

*В. Н. Кузьмінов***ЗАЛЕЖНІСТЬ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ГОСТРИХ ПСИХОТИЧНИХ СТАНІВ В СТАНІ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ ВІД ФОРМИ ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ***В. Н. Кузьминов***Зависимость клинической картины острых психозов в состоянии отмены алкоголя от формы злоупотребления алкоголем***V. N. Kuzminov***The dependence of the clinical picture of acute psychosis connected with alcohol withdrawal from the forms of alcohol consumption**

Було обстежено 210 хворих з гострим психотичним розладом в стані відміни алкоголю. Хворі були поділені на дві групи залежно від форми зловживання алкоголем: 1) періодична (запійна), 2) постійна. Для алкогольної залежності з запійною формою зловживання алкоголем було характерно наявність більш однієї спонтанної або соціально зумовленої ремісії (більш одного місяця трезвості) протягом року, істотно коротший період тяжкої алкоголізації до розвитку психотичного розладу, менший термін контрольованого вживання алкоголю. Навпаки, у пацієнтів з постійною формою вживання спиртних напоїв в деяких випадках аж до розвитку психотичного епізоду пацієнти могли самостійно припинити приймати спиртне. Психотичні розлади частіше спостерігалися у хворих із запійною формою зловживання спиртними напоями. Провокаційний фактор розвитку психотичного розладу (наявність соматоневрологічного захворювання) був більш значущим в групі хворих з постійною формою зловживання алкоголем. При запійній формі зловживання алкоголем в структурі стану відміни алкоголю з делирієм виявлено більш виражені вегетативні ознаки стану відміни алкоголю (тахікардія, артеріальна гіпертензія, гіпергідроз). Також у цих пацієнтів були більш виражені афективні порушення (передусім — тривога) та психомоторне збудження. Продуктивна психотична симптоматика (маячня, галюцинації) мала більш значущий вплив на поведінку хворих при запійній формі зловживання алкоголем. У хворих з постійною формою зловживання алкоголем частіше зоріві галюцинації поєднувалися з тактильними галюцинаціями. В цієї групі частіше відбувалася пролонгація психотичного розладу на тлі загострення соматоневрологічних захворювань.

**Ключові слова:** синдром алкогольної залежності, форма зловживання алкоголем, стан відміни алкоголю, гострий психотичний розлад

Было обследовано 210 больных с острым психотическим расстройством в состоянии отмены алкоголя. Больные были поделены на две группы в зависимости от формы злоупотребления алкоголем: 1) периодическая (запойная), 2) постоянная. Для алкогольной зависимости с запойной формой злоупотребления алкоголем было характерно наличие более одной спонтанной или социально обусловленной ремиссии (более одного месяца трезвости) в течение года, более короткий период тяжелой алкоголизации перед развитием психотического расстройства, меньший срок или отсутствие периода контролируемого употребления алкоголя. Напротив, у пациентов с постоянной формой употребления спиртных напитков в некоторых случаях вплоть до развития психотического эпизода пациенты могли самостоятельно прекратить прием спиртного. Психотические расстройства чаще наблюдались у больных с запойной формой злоупотребления спиртными напитками. Провоцирующий фактор развития психотического расстройства (наличие соматоневрологического заболевания) чаще был более значимым в группе больных с постоянной формой злоупотребления алкоголем. При запойной форме злоупотребления алкоголем в структуре состояния отмены алкоголя с делирием отмечались более выраженные вегетативные признаки (тахикардия, артериальная гипертензия, гипергидроз). Также у этих пациентов были более выраженные аффективные нарушения (прежде всего — тревога) и психомоторное возбуждение. Продуктивная симптоматика (бред, галлюцинации) имела более значимое влияние на поведение больных при запойной форме злоупотребления алкоголем.

У больных с постоянной формой злоупотребления алкоголем зрительные галлюцинации часто сочетались с тактильными галлюцинациями. В этой группе чаще имела место пролонгация психотического расстройства на фоне обострения имеющихся у пациента соматоневрологических заболеваний.

