

УДК 616.89-02:547.262

*А.М. Бачеріков, В.Н. Кузьмінов, А.Г. Назарчук***ПСИХООРГАНІЧНИЙ СИНДРОМ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ПСИХОЗ**

Інститут неврології психіатрії та наркології АМН України

Ключові слова: залежність від алкоголю, гострий психоз, психорганічний синдром, якість життя

З 1990 по 2000 рік має місце більш ніж двократний ріст захворюваності на алкогольні психози (з 0,8 до 2,2 на 10 тисяч населення). Лікування гострих психозів у хворих із залежністю від алкоголю є невирішеною проблемою одним з проявів чого є висока летальність цієї групи хворих. Спектр соматичних захворювань, психічних розладів у хворих із залежністю від алкоголю досить широкий [1]. Психотичні порушення у хворих із залежністю від алкоголю за звичай включають стан відміни алкоголю з делірієм

F10.5, делірії іншої етіології F05, органічні психози F06 [2]. При тяжкому перебігу стан відміни алкоголю з делірієм має спільні ознаки з органічними психотичними порушеннями, при цьому після купіровання психотичних порушень спостерігаються різноманітні варіанти психорганічного синдрому, який часто має транзиторний характер.

Метою даної роботи стало вивчення показника якості життя хворих із залежністю від алкоголю, що перенесли гострий психоз з тяжким перебігом.

Матеріал та методи дослідження

Клінічний, клініко-лабораторний, комп'ютерної томографії (при необхідності), статистичний. Тяжкість деліріозного синдрому оцінювалась за спеціально розробленою шкалою. Показник якості життя вивчався за методикою J.E. Mezzich з урахуванням досвіду застосування її в Україні [3,4].

Загальна характеристика обстежених хворих.

Критерії виключення. Пацієнти, які мали в анамнезі дані за ендогенні психічні захворювання (рубрики F2, F3 МКХ-10).

Згідно МКХ-10, у всіх досліджених хворих було діагностовано синдром залежності від алкоголю F10.2.

Було досліджено 60 хворих, що були госпіталізовані до Центру інтенсивної терапії та реанімації психозів Харківської клінічної психіатричної лікарні № 15. Пацієнти згідно МКХ-10 були розподілені на 3 групи.

1 група - пацієнти зі станом відміни алкоголю з делірієм F 10.4 – 25 пацієнтів.

2 група – пацієнти з делірієм змішаної етіології F05.8 – 20 пацієнтів

3 група – пацієнти делірієм необумовленим зловживанням психоактивних речовин F05– 15 пацієнтів.

Усі досліджені – чоловіки.

Результати дослідження та їх обговорення

Хворі першої групи в своїй більшості госпіталізувалися з домівки за направленням лікаря психіатра швидкої допомоги. Вік хворих становив 37-53 років. Стаж синдрому залежності (за даними анамнезу) від алкоголю становив 10 –15 років. Деліріозний синдром з'являвся на перший – третій день відміни алкоголю. У всіх досліджених хворих мала місце різноманітна соматична патологія. Найчастіше у хворих діагностувалися кардіоміопатії, хронічні панкреатити, поліневрити, токсичні енцефалопатії. У всіх досліджених хворих відмічалася різноманітна патологія печінки, що підтверджувалася клінічними

та лабораторними дослідженнями. Але супутня соматична патологія була компенсована на час госпіталізації.

Хворі другої групи переводилися із соматичних стаціонарів (або обстежились в соматичних стаціонарах) у 40% випадків, в 60 % випадків госпіталізувалися з домівки за направленням лікаря психіатра швидкої допомоги. У хворих мала місце різноманітна соматична патологія. На відміну від хворих першої групи соматична та неврологічна патологія мала декомпенсований характер, свідомостю чого були дані ретельного вивчення сомато-неврологічного статусу хворих

