

*І. В. Лінський, В. Н. Кузьмін***КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ ГОСТРИХ ПСИХОТИЧНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ В СТАНІ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ***И. В. Линский, В. Н. Кузьминов***Клинические варианты острых психотических состояний у больных в состоянии отмены алкоголя***I. V. Linskiy, V. N. Kuzminov***Clinical variants of acute psychotic conditions in alcohol withdrawal patients**

Метою дослідження було вивчення різноманіття гострих психотичних розладів у хворих на алкогольну залежність та клінічних варіантів стану відміни алкоголю з делірієм, госпіталізованих в спеціалізований стаціонар. Під спостереженням перебували 560 чоловіків, залежних від алкоголю, в стані відміни з гострим психотичним розладом (первинна госпіталізація в рамках цього дослідження); середній вік — $38,7 \pm 2,9$ років, середній стаж алкоголізації — $9,4 \pm 0,9$ років. Хворі були обстежені в динаміці при повторній госпіталізації через 5 років: середній вік — $43,7 \pm 2,9$ років, середній стаж алкоголізації — $14,4 \pm 0,9$ років. Вивчена психопатологічна типологія гострих психотичних розладів, залежність перебігу гострих психотичних розладів від тимчасових характеристик алкогольної залежності, наявних соматичних захворювань та ураження нервової системи. Вивчено особливості перебігу алкогольної залежності після перенесеного гострого психотичного розладу.

Вивчена клініко-психопатологічна структура гострих психотичних розладів у хворих з алкогольною залежністю в стані відміни алкоголю.

Проведено зіставлення клініко-динамічних закономірностей алкогольної залежності і психопатологічних порушень у структурі алкогольного психозу. Вивчено вплив постійного і тимчасового факторів на клінічну картину і патопластику стану відміни алкоголю з делірієм. Доведено, що при повторних госпіталізаціях металкольні психози здебільшого повторюють клінічну картину первинного клінічного епізоду. Про це свідчить те, що в групі хворих із психотичним станом внаслідок вживання алкоголю (F10.5 згідно з МКХ-10) в подальшому в 95 % випадків діагностовано теж гострий психотичний розлад. В групі хворих зі станом відміни алкоголю з делірієм в подальшому в 93 % випадків діагностовано стан відміни алкоголю з делірієм.

Ключові слова: стан відміни алкоголю, гострий психотичний розлад, деліріозний синдром

Целью исследования было изучение клинической типологии острых психотических расстройств у больных с алкогольной зависимостью и клинических вариантов состояния отмены алкоголя с делирием, госпитализированных в специализированный стационар.

Под наблюдением находились 560 мужчин, зависимых от алкоголя, в состоянии отмены с острым психотическим расстройством (первичная госпитализация в рамках этого исследования); средний возраст — $38,7 \pm 2,9$ года, средний стаж алкоголизации — $9,4 \pm 0,9$ года. Больные были обследованы в динамике при повторной госпитализации через 5 лет: средний возраст — $43,7 \pm 2,9$ года, средний стаж алкоголизации — $14,4 \pm 0,9$ года. Изучена психопатологическая типология острых психотических расстройств, зависимость течения острых психотических расстройств от временных характеристик алкогольной зависимости, наличия соматических заболеваний и поражения нервной системы. Изучены особенности протекания алкогольной зависимости после перенесенного острого психотического расстройства.

Изучена клиничко-психопатологическая структура острых психотических расстройств у больных с алкогольной зависимостью в состоянии отмены алкоголя.

Проведено сопоставление клиничко-динамических закономерностей алкогольной зависимости и психопатологических нарушений в структуре алкогольного психоза. Изучено влияние постоянного и временного факторов на клиническую картину и патопластику состояния отмены алкоголя с делирием. Доказано, что при повторных госпитализациях металкольные психозы в большинстве случаев повторяют клиническую картину первичного клинического эпизода. Об этом свидетельствует то, что в группе больных с психотическим состоянием вследствие употребления алкоголя (F10.5 согласно МКБ-10) в дальнейшем в 95 % случаев тоже диагностировано острое психотическое расстройство. В группе больных с состоянием отмены алкоголя с делирием в дальнейшем в 93 % случаев диагностировано состояние отмены алкоголя с делирием.

