; желание всех поучать, читать правозуния и нотации; непримиримость, категоричность в суждениях. У таких больных возникли различные хобби; коллекционирование, разведение рыб, покупка дачи, машины, охота и т. д. Возможно, все эти черты были характерными для них и до заболевания, но лишь в редуцированной форме. В новых условиях воздержания они выступали в гиперболлизированных формах. Отказываясь от такого эмоционального тонизатора, как алкоголь, больные отдавались новым увлечениям, находя в них удовлетворение, получаемое ранее от спиртных напитков. Подобными переключениями на хобби они как бы подстегивали свои эмоции и волю, которые в новой обстановке были направлены не на воздержание от приема вина, а на новые увлечения. Мы, как и некоторые другие авторы, считаем это доказательством ущербности эмоционально-волевой сферы [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербах Я. К. В кн.: Алкоголизм и алкогольные психозы. М., Медицина, 1963.— 2. Менделевич Д. М., Муравьев А. А. Казанский мед. ж., 1981, 2.— 3. Пятницкая И. Н. В кн.: Алкоголизм. М., Медгиз, 1959.

Поступила 14 июля 1982 г.

УДК 616.33—002.44+616.34—002.44]:577.11:547.962.9

МЕТАБОЛИТЫ КОЛЛАГЕНА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ю. А. Панфилов, С. Г. Кочетков

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов (зав.— проф. Ю. А. Панфилов) и Центральная научно-исследовательская лаборатория (зав.— проф. М. В. Углова) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

Внедрение в клиническую практику эндоскопа на волоконной оптике создало оптимальные условия для динамического обследования и оценки эффективности проводимого лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Однако гастроскопическое исследование является сложным инструментальным методом. При гастроскопии в 0,04—0,1% случаев могут развиваться такие грозные осложнения, как перфорации и трещины пищевода и желудка [2].

По одной эндоскопической картине бывает затруднительно судить об эволюции язвенного процесса. При язвенной болезни претерпевают значительные изменения соединительнотканые структуры слизистой желудка, возникают нарушения различных видов обмена, в частности коллагенового [7]. В стадии неполной ремиссии при язвенной болезни обнаруживаются уменьшение пролина, глицина, аланина в сыворотке крови, используемых, вероятно, для синтеза коллагена при заживлении язвы [1].

Оксипролин — своеобразный метчик соединительной ткани. В крови человека и животных оксипролин находится в свободной, пептидно- и белковосвязанной форме. Мы попытались установить содержание оксипролина в крови и моче у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, чтобы судить о характере репаративных процессов в зоне повреждения. Определение свободного и пептидносвязанного оксипролина и общего оксипролина мочи проводили по методу Бергмана и Локсея в модификации М. А. Осадчука (1979).

Исследование осуществлено у 56 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и у 20 практически здоровых лиц (контрольная группа). Большинство больных были мужского пола в возрасте от 18 до 56 лет. У 8 больных язва локализовалась в желудке, у 48 — в двенадцатиперстной кишке. Диагноз подтверждался эндоскопически. Интерпретацию эндоскопической картины проводили по классификации В. Н. Сотникова и соавт. (1981).

При поступлении в стационар у большинства больных эндоскопически наблюдался процесс развития язвы (фаза плоских краев язвы или фаза нарастания отека краев язвы). Биохимические показатели при этом (свободный оксипролин — $9,9 \pm 1,5$ мкмоль/л; пептидносвязанный оксипролин — $45,9 \pm 9,2$ мкмоль/л; общий оксипролин мочи — $204,8 \pm 13,0$ мкмоль/сут) не изменены по сравнению с аналогичными показателями в контрольной группе (свободный оксипролин — $10,7 \pm 1,3$ мкмоль/л; пептидносвязанный оксипролин — $48,9 \pm 4,6$ мкмоль/л; общий оксипролин мочи — $195,7 \pm 16,0$ мкмоль/сут). Контрольную гастродуоденоскопию выполняли перед выпиской из стационара, то есть через 28—35 дней.

У 43 больных эндоскопически наблюдалась фаза «эпителизаций», фаза «красного пятна» или фаза «послеязвенного рубца». Содержание свободного, пептидносвязанного и общего оксипролина увеличилось по сравнению с данными контроля ($20,6 \pm 2,3$ мкмоль/л; $74,1 \pm 13,8$ мкмоль/л; $272,1 \pm 20,6$ мкмоль/сут соответственно).