**Ключевые слова:** синдром алкогольной зависимости, форма злоупотребления алкоголем, состояние отмены алкоголя, острое психотическое расстройство

210 patients with acute psychotic disorder in a state of alcohol withdrawal were examined. Patients were divided into two groups depending on the form of alcohol abuse: 1) periodic (drunk), 2) permanent. Alcohol dependence with a drunken form of alcohol abuse was characterized by the presence of more than one spontaneous or socially conditioned remission (more than one month of sobriety) for a year, a short period of hard consumption of alcohol before the development of a psychotic disorder, a shorter period or no control period of consumption alcohol. On the contrary, in patients with permanent drinking, in some cases, up to the development of a psychotic episode, patients could independently stop drinking. Psychotic disorders were more often observed in patients with the periodic (drunk) form of alcohol abuse. A provoking factor in the development of psychotic disorders (the presence of somatoneurological) disease, was more often more significant in the group of patients with permanent form of alcohol abuse. In the case of a drunken form of alcohol abuse, more expressive vegetative signs of withdrawal syndrome (tachycardia, arterial hypertension, hyperhidrosis) were noted in the structure of the of alcoholic delirium. These patients had more expressive affective (mostly anxiety) and psychomotor agitation. Productive psychotic symptomatology (delusion, hallucinations) had a more significant effect on the behavior of patients with a drunken form of alcohol abuse. In patients with permanent alcohol abuse, visual hallucinations were more often associated with tactile hallucinations. In this group, a prolongation of the psychotic disorder occurred more frequently due to the exacerbation of somatoneurological diseases, which often had at these patients.

**Key words:** alcohol dependence, form of alcohol abuse, alcohol withdrawal state, acute psychotic disorder

В останні роки вивчення алкогольної залежності носить мультидисциплінарну спрямованість [1]. Зараз вважається, що алкогольна залежність має генетичну зумовленість, яка реалізується при певних соціопсихологічних умовах. Кожна особа має свій рівень генетичного ризику, а реалізація цього ризику здійснюється в міцній взаємодії з особистісними та соціальними факторами в рамках мультифакторіального характеру хвороб залежності від психоактивних речовин. Залишаються спірними багато питань, пов'язаних з клінічними проявами алкоголізму, особливостями його перебігу, відокремленням різних варіантів зловживання алкоголем від алкогольної залежності як хвороби, систематики алкогольної залежності [2–4]. Маркером такої генетичної схильності до розвитку алкогольної залежності та появи асоційованих з нею проблем, як-от стан відміни, металогольної психотичні розлади, судомний синдром тощо, є тривалість постійного вживання алкоголю до розвитку психотичного розладу. Вважається, що різноманіття варіантів перебігу алкогольної залежності зумовлюють біохімічні особливості обміну алкоголю, нейромедіаторів та наявність органічного ураження нервової системи [5–8]. Класична наркологія поділяє форми зловживання після сформованої алкогольної залежності на дві основні: систематичне та запійне. Інші форми зловживання є похідними та мають додаткові характеристики, як-от тяжкість стану відміни при спробі зупинити зловживання алкоголем та збільшення або зменшення толерантності [9–11]. Форма зловживання може змінюватися з перебігом захворювання або бути самостійною характеристикою алкогольної залежності, що знайшло відбиток в термінології «запої», псевдозапої». Запій розглядають як невідкладний стан, для якого є характерним різке збільшення зловживання алкоголем з компульсивним потягом та чималими афективними порушеннями. Форма зловживання алкоголем відбиває різноманітність алкогольної залежності. Швидка поява запійних станів у хворого є свідченням зловживання високого перебігу алкогольної залежності. Безумовно, вивчення клінічних особливостей гострих психотичних розладів залежно від форми зловживання алкоголем дозволить вдосконалити поняття патогенетичних механізмів формування психопатологічних порушень у хворих з алкогольною залежністю, дозволить виявити предиктори розвитку психотичного стану та маркери його тяжкого перебігу.

Мета дослідження: вивчення клініко-психопатологічних особливостей гострих психотичних станів у хворих залежно від форми зловживання алкоголем.

Методи дослідження: клінічний (вивчення соматоневрологічного стану хворого), психопатологічний, клініко-лабораторний.

На першому етапі обстежені 210 хворих, які були госпіталізовані до Центру невідкладної психіатрії Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 в гострому психотичному стані, пов'язаному зі станом відміни алкоголю. Метою цього етапу дослідження було визначення співвідношення запійної та постійної форм зловживання алкоголем серед хворих з гострим психотичним розладом в стані відміни.