Ключевые слова: состояние отмены алкоголя, острое психотическое расстройство, делириозный синдром

The aim of the study was to examine the variety of acute psychotic disorders in patients with alcohol dependence and clinical variants of alcohol withdrawal with delirium, hospitalized in a specialized hospital.

Under observation were 560 men addicted to alcohol, in a state of withdrawal with acute psychotic disorder (primary hospitalization in this study); average age — 38.7 ± 2.9 years, average experience of alcoholism — 9.4 ± 0.9 years. Patients were examined in the dynamics of re-hospitalization after 5 years, the average age — 43.7 ± 2.9 years, the average experience of alcoholism — 14.4 ± 0.9 years. The psychopathological typology of acute psychotic disorders, the dependence of the course of acute psychotic disorders on the characteristics of the temporal characteristics of alcohol dependence, the presence of somatic diseases and lesions of the nervous system were studied. Peculiarities of alcohol dependence after acute psychotic disorder have been studied.

The clinical and psychopathological structure of acute psychotic disorders in patients with alcohol dependence in the state of alcohol withdrawal was studied.

A comparison of clinical and dynamic patterns of alcohol dependence and psychopathological disorders in the structure of alcoholic psychosis were done. The influence of permanent and temporary factors on the clinical picture and pathoplasty of alcohol withdrawal with delirium has been studied. It is proved that in re-hospitalizations metal-alcoholic psychoses in most cases repeat the clinical picture of the primary clinical episode. This is evidenced by the fact that in the group of patients with psychotic conditions due to alcohol use (F10.5 according to ICD-10) in the subsequent 95 % of cases were diagnosed and diagnosed with acute psychotic disorders. In the group of patients with withdrawal from alcohol with delirium in the future in 93 % of cases were diagnosed with withdrawal from alcohol with delirium.

Key words: state of alcohol withdrawal, acute psychotic disorder, delirium syndrome

Сьогодні є певна парадигма встановлення первинного діагнозу «алкогольний делірій», або стан відміни алкоголю з делірієм при гострому психотичному стані у хворих з залежністю від алкоголю. Це зумовлено тим, що гострі психози у хворих із залежністю від алкоголю здебільшого виявляються деліріозним синдромом. Тепер значно рідше діагностують гострий алкогольний галюциноз, гострий алкогольний параноїд в стані відміни алкоголю [1, 2]. Нині доведено поліморфізм алкогольної залежності, що зумовлює особливості перебігу алкогольної залежності, швидкість формування психоорганічного синдрому, схильність до розвитку гострих психотичних станів, їх певних клінічних форм [3, 4]. Факторами поліморфізму алкогольної залежності є генетичні фактори, наявність соматичних хвороб, органічне ураження головного мозку особи, що зловживає алкоголем, кількість та якість споживаного алкоголю, деякі соціальні чинники (особливості харчування, наявність стресів тощо) [5—11]. У наркологічній практиці ці психози відповідно до МКХ-10 трактують як стан відміни алкоголю з делірієм — F10.4. Водночас основними причинами делірію є тяжкі соматичні стани (іноді пов'язані з похилим віком), інтоксикації, стани відміни психоактивних речовин (зокрема і алкоголю). Загальна хворобливість осіб з залежністю від алкоголю набагато вища, ніж середня хворобливість в популяції. Велику кількість різних захворювань і патологічних станів прямо або опосередковано пов'язують з надмірним вживанням алкоголю, які самі собою можуть бути етіологічним чинником делірію. У спеціалізовані відділення для лікування делірію, пов'язаного зі станом відміни, доставляють пацієнтів, у яких причиною делірію є невідкладні неврологічні і важкі соматичні захворювання. Безумовно, в цих випадках психічні порушення — симптоматичні і належать до рубрики F05 МКХ-10. Несвоєчасне встановлення етіологічного чинника делірію у хворих із залежністю від алкоголю призводить до летального результату.

У хворих із залежністю від алкоголю буває недооцінка ризику виникнення психозу при лікуванні соматичних і неврологічних захворювань. Своєчасне призначення седативних препаратів, спрямоване на припинення диссомнічних порушень, психомоторного збудження, стану відміни алкоголю загалом дає змогу попередити розвиток психозу. Часто виключити провідний чинник в етіології делірію неможливо, коли у хворого є і стан відміни алкоголю, і важке соматичне захворювання, яке може супроводжуватися деліріозним або аментивним синдромами. Такі психози трактують як делірії змішаної етіології (рубрика F05.8 за МКХ-10). Важкі соматичні захворювання можуть початися (або значно загостритися) у хворих з алкогольним делірієм. У цих випадках вони є фактором смертності або подальших психотичних порушень у цих хворих.

