

7. Константинова Г. Д., Костенко И. Г.,
Шкуро А. Г. //Хирургия. — 1982. — № 2. —
С. 105—109.

8. Савельев В. С., Константинова Г. Д., Ан-
наев А. А. //Хирургия. — 1987. — № 6. — С. 65—70.

Поступила 22.09.87.

УДК 616.89—008.441.13 + 616.71—002.27

О СМЕШАННОЙ ФОРМЕ ПАТОЛОГИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ И ШЕЙНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Д. Г. Еникеев, Н. А. Бохан

Кафедра психиатрии и наркологии (зав.— проф. Д. Г. Еникеев) Казанского института
усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Известно, что биологическая почва на-
кладывает отпечаток на характер течения бо-
лезни, обусловливая появление сложных,
смешанных форм патологии [1, 2]. При
системно-структурном анализе алкогольной
патологии неврологическая отягощенность
выделяется как значительный предиспони-
рующий фактор для неблагоприятного раз-
вития алкоголизма [3]. При исследованиях
особенностей клиники алкоголизма у боль-
ных с неврологической отягощенностью
рассматривают преимущественно травматич-
еское, реже сосудистое поражение головно-
го мозга [4, 5, 6], при этом преморбидную
неполноценность головного мозга оценивают
суммарно, без учета топики имеющихся по-
вреждений и соотнесения к ним синдромо-
таксиса алкоголизма. Поскольку в клиничес-
ком формообразовании алкоголизма роль
различных отделов головного мозга неодина-
кова, актуально изучение таких неврологич-
еских заболеваний, при которых поражают-
ся церебральные структуры, участвующие в
центральных патогенетических механиз-
мах алкоголизма, а также тех, что изменяют
длоболезненное состояние периферических
нервально-сосудистых структур, наиболее
часто страдающих при алкоголизме. Сочетан-
ное поражение преморбидно значимых для
клиники алкоголизма центральных и перифе-
рических нервных структур наблюдается при
синдроме позвоночной артерии и цервико-
брехиальгическом синдроме, обусловленных
шейным остеохондрозом. При синдроме
позвоночной артерии, кроме гипotalамиче-
ской области, ответственной за патогенетиче-
ское синдромообразование при алкоголизме,
страдает кровоснабжение отделов головного
мозга, участвующих в клиническом оформле-
нии основных проявлений алкоголизма, в
частности ствола мозга, мозжечка, внутренне-
го уха, затылочных долей, медиабазальных
отделов височных долей. Цервикобрахиаль-
гический синдром сопровождается пораже-
нием нервально-сосудистых пучков, которые
также часто повреждаются при развитии
алкогольных полинейропатических рас-
стройств на верхних конечностях.

Задачей настоящего исследования явля-
лось изучение клинических особенностей

алкоголизма у больных с преморбидной и со-
путствующей неполноценностью указанных
структур при синдроме позвоночной артерии
и цервикобрахиальгическом синдроме, обус-
ловленных шейным остеохондрозом. С этой
целью было проведено клинико-психопатоло-
гическое, вертеброневрологическое, рентге-
нологическое и электрофизиологическое
(ЭМГ, РЭГ) обследования 45 больных
алкоголизмом, сочетавшимся с синдромом
позвоночной артерии (в 100%) и цервикобра-
хиальгическими синдромами (в 78%) при
шейном остеохондрозе.

Основную группу составили 28 мужчин и
17 женщин в возрасте от 24 до 58 лет. Из них
74% пациентов были в возрасте от 46 до 58
лет. Из 45 больных у 3 диагностирован переход
I стадии алкоголизма во II, у 3—I стадии
в III; у остальных была II стадия заболевания.
Давность алкоголизма к моменту обследова-
ния составляла от 3 до 28 лет, в среднем 8—12
лет. 12 человек перенесли алкогольные психо-
зы: делирий (79,5%) и галлюциноз
(20,5%). В контрольную группу вошли 27
мужчин и 15 женщин в возрасте от 35 до
58 лет, страдавшие II стадией алкоголизма,
но без шейного остеохондроза.