В дослідженні ми застосовували два основних показника для визначення форми зловживання алкоголем: тяжке споживання алкоголю, тривалість постійного тяжкого зловживання алкоголем. Відповідно до міжнародних стандартів, тяжким вживанням алкоголю

є 5 стандартних доз алкоголю (СДА). Але у хворих з гострим психотичним станом легше визначити трохи більшу дозу — 6 стандартних доз, що дорівнює приблизно половині стандартної 0,5 літрової пляшки 40 % алкоголю, або так званої «чекушки».

Емпірично було встановлено, що термін тяжкого безперервного споживання алкоголю, який здебільшого відрізняє хворих з періодичною та з постійною формою, що перенесли гострий психотичний розлад внаслідок вживання алкоголю, становить 30 діб.

Аналіз анамнестичних даних дозволив встановити, що 119 (56,7 %) з 210 обстежених були з запійною формою зловживання алкоголем. Водночас у хворих, що мали постійну форму зловживання алкоголем, частіше спостерігався провокаційний фактор — загострення хронічних соматичних захворювань або поява гострих захворювань (пневмонія, панкреатит тощо).

Було виявлено, що на момент виникнення психотичного розладу майже для всіх хворих було характерно постійне вживання алкоголю зі зменшенням здатності (або неможливістю) контролювати вживання алкоголю. Потяг до вживання спиртних напоїв перевищував соціальні потреби, проявом чого було грубе порушення соціального функціонування. Чимала частина хворих переставали вживати їжу (або різко зменшували її кількість), добовий харчовий калораж компенсували переважно спожитими спиртними напоями. Це істотно посилювало токсичність алкоголю та приводило до загострення наявних соматичних захворювань, як-от гепатит, панкреатит. Ознаками чого були нудота, блювота (при спробі прийняття їжі), понос, біль та важкість в животі та лабораторні ознаки цих захворювань під час обстеження. Хворі перед розвитком психотичного розладу вживали алкоголь для корекції свого психологічного та соматичного стану. Майже в усіх хворих водночас зменшувалася загальна кількість споживаного алкоголю. В деяких формах спостерігалось примусове зменшення кількості або припинення його вживання через соціальні фактори (відсутність грошей, відрядження, планова госпіталізація в соматичний стаціонар). Форми вживання нівелювалися ситуаційними та соціальними факторами, попереднім лікуванням до розвитку психотичного стану.

Здебільшого родичі хворих визначали стан пацієнтів як «запій». Вони вказували, що хворий перебуває в ньому тривалий час (іноді до кількох місяців), основною ознакою визначали припинення соціального функціонування внаслідок систематичного вживання алкоголю. Для хворих з запійною формою зловживання алкоголем були характерні періоди тривалого повного утримання від вживання алкоголю, але після поновлення приймання алкоголю алкоголізація відразу мала брутальний характер. Для запійного (періодичного) типу зловживання алкоголем був характерним менший період часу систематичного вживання алкоголю до розвитку психозу. Вживання алкоголю відразу після початку вживання великих доз алкоголю набувало неконтрольованого характеру. Хворі починали постійно вживати великі дози алкоголю. У хворих з постійною формою відбувалася флуктуація доз алкоголю. Отже, маркером запійної форми зловживання алкоголем у досліджених була тривалість здатності контролювати вживання алкоголю після його поновлення. Стан відміни алкоголю з делірієм частіше спостерігається у хворих із запійною формою зловживання спиртними напоями. В цієї ж групі хворих частіше виявлялися тяжкі

стану відміни алкоголю з делірієм (F10.43 за МКХ-10). Напроти, в групі хворих з постійною формою зловживання в деяких випадках діагностовано делірій, зумовлений соматичним захворюванням у стані відміни алкоголю (F0.5 за МКХ-10). Гострі психотичні розлади внаслідок вживання алкоголю (F10.5 за МКХ-10) однаково часто спостерігалися в обох групах обстежених. Провокаційний фактор розвитку психотичного розладу (наявність соматоневрологічного захворювання) був більш значущим в групі хворих з постійною формою зловживання алкоголем.