та данні клініко-лабораторного дослідження. Вік хворих становив 49-65 років. Стаж синдрому залежності (за даними анамнезу) від алкоголю становив 10-15 років. Деліріозний синдром з'являвся на другий - четвертий день відміни алкоголю. У 12 хворих психотичний стан мав ознаки судинного делірію, що розпочався на фоні стану відміни алкоголю. 6 хворих було переведено із соматичного стаціонару де вони лікувалися в зв'язку з гіпертонічною хворобою. Перед розвитком психотичної симптоматики мав місце гіпертензійний синдром (систоличний артеріальний тиск становив 176 ± 38). Після психотичної симптоматики у хворих виявлялися достовірні ознаки дисциркуляторної енцефалопатії. 8 хворих в стані відміни алкоголю перенесли черепно-мозкову травму, яка самостійно могла бути чинником деліріозного синдрому. У 6 хворих була діагностована субарахноїдальна кровотеча. У всіх хворих цієї групи з лікувально-діагностичною метою проводилась люмбальна пункція, комп'ютерна томографія головного мозку.

Хворі третьої групи переводились із соматичних стаціонарів в 87 % випадків, в 13% госпіталізувалися з домівки за направленням лікаря психіатра швидкої допомоги після консультації. У хворих мала місце різноманітна соматична патологія. На відміну від хворих першої групи соматична та неврологічна патологія мала декомпенсований характер свідомостю чого були дані ретельного вивчення сомато-неврологічного статусу хворих та данні клініко-лабораторного дослідження. Вік хворих становив 29-55 років. Стаж синдрому залежності (за даними анамнезу) від алкоголю становив 10-15 років. Психотичні порушення з'являлися не тільки в стані відміни, але й в стані сп'яніння. У трьох хворих мав місце некомпенсований цироз печінки, 75 - гострий холецистопанкреатит, 77 - тяжка пневмонія. Хворі переводились із терапевтичних відділень де проходили лікування в відповідних соматичних стаціонарах.

Помірний лейкоцитоз, прискорення СОЕ, помірний подвиг формули вліво відмічався у багатьох хворих усіх груп, помірна анемія мала місце у хворих всіх трьох груп, значна анемія у 3 хворих третьої групи. Концентрація білірубіна (як прямого так і непрямого) в більшості випадків була близька до норми або незначно підвищена у хворих третьої групи. Активність трансаміназ в більшості випадків була різко підвищена у хворих всіх трьох груп. До лікування рівень трансаміназ достовірно не відрізнявся в групах хворих. АСТ в першій групі хворих

мала показники $1,6\pm 0,04$, АЛТ $1,97\pm 0,19$. АСТ в другій групі хворих - $1,53\pm 0,04$, АЛТ $1,57\pm 0,19$. У третій групі хворих АСТ мала показники $1,7\pm 0,04$, АЛТ $1,59\pm 0,18$. Підвищення амілази крові та сечі мало місце у 5 хворих третьої групи. Загальна концентрація білка, глюкози у крові в більшості випадків не виходила за показники відповідних варіантів норми. Аміак, сечовина крові, креатинин в крові були значно більш підвищені у хворих третьої групи.

Треба зауважити, що підвищення рівня активності амінотрансфераз не завжди корелювало з клінічною картиною печінкової недостатності та загальної тяжкості стану хворого. Адже у деяких хворих з клінічно некомпенсованим цирозом печінки (асцит, теленагіоектазії, кровотечіями з розширених вен стравоходу, значна анемія) показники суттєво не відрізнялися від норми.

Найбільші показники були у молодих хворих з брутальною алкоголізацією перед госпіталізацією. Це можливо свідчить, про активність цитолітичного процесу у цих хворих. При цьому високий рівень амінотрансфераз тривалий час залишався і в стані відміни (після усунення екзогенного токсичного фактора). Підвищений рівень трансаміназ корелював з тяжкістю делірію у 3 групі хворих. В багатьох випадках мала місце полінейропатія, прояви якої частково редуцировались після лікування. Зменшувались або повністю минали диспепсичні явища, болі (неприємні відчуття) у животі. У деяких хворих при тривалості психоза більш 2 діб мала місце пневмонія, бронхіт. При затяжному делірії мала місце поліорганна недостатність.