Допомогу таким хворим треба надавати в соматичних стаціонарах відповідного профілю. Терапевтичні і діагностичні проблеми потребують не тільки

розробки нових методів лікування та діагностики, а й впровадження нових організаційних форм [12].

Метою дослідження було вивчення різноманіття гострих психотичних розладів у хворих з алкогольною залежністю та клінічних варіантів стану відміни алкоголю з делірієм, госпіталізованих в спеціалізований стаціонар. Методи дослідження: клінічний, (психопатологічний та ретельне вивчення неврологічного та соматичного станів), електрофізіологічний (електроенцефалографія, реоенцефалографія), методи нейровізуалізації (комп'ютерна томографія, ядерно-магнітна резонансна томографія головного мозку).

Особливістю дизайну дослідження було спостереження за хворими протягом 5—9 років та порівняльне вивчення клінічної картини психотичного розладу під час повторної госпіталізації з діагнозом стан відміни алкоголю з делірієм. *Критерії включення:* Гострий психотичний розлад на момент госпіталізації до психіатричного закладу у хворого з алкогольною залежністю та діагностований стан відміни алкоголю з делірієм. Первинний діагноз «Стан відміни алкоголю з делірієм».

На першому етапі обстежено 565 чоловіків, залежних від алкоголю, в стані відміни з гострим психотичним розладом (первинна госпіталізація в рамках цього дослідження); середній вік — $38,7 \pm 2,9$ років, середній стаж алкоголізації — $9,4 \pm 0,9$ років.

Хворих госпіталізували з діагнозом «стан відміни алкоголю з делірієм». У всіх хворих початок психотичних розладів був пов'язаний зі станом відміни алкоголю. Абортивний перебіг спостерігався у 42 % (82) хворих. До цього варіанту перебігу можна зачислити варіанти перебігу психозу з тривалістю менше доби. Для них були характерні порушення сну з жажливими сновидіннями, короткочасна сплутаність у вечірній час, парейдолії, короткочасні поодинокі зорові, тактильні галюцинації, що істотно не впливали на поведінку хворого. Для них не було характерним значне психомоторне збудження. Одуження наставало критично після тривалого медикаментозного сну. Варіант перебігу алкогольного делірію з клінічною картиною, яка близька до класичної, відзначався в 12,5 % (25) хворих. У цій групі спостерігалось виражене психомоторне збудження, від ефективності його припинення залежав прогноз захворювання. У разі неефективності лікування відбувалися затяжні психози 12 % (24). Для цієї групи характерні найбільш виражені порушення свідомості (в низці випадків діагностовано аментивний синдром). У деяких випадках був онейроїдний синдром, який свідчив про тяжкий перебіг психозу. У хворих звучувався спектр психопатологічних розладів і наростала тяжкість соматоневрологічних порушень. В деяких випадках психічний стан можна було характеризувати як кататонічний синдром. Галюцинаторна форма відзначалася у 39 % (78) — у клінічній картині переважали галюцинаторні переживання — зорові, слухові, тактильні. Здебільшого про їхню наявність лікар дізнавався від самих хворих. Соматоневрологічні порушення, що характерні для стану відміни, були найменш виражені. Афект

страху зазвичай був більш значний при слухових галюцинаціях. Параноїдна форма спостерігалася у 5,5 % (11) хворих. У деяких хворих відзначалася ендормна клінічна картина з синдромом Кандінського — Клерамбо. При повторних психотичних розладах у хворих загалом повторювався паттерн психопатологічної структури першого в житті перенесеного металкогольного психозу, водночас тяжкість психозу не збільшувалася.