Для ретельного вивчення було відібрано 180 хворих з тяжкістю стану відміни алкоголю понад 30 балів за шкалою CIWA-аг для подальшого ретельного комплексного обстеження з діагнозом стан відміни алкоголю з делірієм (F10.4 за МКХ-10). Хворі були госпіталізовані до Центру невідкладної психіатрії Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 з діагнозом стан відміни алкоголю з делірієм, або алкогольний делірій (F10.4 за МКХ-10). Хворих на другий етап дослідження відбирали методом суцільної вибірки з першого етапу

дослідження. Критерієм виключення була наявність в анамнезі даних про ендogenous психічні захворювання (рубрики F2, F3 МКХ-10).

Пацієнти залежно від тривалості постійного вживання великих доз алкоголю (понад 5 стандартних доз алкоголю) були поділені на 2 групи.

— 1 група — пацієнти зі станом відміни алкоголю з делірієм F10.4, запійна форма (з періодом тяжкої алкоголізації перед розвитком психозу менше ніж 30 діб) — 90 пацієнтів;

— 2 група — пацієнти зі станом відміни алкоголю з делірієм F10.4 з постійною формою зловживання (з періодом тяжкої алкоголізації перед розвитком психозу понад 30 діб) — 90 пацієнтів.

Усім хворим у першу добу надходження у стаціонар (і далі в динаміці) були проведені необхідні стандартні аналізи крові (клінічні, біохімічні, на інфекційні збудники та ін.).

Вивчені клінічні характеристики алкогольної залежності в групах досліджених, окремі дані наведені у таблиці 1.

Таблиця 1. Клінічні характеристики алкогольної залежності в групах досліджених

| Шкала, одиниця вимірювання                                                 | Перша група (n = 90) | Друга група (n = 90)         |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|
| Давність зловживання алкоголем, роки                                       | 12,30 ± 0,78         | 14,00 ± 0,80 <sup>2)</sup>   |
| Тривалість синдрому залежності, роки                                       | 13,2 ± 1,1           | 11 ± 1,4 <sup>2)</sup>       |
| Давність синдрому зміненої реактивності на алкоголь, роки                  | 10,33 ± 0,75         | 12,18 ± 0,74 <sup>2)</sup>   |
| Наявність білої гарячки в анамнезі, %                                      | 77,8                 | 26,7 <sup>3)</sup>           |
| Толерантність добова, СДА перед психотичним розладом                       | 20,09 ± 1,91         | 21,04 ± 1,31 <sup>1)</sup>   |
| Толерантність тижнева, СДА                                                 | 128,11 ± 8,61        | 121,30 ± 14,65 <sup>2)</sup> |
| Кількість спожитого алкоголю на початку тяжкого зловживання алкоголем, СДА | 12,94 ± 0,87         | 11,68 ± 1,13 <sup>2)</sup>   |
| Тривалість предпсихотичного періоду — утримання від вживання алкоголю, діб | 1,1 ± 0,6            | 1,9 ± 0,8 <sup>3)</sup>      |
| Загострення соматичних хвороб, %                                           | 44,4                 | 57,8 <sup>3)</sup>           |
| Всього хворих, осіб                                                        | 90                   | 90                           |

Примітка. Тут і далі: n — кількість обстежених; середні значення показників наведено в форматі ( $M \pm m$ ) — «середня арифметична ± стандартна похибка середньої арифметичної»; вірогідність відмінностей між групами: <sup>1)</sup> —  $p < 0,05$ ; <sup>2)</sup> —  $p < 0,01$ ; <sup>3)</sup> —  $p < 0,001$

Отже, на тлі ретельного вивчення анамнестичних даних було виявлено, що при меншій загальній тривалості зловживання алкоголем у хворих з запійною формою спостерігався більш швидкий темп формування синдрому залежності. Загалом за однаковий час (толерантність тижнева, СДА) перед госпіталізацією хворі з запійною формою вживали більшу дозу сумарного алкоголю. Проте здебільшого перед розвитком психотичного розладу в першій групі частіше з'являлася непереносимість алкоголю, котра приводила к зменшенню споживання алкоголю. Для першої групи було характерно більш брутальне зловживання алкоголю на початку щоденного тяжкого споживання спиртних напоїв. Для алкогольної залежності у хворих з запійною формою зловживання алкоголем характерно істотно коротший період тяжкої алкоголізації до розвитку психотичного розладу —  $14,2 \pm 1,1$  проти  $31 \pm 4,7$  діб у другій групі, істотно коротший період саме контрольованого вживання алкоголю, термін якого визначався патологічним потягом до алкоголю.

Хворих першої групи здебільшого госпіталізували з домівки в зв'язку з розвитком психотичного стану за направленням лікаря-психіатра швидкої допомоги. Вік хворих становив 27—59 років. Стаж синдрому залежності від алкоголю (за даними анамнезу) становив 10—37 років. Деліріозний синдром з'являвся на перший-третій день відміни алкоголю. В усіх досліджених хворих спостерігалася різноманітна соматична патологія, що з'ясовувалося при подальшому обстеженні в стаціонарі. Найчастіше у хворих діагностували кардіоміопатії, хронічні панкреатити, поліневрити, токсичні енцефалопатії. В усіх досліджених хворих виявлялася різноманітна патологія печінки, що підтверджувалося клінічними та лабораторними дослідженнями. Супутня соматична патологія була компенсована на час госпіталізації.

Хворих другої групи іноді переводили із соматичних стаціонарів (або обстежували в соматичних стаціонарах) — у 33,3 % випадків (30 хворих), в 50 % випадків (45 хворих) госпіталізували з домівки за направленням

лікаря-психіатра швидкої допомоги. У 16,7 % випадків хворі були госпіталізовані за медичними показаннями в зв'язку з тривалим систематичним зловживанням алкоголем та наявністю соматичного ускладнення через очікування тяжкого стану відміни, що мало загрозу для життя до розвитку психотичного розладу. У хворих спостерігалася різноманітна соматична патологія. На відміну від хворих першої групи соматична та неврологічна патологія мала субкомпенсований або декомпенсований характер, свідченням чого були дані соматоневрологічного статусу хворих та дані клініко-лабораторного обстеження. Вік хворих становив 34—60 років. Стаж синдрому залежності від алкоголю (за даними анамнезу) становив 10—35 років. Деліріозний синдром з'являвся на другий-п'ятий день відміни алкоголю. Після редукування психотичної симптоматики у хворих виявлялися вірогідні ознаки дисциркуляторної енцефалопатії. Загострення соматичних хвороб часто відбувалося до початку розвитку психотичного розладу. В першій групі загострення соматичного захворювання, частіше ніж в 2-й групі, відбувалося після розвитку психотичного розладу. Найбільш значущими для розвитку деліріозного синдрому були пневмонія, панкреатит. Менш значущою для розвитку психотичного стану була наявність клінічно вираженої патології печінки. В усіх хворих з загостренням соматичних захворювань спостерігався затяжний перебіг психотичного розладу з тяжким астеничним синдромом після припинення психозу.

Клінічні дані, які отримані під час оцінювання тяжкості алкогольного абстинентного синдрому за шкалою CIWA-ar, наведені в таблиці 2.

Таблиця 2. Показники симптомів стану відміни алкоголю за шкалою CIWA-ar в групах досліджених

| Симптом стану відміни алкоголю                    | Усереднені значення за шкалою CIWA-ar, бали |                           |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------|
|                                                   | Перша група                                 | Друга група               |
| Нудота                                            | 2,21 ± 0,31                                 | 1,78 ± 0,20               |
| Тремор                                            | 4,71 ± 0,18                                 | 4,02 ± 0,17 <sup>1)</sup> |
| Пароксизмальний піт                               | 4,05 ± 0,23                                 | 3,10 ± 0,24 <sup>1)</sup> |
| Тривога                                           | 3,74 ± 0,29                                 | 2,57 ± 0,23               |
| Збудження                                         | 4,65 ± 0,21                                 | 3,20 ± 0,24 <sup>3)</sup> |
| Тактильні порушення                               | 2,57 ± 0,28                                 | 3,22 ± 0,19 <sup>1)</sup> |
| Слухові порушення                                 | 2,12 ± 0,14                                 | 3,50 ± 0,18 <sup>3)</sup> |
| Зорові порушення                                  | 4,54 ± 0,18                                 | 4,15 ± 0,23               |
| Головний біль                                     | 1,12 ± 0,15                                 | 1,37 ± 0,14               |
| Орієнтація в оточуючому, запаморочення свідомості | 2,75 ± 0,24                                 | 2,73 ± 0,14               |

Примітка. Вірогідність відмінностей з першою групою: <sup>1)</sup> —  $p < 0,05$ ; <sup>2)</sup> —  $p < 0,01$ ; <sup>3)</sup> —  $p < 0,001$

В багатьох випадках у хворих другої групи виявлялася полінейропатія, прояви якої частково редукувалися після лікування. В обох групах в процесі лікування зменшувались або повністю редукувалися диспепсичні прояви, біль (неприємні відчуття) у животі. Алкогольна кардіоміопатія суттєво ускладнювала терапію хворих (була більш вираженою в другій групі).

В першій групі хворих були наявні більш тяжкі афективні розлади та психомоторне збудження (тривога: перша група —  $3,74 \pm 0,29$ , друга група —  $2,57 \pm 0,23$  бали, психомоторне збудження: перша група —  $4,65 \pm 0,21$ , друга група —  $3,20 \pm 0,24$  бали). Для першої групи хворих була характерна більш виражена продуктивна симптоматика (маячня, галюцинації у поєднанні з розладами орієнтовки в обстановці  $3,2 \pm 0,9$ ;  $4,1 \pm 0,82$  бали); домінування зорових та слухових галюцинацій, які повністю визначають поведінку хворого ( $4,1 \pm 0,82$  бали в першій групі  $2,7 \pm 0,2$  бали в другій групі).

В усіх хворих другої групи синдромологічно психопатологічні порушення, відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10, мали ознаки деліріозного синдрому. Навіть у тих хворих першої групи, коли при госпіталізації симптоматику психічних порушень трактували як галюцинаторно-маячну, при погіршенні загального стану виявлялися ознаки деліріозного синдрому. Маячні переживання в структурі деліріозного синдрому були найбільш виражені в першій групі хворих. Вони часто поєднувалися зі слуховими галюцинаціями. Якщо до зорових галюцинацій хворі ставились частіше спокійніше, то «голоси» неіснуючих ворогів завжди визивали жак, тривогу, виражене психомоторне збудження. Водночас треба наголосити, що саме слухові галюцинації та персекуторні ідеї приводили до ауто- та гетероагресивної поведінки. Проявом цього було нанесення самоушкоджень у разі загрози гідності, спроба втекти від мнимі загрози, що приводило до падіння з висоти, руйнівні дії та нецільеспрямована агресія, навіть після госпіталізації до психіатричного стаціонару.

У хворих першої групи порушення сприйняття мали переважно характер зорових галюцинацій та ілюзій. Вплив галюцинаторної симптоматики на поведінку у хворих другої групи був найменший, незважаючи на їх часто сціноподібний характер. Навіть якщо хворі із судинним делірієм протягом кількох діб бачили сторонніх осіб в своїй оселі, вони з ними співіснували та інколи зверталися до родичів, сусідів, в правоохоронні органи — через деякий час. Вони були впевнені деякий час після виходу із психозу у тому, що у них вдома хтось живе. При цьому хворі були некритичні до своїх переживань. Вони розповідали, що люди були маленькі, часто без обличчя, спали висячи на вішалці і таке інше. Для хворих першої групи була характерною вибіркова орієнтація в оточуючому. Вони розмовляли одночасно як з лікарем, так із з неіснуючими людьми. Причому лікаря, як і його питання, сприймали як фон, що заважає спілкуватися зі співробітниками (при професіональному делірії).

Жак, тривога були більш характерними для хворих першої групи. Поєднано з галюцинаторною симптоматикою вони суттєво впливали на поведінку хворих. Навіть зорові галюцинації частіше ніж в другій групі мали погрозовий характер. Хворі бачили вбитих родичів, роздягнутих дітей на морозі, намагалися протидіяти наявній ситуації. Хворі другої групи частіше нейтрально реагували на власні розлади сприйняття. Зорові галюцинації часто не змінювали поведінку хворого, іноді вони ставилися до неї з формальною критикою.

Під час аналізу лабораторних даних було виявлено, що в другій групі набагато гіршими були показники так званих печінкових проб. Натомість в першій групі були більш істотними порушення окремих вітальних показників, що є можливими критеріями стресу (табл. 3).

Таблиця 3. Окремі лабораторні та вітальні показники в групах досліджених до початку терапії

| Показник                   |                  | Перша група   | Друга група                 |
|----------------------------|------------------|---------------|-----------------------------|
| Пульс, уд/хв               |                  | 109 ± 3,50    | 101 ± 5,52 <sup>1)</sup>    |
| Частота дихання на хвилину |                  | 19 ± 1,51     | 17 ± 1,62 <sup>1)</sup>     |
| Печінкові проби            | ГГТ, мкмоль/чмл  | 287,69 ± 3,50 | 359,26 ± 9,14 <sup>1)</sup> |
|                            | АСТ, нмоль/(с·л) | 72,89 ± 2,63  | 95,40 ± 5,04 <sup>1)</sup>  |
|                            | АЛТ, нмоль/(с·л) | 70,02 ± 2,91  | 87,20 ± 6,82 <sup>1)</sup>  |

Примітка. <sup>1)</sup> — Відмінності між групами вірогідні ( $p < 0,001$ )

Отримані дані свідчать, що можливим фактором появи психотичних розладів при запійній формі зловживання алкоголем можуть бути повторні, тяжкі гомеостатичні стреси, що впливають з паттерну вживання психоактивної речовини і визначають характерні особливості перебігу психозу. Водночас в другій групі більш суттєвим фактором є соматичні наслідки зловживання алкоголем, що визначається сумарною кількістю спожитого алкоголю [12—15]. Урахування особливостей зловживання алкоголем перед розвитком гострого психотичного розладу в стані відміни алкоголю допоможе зробити стандартизовані підходи до прогнозу перебігу та диференційованої терапії стану відміни алкоголю.

Результати проведеного дослідження дозволили дійти таких висновків.

Схильність до певного паттерну зловживання, можливо, визначається біологічними факторами, що багато в чому визначає перебіг алкогольної залежності.

Форми зловживання алкоголем в стані відміни алкоголю впливають на клінічну картину гострого психотичного розладу у хворих з алкогольною залежністю.

Ретельне вивчення характеру зловживання алкоголем дозволяє прогнозувати перебіг психотичного розладу та планувати надання диференційованої медичної допомоги.

#### Список літератури

1. Минко А. И. Алкоголизм — междисциплинарная проблема (выявление, лечение, профилактика) // Український вісник психоневрології. 2001. Т. 9, вип. 4 (29). С. 6—7.
2. 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.

3. Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism / Cloninger C. R., Sigvardsson S., Gilligan S. B. // Adv. Alcohol Subst. Abuse. 1988. № 7 (3—4). P. 3—16. DOI: 10.1300/J251v07n03\_02.

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

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

6. 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.

7. Lesch, O. M. Towards standardization for the methodology in treatment research of alcohol abuse and alcoholism // Clinical Neuropharmacology. 1992. Vol. 15 Suppl 1 Pt A: P. 307A—308A. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1498851>.

8. 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.

9. Минко А. И., Линский И. В. Наркология. Новейший справочник. 2-е изд., испр. и дополн. М. : Изд-во Эксмо, 2004. 736 с.

10. Морозов Г. В. Алкоголизм. М. : Медицина, 1983. 432 с.

11. Мішиєв В. Д., Сосін І. К., Овчаренко О. А., Єршова О. А. Наркологія: актуальні питання. Л. : Медицина світу. 2010. 280 с.

12. Шувалов С. А., Кибитов А. О. Суточная толерантность к алкоголю у больных алкоголизмом как фактор риска возникновения острых алкогольных психозов и судорожных припадков // Неврологический вестник (Журнал им. В. М. Бехтерева). 2013. Т. XLV, № 1. С. 67—76.

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

14. Гофман А. Г., Орлова М. А., Меликсетян А. С. Алкогольные психозы: клиника, классификация // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. № 1. С. 5—12.

15. Пятницкая И. Н. Наркомании. М. : Медицина, 1994. 541 с.

Надійшла до редакції 16.01.2019 р.

**КУЗЬМІНОВ Валерій Никифорович**, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: [kuvani@ukr.net](mailto:kuvani@ukr.net); <https://orcid.org/0000-0002-5163-1692>

**KUZMINOV Valeriy**, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: [kuvani@ukr.net](mailto:kuvani@ukr.net); <https://orcid.org/0000-0002-5163-1692>