Усі хворі за психічним станом відповідали другій стадії алкогольного делірію за Морозовим В.Є [5]. Тяжкість психозу була порівнювана у всіх групах досліджених і мала показники 25 балів ± 3 по спеціально розробленій шкалі тяжкості алкогольного делірію. Хворі отримували медичну допомогу, яка включала діазепам до 60 мг на добу парентерально, галопріл 10 мг на добу парентерально, тіаміна 200 мг на добу. Усім хворим проводилась корекція водно-електролітного балансу, корекція соматоневрологічного стану. Медикаментозна терапія дещо відрізнялася в групах досліджених хворих. Хворим з пневмонією призначалися антибіотики, хворим з явищами панкреатиту, печінкової патології призначалися гепатопротектори (переважно глутаргін), контрикал. Загальна характеристика психотичного стану в клінічних групах хворих відображена у таблиці 1.

При лікуванні купировалась психопатологічна симптоматика, основними проявами якої

були, психомоторне збудження, жах (тривога), галюцинаторні та маячні переживання.

Таблиця 1

Загальна характеристика психотичного стану в клінічних групах хворих

критерії \ група	1 група хворих		2 група хворих		3 група хворих	
	N=25	%	N=20	%	N=15	%
Тривалість передпсихотичного абстинентного періоду						
Наявність судомного синдрому в передпсихотичному періоді	6	24	9	45	0	0
Тривалість психомоторного збудження (у добах)	1,2±0,9		0,9±0,3		1,6±0,9	
Тривалість психотичних порушень (у добах)	4,2±0,9		6,9±0,3		8,6±0,9	
Тривалість пост психотичної астенії(у добах)	4,6±0,3		10,8±0,9		14,6±0,5	
Вираженість психорганічного синдрому після купірування психотичної симптоматики (в балах)	2,5±0,6		2,3±0,7		2,6±0,6	
Вираженість полінейропатії після купірування психозу (в балах)	2,7±0,6		2,5±0,7		2,6±0,6	
Ускладненість фармакотерапії психотропними препаратами	3	12	8	40	3	20

Примітка. Дані у 3,4,5,6,7 строках подані середні величини ± середнє квадратичне відхилення $M \pm m$.

Після купірування психозу у хворих відмічався психорганічний синдром. Основними проявами якого були загальне зниження пам'яті, фіксаційна амнезія, благодушний фон настрою, неповна орієнтація в місті та часі. Вказані порушення в ряді випадків були транзиторними та суттєво зменшувались протягом лікування. Для більшості хворих була характерна після психотична астенія. В багатьох випадках мала місце полінейропатія, прояви якої частково редуцировались після лікування. Зменшувались або повністю зникали диспепсичні явища, болі (неприємні відчуття) у животі. У деяких хворих при тривалості психозу більш 2 діб мала місце пневмонія, бронхіт. У деяких хворих мала місце поліорганна патологія, ризик якої підвищувався з тривалістю психозу. При затяжній течії психозу у хворих із станом відміни алкоголю з делірієм (1 група хворих) психоз отримував ознаки соматогеного психозу (3 група хворих), що проявлялося перш за все зміною деліріозного синдрому на аментивний. При цьому спостерігалася дезактуалізація

емоційних порушень. У хворих практично не спостерігалися жах, тривога. Основними психопатологічними порушеннями були дезорієнтація в місці, в часі, гостра сплутаність, транзиторні маячні та галюцинаторні порушення. На відміну від третьої групи хворих в першій групі хворих для аментивного синдрому не було характерно психомоторне збудження.

Характер та інтенсивність гострого психорганічного синдрому суттєво відрізнялися в групах досліджених хворих. Що надано у таблиці 2.

Найбільш вразливий гострий психорганічний синдром відмічався у хворих третьої групи. Він був виключно астеничний або апато-астеничний характер. Для соматогенних психозів (хворі третьої групи) була характерна відсутність експлозивного та моріоподібного гострого психорганічного синдрому. У хворих першої та другої групи гострий психорганічний синдром був більш різноманітний та в деяких випадках носив експлозивний, моріоподібний, амнестичний характер. Для експлозивного психорганічного синд-

рому було характерно на фоні виснаження дратівливості, конфліктність після виходу з психотичного стану. При цьому в більшості випадків це супроводжувалось загостренням потягу до зловживання спиртних напоїв. Для моріоподібного було характерно відсутність критики до свого стану, «гумор висельника», підвищений

фон настрою, деяка безтолковість, зменшення почуття дистанції з медичним персоналом, порушення інтелектуально-мнестичної діяльності. Проявами амнестичного варіанту гострого психорганічного синдрому в більшості випадків були фіксаційна амнезія, груба дезорієнтація у часі.

Таблиця 2

Клінічні прояви гострого психорганічного синдрому у хворих із залежністю від психоактивних речовин

Клінічні прояви гострого психорганічного синдрому	Хворі на алко-гольний делірій		Хворі на делірій змішаної етіології		Хворі на ор-ганічний пси-хоз	
	n	%	n	%	n	%
астенічний	12	48	7	35	11	73,3
апато-астенічний	1	4	2	10	4	26,7
експлозивний	5	20	4	20	0	0
моріоподібний	4	16	4	20	0	0
амнестичний	3	12	3	15	0	0

При подальшому лікуванні явища гострого психорганічного синдрому зникали або суттєво зменшувалися.

Постпсихотична астения була більш вразлива і триваліша у третій групі хворих. Явища її проходили паралельно з гострим психорганічним синдромом.

У хворих всіх трьох груп мали явища алко-гольної полінейропатії, прояви якої значно зменшувалися

лися паротягом лікування. Алко-гольна полінейропатія суттєво не відрізнялася в групах хворих.

Даючи загальну характеристику показника якості життя слід відзначити, що отримані данні у цілому були східними у всіх групах хворих. При цьому інтегративний показник якості життя суттєво відрізнявся в залежності від типу психорганічного синдрому і декілька менш від його тяжкості.

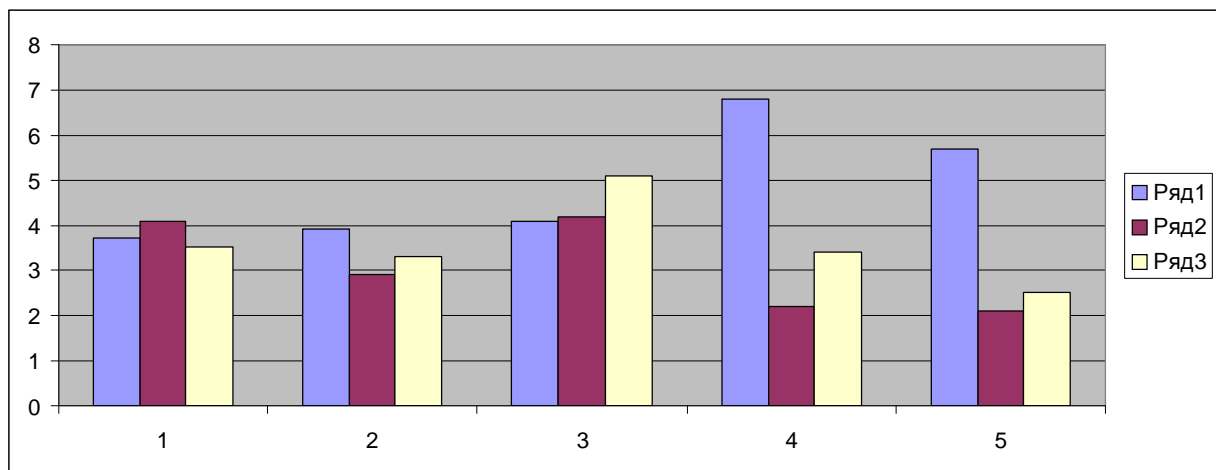


Рис.1 Середній інтегративний показник якості життя у хворих з залежністю від алко-голю, що перенесли гострий психоз

1-астенічний варіант гострого психорганічного синдрому
 2- астено-апатичний варіант гострого психорганічного синдрому
 3- експлозивний варіант гострого психорганічного синдрому

4- моріоподібний варіант гострого психорганічного синдрому
 5- амнестичний варіант гострого психорганічного синдрому
 ряд 1 - показник обстежених, ряд 2 - показник лікарів, ряд 3 - показник родичів.

Оцінюючи показники інтегративного показника якості життя можна виявити взаємозв'язок з клінічною картиною. Низька оцінка якості життя хворими суттєво залежала від збереження критичності до свого стану, депресивного синдрому, що було характерно для хворих з меншим стажем зловживання алкоголю та деякій збереженості соціального функціонування. Це було характерно перш за все для хворих із астеничним типом психорганічного синдрому. В цієї групі хворих була найменша розбіжність в оцінці якості життя самими хворими, лікарями та родичами хворих. Відносна висока оцінка якості життя хворими була при амнестичному та моріоподібному гострому психорганічному синдромі, що супроводжувалося відсутністю критичності до свого стану, благодушним фоном настрою, анозогнозією залежності від алкоголю.

Оцінка лікарем якості життя корелювала з загально медичними критеріями тяжкості стану хворого. Оцінка родичами якості життя була незначно вища ніж лікарів, але в цілому корелювала з тяжкістю стану хворого, його соціальною адаптацією до лікування. Значний вплив на цей показник мало сподівання на загальні результати лікування (не тільки психозу, а й залежності від алкоголю), загальна динаміка соціального статусу до перенесеного психотичного стану. Родичі хворих, які багато разів госпіталізувалися до психіатричного (наркологічного) стаціонару, оцінювали якість життя декілька краще ніж первинних хворих, для котрих перенесений психоз був показником подальшої соціальної «катастрофи», пов'язаної зі зловживанням алкоголю. В процесі лікування оцінка якості життя змінювалася у всіх групах хворих.

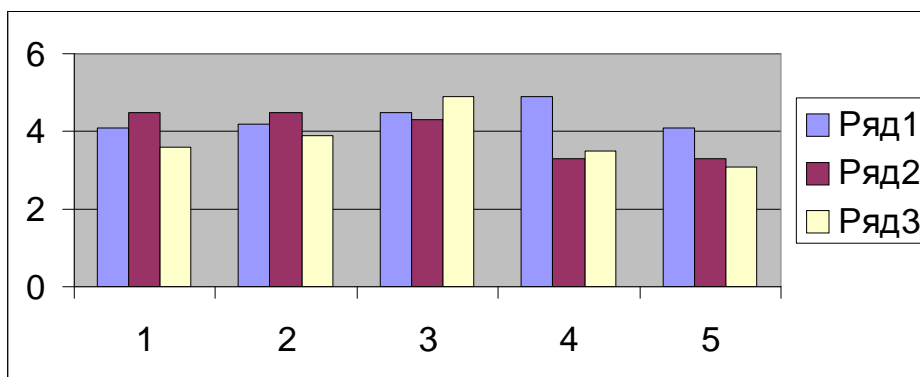


Рис.2. Середній інтегративний показник якості життя у хворих з залежністю від алкоголю після лікування

Перш за все необхідно відмітити зменшення розбіжностей в оцінці якості життя у хворих з різними типами гострого психорганічного синдрому. При цьому у хворих з астеничним, астено-апатичним, експлозивним варіантами мало місце деяке підвищення оцінки якості життя самими хворими, що супроводжувалося покращенням загального стану та зменшенням депресивної симптоматики. У хворих з моріоподібним та амнестичним психорганічним синдромом напроти мале місце деяке зниження оцінки якості свого життя, що залежало від появи критичності до свого стану. Загальною тенденцією при оцінці лікарем якості життя хворого було його підвищення паралельно з покращенням загального стану. Оцінка родичами якості життя хворих напроти часто зменшувалася, що мабуть було пов'язано з деякою втомленістю після боротьби

за життя хворого та очікуванням повернення хворого додому, великою виригідністю повернення до прийому спиртних напоїв.