Отже, різноманітність симптоматики при стані відміни алкоголю з делірієм створює певні труднощі для розмежування алкогольного делірію, алкогольного галюцинозу, алкогольного параноїду. У низці випадків у хворих на алкогольну залежність спостерігаються металкогольні психози зі складною психопатологічною картиною, що не вкладається в рамки зазначених вище. Треба відзначити, що трактування психічних порушень як делірію істотно розрізняється не тільки у лікарів різних спеціальностей, а й у лікарів-психіатрів. Діагностувати деліріозне затьмарення свідомості в низці випадків проблематично у зв'язку з мерехтінням симптоматики та випадінням з поля зору лікаря хворого у вечірній час. Критерій порушеної свідомості як основи для діагностики делірію (дезорієнтація, дезорганізація мислення, порушення уваги тощо) — складний в інтерпретації в зв'язку з тим, що при будь-якій психотичній симптоматичі так чи інакше є порушення свідомості в широкому сенсі. При тривалому безсонні, яке часто передуює розвитку психозу, після короткочасного спонтанного або медикаментозного сну дезорієнтація має ознаки сплутаності, що пов'язана з просоночним станом. На наш погляд, ключовими критеріями віднесення алкогольного психозу до стану відміни алкоголю з делірієм повинні бути: зв'язок психотичного стану зі станом відміни алкоголю, швидка редукція всієї психотичної симптоматики після припинення соматовегетативних проявів стану відміни алкоголю і нормалізації загального стану хворого. Різноманітні за психопатологічною структурою психотичні стани (відмінні від класичного варіанта), в зв'язку з переважанням їх в загальній кількості, слід трактувати як клінічні варіанти стану відміни алкоголю з делірієм, а не атипові варіанти алкогольного делірію.

Схематично розподіл хворих за нозологічними формами на I етапі дослідження (2001—2007 рр.) наведено на рис. 1.

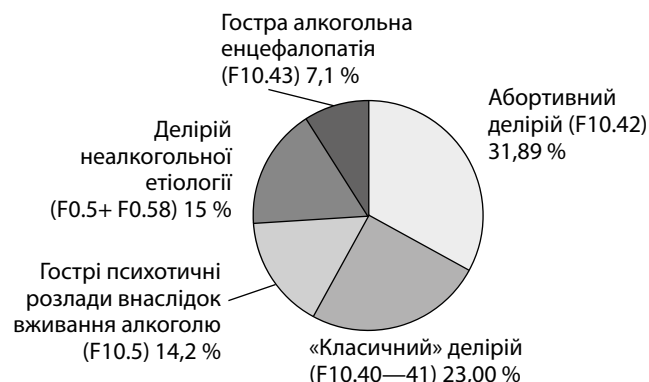


Рис. 1. Етап I — первинна госпіталізація в рамках дослідження

Схематично розподіл хворих за нозологічними формами на II етапі дослідження (2008—2014 рр.) наведено на рис. 2 — 480 чоловіків, залежних від алкоголю, в стані відміни з гострим психотичним розладом (повторна госпіталізація в рамках цього дослідження); середній вік — $(42,4 \pm 3,9)$ років, середній стаж алкоголізації — $(15,4 \pm 1,4)$ роки.

Хворі при повторній госпіталізації (на другому етапі дослідження) мали первинний діагноз «стан відміни алкоголю з делірієм». У всіх хворих початок психотичних розладів був пов'язаний зі станом відміни алкоголю. Загальні характеристики клінічних форм гострого психотичного розладу не відрізнялися від таких на першому етапі дослідження. Загалом кількість досліджених зменшилася, що було пов'язано з летальністю (45 хворих), зміною місця проживання (20 хворих), дев'ять хворих стали абстинентами та не вживали алкогольні напої, у 11 хворих в подальшому не спостерігалися гострі психотичні розлади, незважаючи на вживання алкоголю і далі.