Синдром позвоночной артерии у больных
основной группы был представлен гемикра-
ниальгическими пароксизмами в сочетании
с кохлеовестибулярными, зрительными и ве-
гетососудистыми (в том числе гипotalами-
ческого генеза) нарушениями. Церви-
кобрахиальгической синдром выражался цер-
викобрахиальгией, преимущественно ее
нейродистрофической формой. В 24,6% слу-
чаев обнаружены алкогольные полинейропа-
тические расстройства на верхних конечнос-
тях у больных с цервикобрахиальгийей.

При сравнительном анализе результатов
выделены различия по таким диагностиче-
ским критериям, как характер и возрастные
рамки первого алкогольного опьянения, темп
угасания рвотного рефлекса; структура и кли-
ническая динамика патологического влечения
к алкоголю; форма злоупотребления алкого-
лем и характер опьянения; выраженность
и структура интеллектуально-мнестических,
эмоциональных и личностных расстройств;
особенности социально-трудовой дезадапта-

ции; структура и качество ремиссий алкоголизма и условия его рецидивирования. Выявленные различия сводятся к следующему. Первая алкоголизация у больных основной группы происходила в более раннем возрасте статистически достоверной разницей в возрастных интервалах от 12 до 13 лет ($P = 0,048$) и от 16 до 17 лет ($P = 0,045$) и в 3 раза чаще ($P = 0,005$) сопровождалась вегетосоматическими жалобами. Угасание рвотного рефлекса происходило в более короткие сроки. Так, в течение 2 лет он исчез у 15,3% больных, что в 6 раз превышает данный показатель у лиц контрольной группы ($P = 0,048$). Часто оживление рвотного рефлекса происходило со сдвигом на утренние часы без повторного приема спиртного. Формирование первичного патологического влечения в основной группе наблюдалось раньше и в 47,6% случаев приходилось на возраст от 21 до 30 лет ($P = 0,042$), в контрольной группе становление первичного патологического влечения у 60% лиц отмечалось в возрасте от 31 до 35 лет ($P = 0,03$). Преобладало спонтанное возникновение патологического влечения без борьбы мотивов, а у 28,6% больных оно было непреодолимым. Характерным являлось быстрое присоединение вторичного патологического влечения, а в ряде случаев — их одновременное развитие. В основной группе алкогольный абстинентный синдром появлялся наиболее часто в сроки от 31 до 35 лет ($P = 0,032$), в контрольной группе при смещении максимального удельного веса абстинентных дебютов — к 36—40 годам ($P = 0,03$). Форма злоупотребления алкоголем у 64% больных основной группы была расценена как псевдозапойная со средней длительностью запоя 6,3 дня и частотой до 3 раз в месяц, что соответственно в 1,7 и 1,3 раза больше аналогичных показателей в контрольной группе. Развитие запоя определяли следующие причины: актуализация первично-патологического влечения, потеря количественного контроля при опохмелении, выраженные аффективные (дистимические) нарушения в абстиненции, а также состояние психофизического дискомфорта. Иногда возобновление алкоголизации было обусловлено не актуализацией первичного патологического влечения, а стремлением избавиться от состояния соматоневрологического дискомфорта, включавшего альгические, кохлеовестибулярные, вегетососудистые и другие расстройства на фоне синдрома позвоночной артерии. Среди других выделенных вариантов злоупотребления алкоголем преобладало как перемежающееся, так и постоянное пьянство, встречавшееся соответственно в 3 и 4,5 раза чаще, чем в контрольной группе ($P_1, P_2 = 0,045$ и $0,048$). Особенность опьянения у больных основной группы заключалась в появлении его измененных форм, среди которых доминировало опьянение с оглушением и гиперсomniaцией (28,6%; $P = 0,037$) на

фоне кратковременной и слабо фиксируемой эйфории. Опьянение с превалированием эффекта депрессивной модальности стояло по частоте на втором месте (26,2%; $P = 0,033$), включало компонент астении и не имело четкой корреляции эффекта с ситуационными моментами. Опьянение с дисфорией также встречалось чаще, чем в контрольной группе (23,8%; $P = 0,027$). Дисфории были присущи быстрая истощаемость и спонтанность при высокой амплитуде аффективных осцилляций. Дисфорию вызывало не только неудовлетворение алкогольной потребности. Легкость ее возникновения отмечалась при межличностных конфликтах, не связанных с алкогольными мотивами. Координаторно-моторные нарушения, достоверно чаще сопровождавшие опьянение (в 21,4%, $P = 0,045$), вносили диссоциацию в зависимость степени опьянения от принятой дозы спиртного.

Заслуживает дальнейшего внимания выделенная нами миорелаксационно-антальгическая форма опьянения, наличие которой в значительной мере поддерживает зависимость к алкоголю. Данная форма опьянения констатирована у больных со стационарным типом лечения алкоголизма; в ряде случаев она определяла, наряду с другими факторами (преморбидные особенности личности, характер микросоциального окружения), малопрограммное течение алкоголизма. Поскольку алкоголизация у таких больных отличалась преобладанием миорелаксации и анальгезии над другими составляющими опьянения, она временно устраняла выраженные вестибулоальгические, вегетососудистые и аффективные нарушения синдрома позвоночной артерии. Абстинентному синдрому были свойственны относительная мягкость и неразвернутость соматоневрологических отклонений с некоторым улучшением настроения и сна больных в результате смягчения неврологических проявлений синдрома позвоночной артерии. Длительность «алкоголь-зависимых» ремиссий при синдроме позвоночной артерии составляла от нескольких дней до недели и более. Окончание эффекта последствия алкоголя совпадало по времени с экзацербацией данного синдрома и приводило к возобновлению алкоголизации.

Изменение формы опьянения среди больных основной группы сочеталось с увеличением частоты алкогольных амнезий, их углублением и меньшей обратимостью. Так у 47,6% больных отмечались амнезии значительных эпизодов после средних доз спиртного, а в 35,7% случаев алкогольный эксцесс сопровождался полной амнезией. Наиболее выраженные амнезии были при гиперсомническом типе алкогольного опьянения.

Изучение толерантности больных к алкоголю на фоне синдрома позвоночной артерии выявило ее изменение в двух направлениях: понижение — у 45,2% и повышение — у

21,4% больных. У 33,3% пациентов толерантность на фоне синдрома осталась неизмененной, сохранив тенденции, предшествующие его развитию. Снижение толерантности у больных первой подгруппы было обусловлено быстрым достижением критической дозы опьянения, переходящим через стадию оглушения в глубокий сон (при гиперсомнической форме опьянения) и появлением массивных соматоневрологических и дискоординаторно-моторных нарушений в состоянии алкогольного опьянения. В ряде случаев имело место намеренное снижение верхней границы диапазона приемлемости алкоголя из-за тяжести возникающих абстинентных расстройств. Подгруппа лиц с повышением толерантности имела в общей популяции меньший удельный вес. Увеличение дозы спиртного было обусловлено потребностью в достижении состояния психического комфорта при вариантах опьянения с депрессией и дисфорией, проходящих в своем развитии на инициальном этапе опьянения через короткую стадию эйфории. В таких случаях первые дозы спиртного принимались для достижения эйфории, а в дальнейшем во все возрастающем количестве — для купирования соматопсихического дискомфорта. Некоторая тенденция к росту толерантности была отмечена и при преобладании миорелаксационно-анталгической модальности опьянения. Относительный подъем толерантности зевысоким темпом нарастания выявлялся у больных, имевших исходно низкую переносимость алкоголя. В третьей подгруппе при неизменной суточной толерантности прослеживались снижение разовой дозы спиртного и соответственно увеличение частоты алкоголизации в течение суток.

Течение алкоголизма у больных основной группы сопровождалось выраженным интеллектуально-мнестическими и эмоциональными расстройствами с высокой частотой личностных девиаций. Так, у 52,4% больных на высоте абстинентного синдрома определялись транзиторные интеллектуальные и мнестические расстройства, выраженность которых в 45,2% случаев достигала психоорганического регистра. Выраженность данных расстройств не имела прямой зависимости от алкогольного стажа и интенсивности запоя. В то же время прослеживалось углубление интеллектуально-мнестического дефекта на фоне декомпенсированных форм синдрома позвоночной артерии. В этом случае наблюдалось замедление регредиентной динамики указанных нарушений, то есть снижение объема симультанного внимания, фиксационной гипомнезии, конкретно-образного типа ассоциаций с торpidностью процессов переключения на фоне брадипсихии либо психической истощаемостью с неудержанием активного внимания. Частота указанных расстройств коррелировала с выраженностью алкогольно-органических изменений лично-

сти. С большим удельным весом в структуру алкогольно-органических изменений личности входили психопатоподобные расстройства. Менее выраженные изменения личности различной модальности отмечались у 33,3% больных и были представлены эксплицивным (18%, $P = 0,046$) и астеническим (11,9%, $P = 0,05$) вариантами заострения преморбидных характерологических особенностей. Несколько реже (14,3%) возникали неврозоподобные состояния с преобладанием депрессивно-ипохондрических и обсессивно-фобических расстройств. Неврозоподобные проявления были наиболее значительными в инициальных стадиях синдрома позвоночной артерии, при дальнейшем прогрессировании которого происходило их поглощение психоорганической симптоматикой. Выраженность интеллектуально-мнестических, эмоциональных и личностных нарушений обуславливала высокий уровень социально-трудовой дезадаптации с превышением контрольных данных, касающихся степени снижения профессионального статуса (64,3%, $P = 0,026$), семейной дистармонии (61,9%, $P = 0,016$) и бытовой микротравматизации (59,5%, $P = 0,01$).

Изучение ремиссий у больных основной группы выявило их качественно неоднородную структуру с низким суммарным показателем частоты и длительности на фоне синдрома позвоночной артерии. Структурно ремиссии отличались по характеру и устойчивости личностных компенсаторных механизмов, диапазону и выраженности сохраняющихся психопатологических расстройств, а также по особенностям клинической динамики психоневрологических проявлений синдрома позвоночной артерии. Так, в основной группе чаще отмечалось безремиссионное течение алкоголизма (33,3%; $P = 0,006$), был меньшим удельный вес больных с ремиссией свыше года (23,8%; $P = 0,005$), а средняя длительность ремиссий составила 2,1 мес против 31,2 в контроле. Насыщенность ремиссии психопатологическими расстройствами определялась облигатностью входящих в них интеллектуально-мнестических, эмоциональных и личностных нарушений, выраженность которых коррелировала со степенью компенсации синдрома позвоночной артерии и отличалась регредиентностью динамики до определенных пределов. Так, среди случаев безремиссионного течения алкоголизма наибольший удельный вес приходился на больных с алкогольно-органическими изменениями личности, включавшими психопатоподобные девиации. Существенно снижали устойчивость ремиссии дистимические аффективные расстройства, а также соматоневрологический дискомфорт при обострениях синдрома. Более продолжительное воздержение от алкоголя наблюдалось у больных с астеническим изменением личности, у которых ремиссия протекала с астеноипохон-

дрическими наслоениями, сочетавшимися в ряде случаев со сверхценным отношением к своему здоровью. У 33,3% больных в ремиссии алкоголизма отмечалось возникновение псевдоабстинентного синдрома, который в 71,4% случаев привел к рецидиву алкоголизма. Данный синдром имел не только спонтанное развитие — у 78,6% он был в определенной степени связан с экзацербацией синдрома позвоночной артерии. Длительность псевдоабстинентного синдрома варьировала от 6 ч до 3 сут и составляла в среднем 1,2 дня. В структуре синдрома преобладали аффективные нарушения (дисфория, тревога, депрессия в 92,3%), а также фобии (71,4%) и дисмнестические расстройства (21,4%). Неврологические проявления преvalировали над соматическими и были представлены альгическим синдромом различной локализации (крайальгия, миальгия, цервикальгия), головокружением, реже трепоморем. Соматические нарушения сводились к вегето-астеническому симптомокомплексу.

Таким образом, можно заключить, что течение алкоголизма на фоне синдромов позвоночной артерии и цервикобрахиальгического при шейном остеохондрозе имеет более прогредиентную динамику и сопровождается утяжелением его основных проявлений. Преобладают псевдозапойные формы алкоголизации. Характерно наличие измененных форм опьянения (депрессивная, дисфоническая, миорелаксационно-антальгическая,

дискоординаторно-атактическая). Выражены алкогольные амнезии, особенно при гиперсомническом варианте опьянения. Выявлена разнонаправленность вариантов изменения толерантности к алкоголю с преобладанием тенденции к ее снижению. Высока частота алкогольно-органических изменений личности с психопатоподобными включениями, которые приводят к выраженной социально-трудовой дезадаптации. Ремиссии отличаются низким качеством с высокой насыщенностью психопатологическими и неврологическими расстройствами. Одним из факторов частых рецидивов алкоголизма является развитие псевдоабстинентного синдрома на фоне экзацербации синдрома позвоночной артерии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корсаков С. С. // Курс психиатрии. — Т. 2. — М., 1913.
2. Сербский В. П. // Психиатрия. — Руководство к изучению душевных болезней. — М., 1912.
3. Скугаревский А. Ф., Скугаревская Е. И. // Здравоохран. Белоруссии. — 1982. — № 6. — С. 8—11.
4. Шумский Н. Г. // В кн.: Вопросы клиники и лечения алкоголизма. — М., 1980.
5. Чудновский В. А. // В кн.: Алкоголизм (под ред. Г. В. Морозова). — М., 1983.
6. Энтин Г. М. // В кн.: Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — Т. 71. — М., 1975.

Поступила 09.02.88.

УДК 616.24—002.5—06:616.891—08

ОТКЛОНЕНИЯ В НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЕ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И ИХ КОРРЕКЦИЯ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

Р. Ш. Валиев

Кафедра фтизиатрии (зав.— проф. Г. А. Смирнов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Мы обследовали больных туберкулезом с помощью Миннесотского многофильного личностного опросника (MMPI) с целью определения возможности применения этой методики фтизиатрами, не имеющими подготовки в области психиатрии, для оценки особенностей личности больных и выявления у них психических расстройств.

С помощью MMPI в модификации Л. Н. Собчик [3] было обследовано 149 больных (мужчин — 146, женщин — 3) туберкулезом легких в возрасте от 20 до 59 лет. Интерпретацию результатов обследования проводили по 3 оценочным и 10 клиническим шкалам. Количественные данные переводили в Т-баллы и по их графическому изображению определяли профиль личности.

118 из 149 больных были из IА группы диспансерного учета, их обследовали в самом начале основного курса лечения; остальные

страдали хроническим деструктивным туберкулезом (IБ группа учета).

Среди больных со свежими формами туберкулеза очаговый процесс был обнаружен у 5 человек, инфильтративный — у 105, диссеминированный — у 4, туберкулома — у 3, экскудативный пневмоторакс — у одного. Фаза распада установлена у 85 больных, бацилловыделение — у 98. 47 больных выявлены при обращении, 71 — при профилактическом флюорографическом обследовании. У 57 больных в момент поступления в стационар были отмечены симптомы интоксикации, у остальных болезнь протекала инапперцептно. Контрольную группу составили 46 здоровых людей.

При сравнении усредненных показателей профиля личности у лиц контрольной группы и больных туберкулезом у последних имели место значительные отклонения, лишь у