Таким чином, отримані результати дослідження дозволяють зробити такі висновки.

1. Оцінка якості життя хворими має певний взаємозв'язок з клінічною картиною, перш за все емоційними порушеннями та можливістю усвідомлювати своє становище.
2. Інтегративний показник якості життя хворих повинен включати оцінку родичів та лікарів, що має особливо велике значення у хворих із залежністю від алкоголю та психорганічним синдромом.
3. Показник якості життя може використовуватися для оцінки терапії та прогнозування соціальної адаптації хворих із залежністю від алкоголю.

А.Н. Бачериков, В.Н. Кузьминов, А.Г. Назарчук

ПСИХОРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ ОСТРЫЙ ПСИХОЗ

Институт неврологии психиатрии и наркологии АМН Украины

Целью исследования было изучение качества жизни пациентов с зависимостью от алкоголя. Обследовано 60 пациентов с зависимостью от алкоголя, которые перенесли острый психоз. Изучены клинические особенности психорганического синдрома у этих пациентов. Описана типология острого психорганического синдрома у больных с зависимостью от алкоголя после перенесенного психотического состояния. Выделены следующие типы психорганического синдрома: астенический астено-апатический, эксплозивный, амнестический, мориоподобный. Проведена оценка индекса качества жизни в зависимости от типа психорганического синдрома. Описана динамика индекса качества жизни в процессе лечения. Подчеркнута важность оценки качества жизни пациента врачом, самим больным и его родственниками. Сделан вывод о важности оценки изучения индекса жизни для оценки клинической картины у данного контингента пациентов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.49-54).

A.N. Bachericov, V.N. Kuzminov, A.G. Nazarchuk

PSYCHORGANIC SYNDROME AND QUALITY OF THE LIFE AT PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE WHO IS RECENT HISTORY OF ACUTE PSYCHOSIS

Институт неврологии психиатрии и наркологии АМН Украины

The aim of the investigation was eximination value quality of the life patients with alcohol dependence. Sixty patients with alcohol dependence who is recent history of acute psychosis were examined. The psychorganic syndromes at these patients were investigated. The types of acute psychorganic syndrome patients with alcohol dependence were described. They included such types: asthenic, asthenic-apathetic, explosive, amnesthic, moria-liked. The Index quality of the life in these patients was assessed due to type of the psychorganic syndromes. The dynamics of the Index quality of the life at patients with psychorganic syndrome during the treatment were described. The impotence of value quality of the life from the point of the patient, relatives of the patient and physician was underlined. The conclusion that Index quality of the life is important sign of assessment clinical was done. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.49-54).

Література

1. Минко А.И. Алкоголизм – междисциплинарная проблема (выявление, лечение, профилактика) «// Украинський вісник психоневрології Т.9, випуск 4 (29). Харків, 2001., с.6-7.
2. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – К.: Факт, 1999.-272 с.
3. Марута Н.О., Панько Т.В., ЯвдакІ.О., Семікіна О.Є, Стадник А.В. Показник якості життя у хворих на ефективні

розлади та його динаміка в процесі лікування»// Український вісник психоневрології Т.10, випуск 2 (31). Харків, 2002., с.121-123.

4. Mezzich Juan E., Cohen Neal, Liu Jason, Ruiperez Maria, Yoon Gihyon, Ighan Saeed, Perez Carlos. Validation of anefficient quality of life index: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry "Psychiatry on new Thresholds".- Hamburg 6-11 August 1999.-P. 427-428.
5. Морозов Г.В. Алкоголизм. – М.: Медицина, 1983.- 432 с.

Поступила в редакцию 19.05.2004