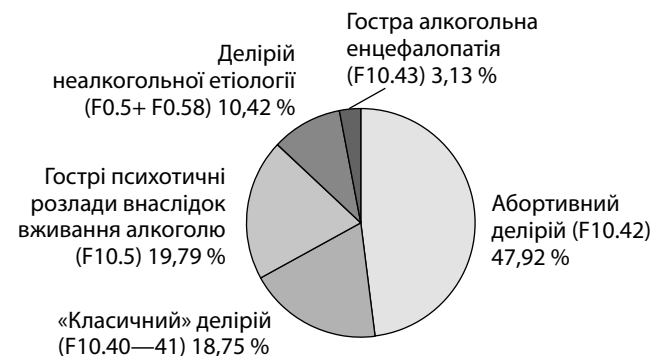


Рис. 2. Етап II — повторна госпіталізація в рамках дослідження

В процесі клініко-статистичного аналізу багаторічних даних щодо невідкладної госпіталізації хворих на алкогольну залежність з гострими психотичними розладами встановлено, що певна частина зазначених розладів (10—16 % випадків) зумовлена причинами, що не стосуються безпосередньо вживання алкоголю (черепно-мозкові травми, інфекційні захворювання головного мозку тощо), водночас внесок, який роблять ці пацієнти з неалкогольними психотичними розладами на смертність, достовірно ($p < 0,001$) перевищує їхню відносну частку в загальному потоці госпіталізованих.

Виявлено, що діагностичний період у хворих в гострому психотичному стані з церебральною патологією (F05 згідно з МКХ-10) має становити близько однієї доби. Що зумовлено, по-перше, загрозою життю хворих у разі затримки надання спеціалізованої допомоги, по-друге, зміною клінічної картини у зв'язку з початком седативної терапії, яка маскує симптоми, що є важливими для діагностики. При підозрі на вказану патологію доцільно у цей термін проводити додатково до клінічного огляду діагностичні процедури, найчастіше — люмбальну пункцію, та застосовувати методи нейровізуалізації. Надання допомоги хворим з деліріями змішаної етіології (F05.8 згідно з МКХ-10) може бути

більшим за обсягом в зв'язку з потребою проведення додаткових лабораторних, рентгенологічних методів обстеження для встановлення захворювань, що є причиною деліріозного стану. Така «затримка» здебільшого не є критичної, оскільки умови спеціалізованого Центру невідкладної психіатрії дають змогу надавати в цей діагностичний період адекватну медичну допомогу. При тяжкому стані відміни алкоголю з делірієм по типу гострої алкогольної енцефалопатії (F10.43 згідно з МКХ-10) достовірно частіше $p < 0,01$ ніж при іншому перебігу стану відміни алкоголю з делірієм (F10.4 згідно з МКХ-10) спостерігаються симптоми, що є критеріями диференціальної діагностики металкогольних психозів хворих в гострому психотичному стані з церебральною патологією (F05 за МКХ-10). Під час вивчення перебігу тяжких станів відміни алкоголю з делірієм по типу гострої алкогольної енцефалопатії (ГАЕ), було встановлено, що достовірні ($p < 0,0001$) маркери-предиктори ГАЕ у хворих в стані відміни алкоголю розрізняються між собою за критерієм часу, оскільки дають змогу прогнозувати формування цього патологічного стану: за кілька місяців (спадковість, запійний паттерн алкоголізації; за 2 тижні (вживання алкоголю у кількості понад 15 стандартних доз на добу, середня частота приймання спиртних напоїв — понад 4 рази на добу); за 1 тиждень (середня тривалість сну ≤ 4 години на добу, середня частота прийняття їжі ≤ 2 рази на добу тощо); під час госпіталізації (тривалість періоду утримання від вживання алкоголю понад 2 доби на момент госпіталізації).

Найбільш достовірними ($p < 0,0001$) та інформативними маркерами-предикторами ГАЕ були: тривалість періоду утримання від вживання алкоголю понад 2 доби (ДК = 12,67; МІ = 3,7); середня тривалість сну ≤ 4 годин на добу протягом тижня перед госпіталізацією (ДК = 11,9; МІ = 2,88) та зникнення спроможності алкоголю усувати симптоми синдрому відміни (ДК = 10,08; МІ = 2,33), де ДК — діагностичні коефіцієнти, МІ — міри інформативності.

В процесі дослідження спостерігалася менша частота тяжкого стану відміни алкоголю з делірієм по типу гострої алкогольної енцефалопатії зі збільшенням віку хворого (старше 45 років), зі стажем алкогольної залежності понад 15 років, водночас спостерігається почастищення ГАЕ з підгострим початком ще в запійному стані.

Встановлено, що з вірогідністю $p < 0,05$ у групі досліджених з металкогольними психозами та психозами, що були зумовлені невживанням алкоголю, інформативними маркерами-предикторами були вогнищеві симптоми (ДК = 6,5), менінгізм (ДК = 5,4), оглушення (ДК = 6,5), незалежність соматоневрологічних симптомів від споживання алкоголю перед госпіталізацією (ДК = 4,0).

При повторних госпіталізаціях металкогольні психози здебільшого повторюють клінічну картину первинного клінічного епізоду. Про це свідчить те, що в групі хворих із психотичним станом внаслідок вживання алкоголю (F10.5 за МКХ-10) в подальшому

в 95 % випадків теж діагностовано гострий психотичний розлад. В групі хворих зі станом відміни алкоголю з делірієм в подальшому в 93 % випадків діагностовано стан відміни алкоголю з делірієм. Водночас тяжкість клінічної картини достовірно залежала від тяжкості алкогольної залежності: за даними шкал, зокрема загальна тяжкість синдрому залежності від алкоголю серед пацієнтів зі станом відміни алкоголю з абортівним делірієм становила $(33,93 \pm 1,19)$ балів проти $(38,08 \pm 1,32)$ балів серед пацієнтів з «класичним» станом відміни алкоголю (розбіжності статистично достовірні, $p < 0,05$).

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

Серед хворих, яких госпіталізували до спеціалізованого психіатричного стаціонару з діагнозом стан відміни алкоголю з делірієм, переважала відносна частка хворих з соматоневрологічною патологією, що зумовила деліріозний синдром (F05 за МКХ-10). В деяких випадках деліріозний розлад був зумовлений як станом відміни, так і тяжким соматичним захворюванням (F05 згідно з МКХ-10).

Тяжкість гострого психотичного розладу в стані відміни алкоголю переважно залежала від ситуаційних факторів: кількість днів сильного пияцтва до психотичного розладу, режим харчування, якість і кількість випитого алкоголю, наявність гострих соматичних захворювань. Це зумовлює різноманітність перебігу стану відміни алкоголю з делірієм від абортивного до тяжкого стану відміни алкоголю з делірієм по типу гострої алкогольної енцефалопатії. Суттєвим фактором, що впливав на тяжкість перебігу, була медична допомога та термін її надання.

Було виявлено, що при повторних госпіталізаціях металкогольні психози здебільшого повторюють клінічну картину первинного клінічного епізоду. Про це свідчить те, що в групі хворих із психотичним станом внаслідок вживання алкоголю (F10.5 згідно з МКХ-10) в подальшому в 95 % випадків теж діагностовано гострий психотичний розлад. В групі хворих зі станом відміни алкоголю з делірієм в подальшому в 93 % випадків діагностовано стан відміни алкоголю з делірієм.

Список літератури

1. Гофман А. Г. Алкогольные психозы: клиника, классификация / А. Г. Гофман, М. А. Орлова, А. С. Меликсетян // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. № 1. С. 5—12.
2. Морозов Г. В. Алкоголизм. Москва : Медицина, 1983. 432 с.
3. Проблема коморбидности и современные формы алкогольной болезни (клинико-патогенетический аспект) / [Т. В. Чернобровкина, А. Ф. Артемчук, И. К. Сосин, И. А. Никифоров] // Наркология. 2006. № 12. С. 47—74.
4. Diagnosis of Chronic Alcoholism — Classificatory Problems / O. M. Lesch, J. Kefer, S. Lentner [et al.] // Psychopathology. 1990. Vol. 23(2): 88—96. DOI: 10.1159/000284644.
5. Bienvenu O. J. Psychiatric 'diseases' versus behavioral disorders and degree of genetic influence / O. J. Bienvenu, D. S. Davydow, K. S. Kendler // Psychol. Med. 2011. Jan. 41(1). P. 33—40. DOI: 10.1017/S003329171000084X.

6. Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism / Cloninger C. R., Sigvardsson S., Gilligan S. B. [et al.] // Adv. Alcohol Subst. Abuse. 1988. Vol. 7 (3—4). P. 3—16. DOI: 10.1300/J251v07n03_02.

7. Кибитов А. О. Генетические факторы риска развития острых алкогольных психозов и судорожных припадков / А. О. Кибитов, С. А. Шувалов // Вопросы наркологии. 2012. № 2. С. 107.

8. Двирский А. А. О роли генетических факторов в проявлении алкогольного делирия // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1999. Т. 99, № 10. С. 48—50.

9. Lesch, O. M. Towards a standardisation for the methodology in treatment research of alcohol abuse and alcoholism // Clinical Neuropharmacology. 1992. Vol. 15, Suppl 1 Pt A. P. 307—308. DOI: 10.1097/00002826-199201001-00159.

10. Шувалов С. А. Суточная толерантность к алкоголю у больных алкоголизмом как фактор риска возникновения острых алкогольных психозов и судорожных припадков / С. А. Шувалов, А. О. Кибитов // Неврологический вестник. 2013. Т. XLV, № 1. С. 67—76. DOI: 10.17816/nb13792.

11. Альтшулер В. Б. Объём потребляемого алкоголя как одна из базовых характеристик больных алкоголизмом: психофизиологические и психопатологические корреляции / В. Б. Альтшулер, А. И. Корольков, С. Л. Кравченко // Вопросы наркологии. 2011. № 4. С. 3—10.

12. Мішиєв В. Д., Сосін І. К., Овчаренко О. А., Ершова О. А. Наркологія: актуальні питання. Львів : Медицина світу, 2010. 280 с.

References

1. Gofman A. G., Orlova M. A., Meliksetyan A. C. Alkogolnyie psihozyi: klinika, klassifikatsiya. Sotsialnaya i klinicheskaya psihiatriya. 2010. No. 1. S. 5—12.

2. Morozov G. V. Alkogolizm. Moskva : Meditsina, 1983. 432 s.

3. Chernobrovkina T. V., Artemchuk A. F., Sosin I. K., Nikiforov I. A. Problema komorbidnosti i sovremennyye formy al-kogolnoy bolezni (kliniko-patogeneticheskiy aspekt). Narkologiya. 2006. No. 12. S. 47—74.

4. Lesch O. M., Kefer J., Lentner S. et al. Diagnosis of Chronic Alcoholism — Classificatory Problems. Psychopathology. 1990. Vol. 23(2): 88—96. DOI: 10.1159/000284644.

5. Bienvenu O. J., Davydow D. S., Kendler K. S. Psychiatric 'diseases' versus behavioral disorders and degree of genetic influence. Psychol. Med. 2011. Jan. 41(1). P. 33—40. DOI: 10.1017/S003329171000084X.

6. Cloninger C. R., Sigvardsson S., Gilligan S. B. et al. Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. Adv. Alcohol Subst. Abuse. 1988. Vol. 7 (3—4). P. 3—16. DOI: 10.1300/J251v07n03_02.

7. Kibitov A. O., Shuvalov S. A. Geneticheskie faktoryi riska razvitiya ostryyh alkogolnyih psihozov i sudorozhnyih pripadkov. Voprosy narkologii. 2012. No. 2. S. 107.

8. Dvirskiy A. A. O roli geneticheskikh faktorov v proyavlenii alkogolnogo deliriya. Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S. S. Kor-sakova. 1999. T. 99, No. 10. S. 48—50.

9. Lesch, O. M. Towards a standardisation for the methodology in treatment research of alcohol abuse and alcoholism. Clinical Neuropharmacology. 1992. Vol. 15, Suppl 1 Pt A. P. 307—308. DOI: 10.1097/00002826-199201001-00159.

10. Shuvalov S. A., Kibitov A. O. Sutochnaya tolerantnost k alkogolyu u bolnyih alkogolizmom kak faktor riska voznikno-veniya ostryyh alkogolnyih psihozov i sudorozhnyih pripadkov. Nevrologicheskii vestnik. 2013. T. XLV, No. 1. S. 67—76. DOI: 10.17816/nb13792.

11. Altshuler V. B., Korolkov A. I., Kravchenko S. L. Ob'em potrebyaemogo alkogolya kak odna iz bazovyih harakteristik bolnyih alkogolizmom: psihofiziologicheskoe i psihopato-logicheskoe korrelyatsii. Voprosy narkologii. 2011. No. 4. S. 3—10.

12. Mishyiev V. D., Sosin I. K., Ovcharenko O. A., Yershova O. A. Narkolohiia: aktualni pytannia. Lviv : Medytyna svitu, 2010. 280 s.

Надійшла до редакції 12.01.2022

ЛІНСЬКИЙ Ігор Володимирович, доктор медичних наук, професор, директор Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), професор кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

КУЗЬМІНОВ Валерій Никифорович, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

LINSKIY Igor, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Professor of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

KUZMINOV Valeriy, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine