

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК 616.895.8.+616.89-008.1-056.83:612.6.05

А.А. Двирский

ЭВОЛЮЦИЯ ВОЗЗРЕНИЙ И КЛИНИКО - ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ШИЗОФРЕНИИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С АЛКОГОЛЬНЫМ ДЕЛИРИЕМ И ДРУГИМИ АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Ключевые слова: шизофрения, делирий, аменция, сочетанные психозы

В последние два десятилетия 19 века стали предприниматься активные попытки сузить границы паранойи. В 1879 году Merklin [54] предложил выделить из нее случаи, сопровождающиеся затемнением сознания или его спутанностью, подобно той, которая наблюдается в сновидениях или в лихорадочном бреде. В последующем Т. Меунерт [55] выделял из паранойи случаи помешательства, характеризующиеся острой спутанностью. В «Клинических лекциях по психиатрии» эти случаи он назвал аменцией. Подразделяя ее формы по происхождению, Т. Меунерт [55] выделил интоксикационные формы аменции, куда относил белую горячку, эпилепсию, эпилептические психозы.

В конце 19 и в начале 20 столетия С.С. Корсаков [15], К. Bonnhoffer [41], Е. Bleuler [40] начали исключать из аменции отдельные заболевания. Анализируя клинические проявления аменции, С.С. Корсаков [15] обратил внимание на то, что «не все страдающие острым безумием так бессмысленны, как это говорит Мейнерт», и выделил из нее психоз, который называл дизнойей. С.С. Корсаков [15] отмечал, что это заболевание проявляется коротким периодом предвестников, психоз начинается остро. У этих больных нарушается способность правильно ориентироваться, очень быстро развивается полиморфный бред. Помимо этого наблюдается бессонница, часто появляется лихорадочное состояние, обложенный язык. В некоторых случаях бред с бурной реакцией сменяется ступорозным или маниакальным состоянием. В трех из четырех форм дизнойии наблюдались спутанность и помраченность сознания.

Касааясь генеза психозов, в дебюте которых наблюдались помрачения сознания, С.С. Корсаков [15] указывал, что при аменции Т. Меунерт [55] и остром галлюцинаторном помешательстве Р. Крафт-Эбинга [17] имеется проявление аутоинтоксикации, которая отмечалась и при после-

родовом помешательстве. Кроме того, С.С. Корсаков [15] ссылаясь на работу Е. Краепелин [50] «О влиянии острых заболеваний на возникновение душевных болезней», в которой у больных описывались признаки интоксикации и спутанность сознания подобно аменции. В дебюте дизнойии С.С. Корсаков выявлял явления интоксикации, а у женщин отмечал наличие эндокринных расстройств, которые проявлялись нарушением менструального цикла. К факторам, способствующим интоксикации, он относил и алкоголизм, который является и проявляющим фактором дизнойии. При этом им придавалась важная роль почве, преморбидным особенностям, на которых развивается дизнойия. Особенности течения дизнойии и мейнертовских форм аменции С.С. Корсаков объяснял индивидуальными свойствами пораженных нервных центров, а в развитии дизнойии придавал важное значение наследственной предрасположенности. При всей важности учета индивидуальных особенностей для различных психозов, все же они, по утверждению С.С. Корсакова, не должны заслонять при дизнойие «значение производящей причины, чему может служить примером *delirium tremens*».

Выделение из аменции белой горячки, а так же аменции, клиническим проявлением которой в отдельных случаях предшествовал *delirium tremens*, способствовало привлечению внимания исследователей к описанию случаев шизофрении, дебютирующих алкогольным делирием. В течение длительного времени считалось, что приоритет в описании шизофрении в сочетании с алкогольным делирием принадлежит К. Graether [45], который в 1909 году опубликовал 11 случаев шизофрении, в дебюте которых наблюдалась белая горячка. В последующем И.В. Павлова [28] указала, что С.А. Суханов [33] в работе «Об алкогольной паранойе» раньше, чем К. Graether [45], описал эти случаи. Однако нами установлено, что первый случай *delirium*

tremens, присоединившегося к бреду преследования, что соответствует современной параноидной шизофрении, описал в 1874 году V. Magnan [52].

После публикаций К. Graether [45], посвященных описанию алкогольного делирия у больных шизофренией, К. Vonhoffer [41] представил учение о экзогенном типе реакций, куда относятся делириозные и аментивные состояния, которые рассматривает как чистые типы экзогенного реагирования. В отношении генеза психотических расстройств, относящихся к экзогенному типу реакций, К. Vonhoffer [41] писал: «Мы не имеем никаких опорных пунктов для суждения о том, почему в одном случае развивается эпиплептиформное возбуждение, в другом — делириозное состояние, а в третьем — картина аменции». К. Vonhoffer [41] полагал, что при этом дело идет не о процессах, различных по существу, а о процессах эквивалентных. Делириозное состояние К. Vonhoffer [41] считал патогномичным для экзогенного типа реакций и подчеркивал, что оно никогда не встречается при шизофрении. Вместе с тем, подразделяя синдромы, Е. Краерлин [51] относил делириозный синдром к относительно легкой, основной группе и отмечал, что синдромы этой группы подчас связаны с шизофреническим симптомокомплексом, но никогда не достигают органических явлений.

В.А. Гиляровский [9] соглашался с этим утверждением К. Vonhoffer [41] лишь в отношении больных шизофренией, которые во время эпидемии в 1919-1920 гг. сыпного тифа перенесли это инфекционное заболевание. У больных шизофренией, заболевших сыпным тифом, не наблюдалось делириозных состояний или лишь в редких случаях выявлялись в самой рудиментарной форме. По мнению В.А. Гиляровского [9], «здесь экзогенная встречает какие-то внутренние причины, препятствующие дать адекватную ей реакцию. Эти внутренние причины, естественно, нужно видеть в самой шизофрении» (с.149). Некоторые ее биологические свойства, в частности, определяющие характер реакции на экзогенные моменты, могут проявляться задолго до обнаружения изменений, позволяющих диагностировать шизофрению.

Изменения картины делириозных состояний при острых инфекционных заболеваниях В.А. Гиляровский [9] наблюдал в зависимости от приближения к началу шизофрении. Картины делирия, характерные для инфекционных заболеваний, выявлялись в случаях, значительно отдаленных от начала шизофрении. С приближением манифестных проявлений шизофрении делириоз-

ные картины носили атипичный характер. Делириозные состояния на фоне инфекционных заболеваний отсутствовали у больных с исходными состояниями шизофрении.

Касаясь вопросов патогенеза делирия и аменции В.А. Гиляровский [10] отмечал, что делирий является более активной, защитной реакцией и характерен для более здорового мозга. При делирии имеется возбуждение анализаторов, а аменции свойственно торможение интегрирующих функций мозга. Развитию аментивного состояния может способствовать первичная слабость мозга от рождения или обусловленная эндогенным психозом.

В последующем О.А. Кербиков [13] в работе «К структуре и генезу делириозного и аментивного состояний» на основании анализа феноменологии этих состояний пришел к заключению, что аменция «эквивалент делирия». О.В. Кербиков [13] указывал, что «если для делирия необходима известная сохранность личности, то для развития аменции дефектность почвы играет предрасполагающую роль. ...Аменция может быть понята как делирий на дефектной почве. Не всякая неполноценность почвы ведет при воздействии экзогенной вредности к аментивной картине, но лишь та, которая уничтожает предпосылки, необходимые для построения картины делирия». (с. 69). Аментивные картины наиболее характерны для заболеваний, сопровождающихся выраженным истощением.

При этом О.В. Кербиков [13] отмечал, что в прошлом аменция понималась как «психоз истощения». В качестве аргументации этого положения автор ссылается на наблюдения, при которых дебютирует делирий, а по мере нарастания тяжести соматического состояния он сменяется картиной аменции. Наоборот, когда общее соматическое состояние значительно улучшалось, аментивное состояние сменялось делирием. Эти факты, по мнению О.В. Кербикова [13], «...говорят за правомерность понимания аменции как более тяжелого выражения делирия» (с. 74).

Придавая важное значение в проявлении аменции шизофренической почве, О.В. Кербиков [13] подчеркивал, что «шизофренический процесс лишает личность возможности реагировать делирием, resp. определяет развитие аментивной картины в первую очередь в том случае, когда этот процесс протекает по типу нарастания «интрапсихической атаки»» (с. 69).

Основываясь на данных В.К. Белецкого [3] о гистологическом изучении острых симптомати-

ческих психозов О.В. Кербиков [13] пришел к заключению, что развитию экзогенного психоза способствует слабость мезоглии, которая может наблюдаться у конституциональных астеников и может быть обусловлена шизофреническим процессом. В тех случаях, когда на экзогенную вредность мезоглия дает «выраженную пролиферативно-гипертрофическую реакцию, то его клиническим выражением является делирий» (с. 79). Когда слабость мезенхимы достигает такой степени, что эта реакция невозможна, то патологический процесс в мозгу проявляется картиной аменции.

А.В. Снежневский [32], анализируя проблему аменции, соглашается с точкой зрения современных исследователей, которые отрицают ее самостоятельное существование и рассматривают в качестве разновидности делирия.

А.Е. Личко [21] отмечает, что аментивный синдром в подростковом возрасте как при острой шизофрении, так и при инфекционных психозах встречается крайне редко, а если и возникает, то большей частью является началом прогрессирующей шизофрении. Аментивный синдром является отражением реакции на экзогенную вредность предварительно ослабленного мозга такими факторами как голодание, авитаминоз, крайнее переутомление и прочее. В прежние годы при инфекционных заболеваниях аменция, как правило, возникала на фоне выраженного физического и психического истощения и поэтому она нередко наблюдалась в военные и послевоенные годы. С 60-х годов аменция при инфекционных заболеваниях у подростков практически исчезла.

Делирий А.Е. Личко [21] рассматривает как реакцию на интоксикацию «здорового мозга», а аменцию как реакцию на вредность предварительно ослабленного мозга.

На основании клинических исследований И.Г. Равкин [30] пришел к заключению: «Аментивного состояния как самостоятельного вида расстроенного сознания нет. Аментивное состояние — это крайняя степень делириозного состояния» (с. 47). Делириозное состояние это наиболее доступная реакция здорового мозга на внешнюю вредность. И.Г. Равкин [30] поддерживал точку зрения О.В. Кербикова [13] о том, что аменция это делирий на дефектной почве. Аментивное состояние без предшествующего делирия развивается только при эндогенных психозах. «Делириозное состояние, наблюдаемое при эндогенных процессах, обусловлено большей частью токсическим воздействием. Делириоз-

ное состояние в этих случаях является показателем не только большей токсичности процесса, но и определенной сохранности мозга. Может быть, именно этим последним и объясняется, ...что шизофрения, которая протекает с делириозным симптомокомплексом, чаще имеет благоприятный исход, чем другие формы этого заболевания» (с. 50), — отмечал И.Г. Равкин [30] и указывал, что эти предположения гипотетичны и требуют дальнейших наблюдений и исследований.

В монографии «Аменція і шизофренія» И.С. Павловский [29] привел подробный анализ 14 больных шизофренией с аменцией, у которых имелись явные соматические симптомы, свидетельствующие об общем токсикозе. У одного из этих больных наблюдалось также делириозное состояние, а у другого — делириозно-онейроидное расстройство. С учетом того, что не у всех больных обнаруживаются аментивные расстройства, автор приходит к заключению, что аменция проявляется у тех больных, у которых имеется к ней предрасположенность. На основании этой малочисленной селективной выборки И.С. Павловский [29] опровергает мнение В. Майер-Гросс [22] и других авторов, утверждавших, что при шизофрении не бывает аментивных расстройств. Однако, тот факт, что в обследованный И.С. Павловским [29] контингент больных шизофренией входили случаи с признаками токсикоза, полученные автором результаты хорошо иллюстрируют положение О.В. Кербикова [13], И.Г. Равкина [30] о том, что аменция — это делирий на дефектной почве. Эти факты также опровергают мнение о наследственной предрасположенности к аменции.

В редких случаях, как отмечал С.М. Лившиц [20], дебют параноидной шизофрении после злоупотребления алкогольными напитками напоминал алкогольный делирий. Автор возражает против точки зрения К. Graether [45], согласно которой в этих случаях имеется суммация симптоматики этих двух заболеваний. Делириозный дебют шизофрении по своим клиническим проявлениям отличается от алкогольного делирия отсутствием целостности клинической картины и преобладанием слуховых галлюцинаций, отражающих идеи преследования и физического воздействия.

В нижеследующих работах описывались случаи алкогольного галлюциноза, к которому в последующем присоединялась шизофрения, однако алкогольный делирий у этих больных не обнаруживался. М. Wolfensberger [59] на основе кли-

нического анализа 16 больных с алкогольным галлюцинозом, пришел к заключению, что алкогольный галлюциноз представляет собой «реакцию шизофренического мозга» на хроническую интоксикацию алкоголем. При обследовании 10 больных с алкогольным галлюцинозом К. Pohlisch [58] у двух третьих исследуемых находил мягкую шизофреническую деградацию, а в остальной третьей — отягощение шизофренией и наличие шизоидных черт. Анализируя случаи алкогольного галлюциноза, F. Meggendorfer [53] утверждал, что под влиянием алкоголя проявляется шизофреническая предрасположенность.

Н.П. Бруханский [4] выделял две формы алкогольного галлюциноза. Первая форма длится от нескольких дней до нескольких месяцев и в ее картине много симптомов алкогольной интоксикации. Вторая форма алкогольного галлюциноза характеризуется более разработанным галлюцинаторным диалогом. Она продолжается 2-3 месяца. Завершая детальное описание этого заболевания Н.П. Бруханский [4] резюмирует: «Нужно иметь в виду, что очень часто алкогольный галлюциноз, особенно в острой форме, маскирует скрытый шизофренический процесс».

Ретроспективное исследование 42 больных с диагнозом хронический алкогольный галлюциноз, проведенное J. Norman [56], показало, что у большинства этих больных в последующем была выявлена шизофрения. E. Bleuler [40] полагал, что алкогольный галлюциноз связан с шизофренией. G. Benedetty [39] провел ретроспективный анализ литературных данных и обнаружил 113 случаев алкогольного галлюциноза. На основании проведенного анализа автор пришел к заключению, что хронический алкогольный галлюциноз может привести к шизофрении.

По данным В. Burton-Bradley [42], у 4 из 41 больных с алкогольным галлюцинозом в последующем обнаружилась шизофрения. Анализируя литературные сведения и собственные наблюдения, касающиеся алкогольного галлюциноза, J. Cutting [44] пришел к заключению, что у преобладающего большинства этих больных наблюдается шизофренические симптомы первого ранга. Клинический опыт М. Гельдера, Д. Гэт и Р. Мейо [8] подтверждает этот вывод.

В отношении природы алкогольного галлюциноза E. Bleuler [40], M. Wolfensberger [59], P. Hampton [47], A. Noyes и L. Kolb [57], V. Hudolin [49] придерживались точки зрения, согласно которой алкогольный галлюциноз является симптоматическим проявлением шизофрени-

ческого процесса и не имеет никакого отношения к алкогольным психозам.

В единичных работах описывались случаи алкогольного параноида с последующим проявлением шизофрении. В число 80 больных с различными психозами, обследованными Г.К. Тарасовым [34], входило двое больных с затяжным алкогольным параноидом, который трансформировался в параноидную шизофрению.

Вместе с тем, К. Conrad [43] выступал против резкого разграничения между экзогенными и эндогенными синдромами, отмечая бесполезность рассуждений о том, что в психозе относится к «эндогенному» и что к «экзогенному».

В связи с тем, что алкоголизм, алкогольный делирий и шизофрения рассматриваются в качестве отдельных нозологических форм, то возникает необходимость остановиться на развитии концепции сочетанных психозов.

Истоки выделения сочетанных психозов относятся к первой половине 19 века. В первом руководстве по психиатрии, опубликованном в 1834 году, харьковский профессор П.А. Бутковский [5] писал, что сопряжения душевных болезней встречаются, имеют свои сопряжения, переходы и исходы. «Сопряжения сих болезней встречается как с психическими, так и с соматическими болезненными формами, ...падучею болезнью» (т. 1, с. 64).

Идею сочетанных психозов вслед за П.А. Бутковским [5] развивали В. Гризингер [11], П.П. Малиновский [23] и П.И. Ковалевский [14], указывая на сочетание бредовых психозов с эпилепсией. «Вообще умопомешательство может осложнять все болезни и правило это не подлежит никакому исключению», - утверждал И.М. Балинский [2].

С.С. Корсаков [16], описав в 1887 году полиневрический психоз в качестве самостоятельного заболевания, понимая трудности и несовершенство психиатрических систематик, указывал: «...Не следует смущаться, встречая картину болезни, не подходящую к одному из определенных типов. ...Между типичными болезнями существуют довольно многочисленные переходные формы. ...Некоторые из них имеют довольно типичные черты, повторяющиеся в довольно стереотипной картине и поэтому заслуживают того, чтобы быть описанными как ... смешанные психозы, - подчеркивал С.С. Корсаков [16]. Именно в смешанных формах и следует употребить все старания и определить зависимость этих особенностей от той или другой психопатической конституции или индивидуальных

свойств. ...Особенностями почвы, на которой развиваются психические болезни, и обуславливаются отклонения от простого типа психозов и появление смешанных форм».

В созданную классификацию психических болезней С.С. Корсаков [16] включил атипичные, смешанные психозы, под названием визаний. Такая систематика психозов, по убеждению С.С. Корсакова, «не заставляла бы насильственно втискивать тот или другой случай, не подходящий к точному определению, в узкие рамки установленных форм».

В «Курсе психиатрии» в главе «Течение душевных расстройств и исходы их» С.С. Корсаков [16] (т. I с. 269) выделяет «атипичические психозы», которым дает следующую характеристику: «Атипичические психозы чаще всего бывают при сочетании двух или нескольких форм душевных расстройств между собою». В рамках формы атипичических психозов С.С. Корсаков [16] выделял «сложные психозы».

Среди психозов Р. Крафт-Эбинг [17] выделял заболевания с атипичным течением. Остановившись на характеристике сложных или комбинированных психозов, Р. Крафт-Эбинг [17] называл важным для клинического понимания некоторых случаев помешательства факт совместного появления у одного субъекта различных форм помешательства. «Причем две сочетанные таким образом формы, а иногда и несколько форм протекает рядом, без взаимного нарушения своего течения, — подчеркивает Р. Крафт-Эбинг [17] (с.281). ... Здесь дело идет ... об одновременности и самостоятельности течения двух или нескольких форм помешательства у одного и того же больного» (выделено автором). Кроме того, Р. Крафт-Эбинг [17] подчеркивал «помешательство не исключает возможности заболевания какою бы ни было другою болезнью».

В последующем Э. Крепелин [18] отмечал наличие нехрестоматийных форм психозов и указывал на возможность комбинации двух эндогенных психозов, заявляя, что «совершенно различные болезненные процессы могут разыграться рядом или друг за другом».

В восьмом издании «Учебника психиатрии» Э. Крепелин [18] выделил главу «Комбинированные психозы», в которой подчеркивал, что «...Многие совершенно различные болезненные процессы могут разыграться рядом или друг за другом. ...С такого рода данными мы обязаны считаться» (с. 363).

Анализируя различные комбинации заболева-

ний, автор останавливается на особой группе комбинаций разнообразных расстройств, которые являются следствием одной причины. «Так в сознательном делирии алкоголиков, — отмечает Э. Крепелин [18] (с. 362), — мы видим смешанную форму белой горячки и алкогольного бреда, так же и алкогольная эпилепсия может часто встречаться ... при *delirium tremens*, иногда при алкогольном бреде ревности». Он подчеркивает, что сочетание *dementia praecox* с алкоголизмом встречается реже, чем с другими заболеваниями и «несравненно реже наблюдается комбинации двух эндогенных заболеваний».

Подобной точки зрения придерживался E. Bleuler, [40] указывая, что «шизофрения может комбинироваться с другими болезнями». J. Hertz [48] в работе «Симптоматические психозы» предлагал экзогенные психозы, проявляющиеся делирием, которые предшествовали шизофрении, обозначить термином «сопровождающие психозы».

Вместе с тем, против признания сочетанных психозов у одного больного выступали Н. Gruhle [46] и А.С. Кронфельд [19], так как это может подрывать основы нозологии в психиатрии. По мнению А.С. Кронфельда [19] признание сочетанных психозов не может не привести к тому, чтобы «вся клиническая симптоматика не растворилась в океане единого психоза» (с. 125).

Касаясь роли генетики в генезе отмеченных психических заболеваний, необходимо отметить, что согласно обобщенным данным Ф. Фогель и А. Мотульски [37], шизофрения относится к полигенным мультифакториальным заболеваниям. В отношении этиологии алкогольного делирия, алкогольного галлюциноза и алкогольного параноида, как и других психозов, E. Kraepelin [51] отмечал важную роль наследственной предрасположенности и подчеркивал, что «многочисленные формы проявления психозов различаются преформированными данными человеческого организма. Они навсегда установлены и разыгрываются одинаковым образом всюду, где к этому даны предпосылки» (с. 9). В последующем А.В. Снежневский [32] утверждал, что возникновение делирия является результатом «эндогенного предрасположения к нему».

Таким образом, становление нозологического направления в психиатрии во второй половине 19 века сопровождалось отграничением от параноиды психозов, в картине которых наблюдались фрагменты помраченного сознания. В отдельных работах изучалась проблема сочета-

ния шизофрении с аменцией, которая большинством авторов трактовалась как делирий на дефектной почве. Эти работы способствовали привлечению внимания к вариантам шизофрении, дебютирующей алкогольным делирием. Лишь единичными авторами описывались случаи шизофрении с алкогольным делирием, сочетающиеся с алкогольным галлюцинозом или параноидом, которые следует рассматривать как сложные сочетанные шизофрено-делириозные психозы.

Нами на базе Крымских республиканских психиатрических больниц №1, №3, №5 и республиканского психиатрического диспансера выявлено 113 больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий. Среди обследованных было 89 мужчин и 24 женщины в возрасте от 18 до 66 лет.

Контингент больных шизофренией, сочетающейся с алкогольным делирием, превышает в 1,8 раза общую численность больных шизофренией, сочетающейся с белой горячкой, представленных в 10 работах - 53 случая [52, 45, 6, 26, 27, 1, 24, 35, 31, 7].

Численность больных с алкогольным параноидом в сочетании с алкогольным делирием и шизофренией составляла 12 случаев. Подобных сочетаний нами в литературе не обнаружено, но общая численность больных с алкогольным галлюцинозом, который трансформировался в шизофрению, по опубликованным данным составляет 31 случай [59, 58, 6, 39].

Алкогольный делирий и галлюциноз в сочетании с шизофренией составлял 5 случаев. Ма-

лочисленность случаев алкогольного параноида, сочетающегося с шизофренией, объясняется тем, что они проявляются преимущественно в дебюте шизофрении и квалифицируются как шизофрения.

В структуре 113 больных шизофренией, сочетающейся с алкогольными психозами, алкогольный делирий с шизофренией (85,0%) встречается чаще, чем алкогольный параноид в сочетании с алкогольным делирием и шизофренией (10,6%), и алкогольный делирий и галлюциноз в сочетании с шизофренией (4,4%) соответственно в 8,0 и 19,3 раза ($P < 0,001$). Обнаруживается тенденция к увеличению (на 6,2%) частоты алкогольного параноида в сочетании с алкогольным делирием и шизофренией (10,6%), в сравнении с частотой алкогольного делирия и галлюциноза в сочетании с шизофренией (4,4%) ($P < 0,1$).

Сочетание шизофрении с алкогольным делирием и другими алкогольными психозами следует рассматривать как атипичную шизофрению, которая в соответствии с 9 пересмотром «Международной статистической классификации болезней», принятой в 1982 году, относилась к подрубрике «Атипичные формы шизофрении». К сожалению, в 10-й пересмотр «Международной классификации болезней» [25] эта подрубрика не вошла, и поэтому в последней классификации болезней шизофрения с алкогольным делирием и другими алкогольными психозами могут быть включены в подраздел F20.8 «Другие формы шизофрении».

О.А. Двірський

ЕВОЛЮЦІЯ ПЕРЕКОНАНЬ І КЛІНІКО - ГЕНЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ШИЗОФРЕНІЇ, СПОЛУЧЕНОЇ З АЛКОГОЛЬНИМ ДЕЛІРИЄМ ТА ІНШИМИ АЛКОГОЛЬНИМИ ПСИХОЗАМИ

Кримський медичний університет, Сімферополь

В огляді проведений аналіз проблеми сполучення шизофренії з алкогольним делірієм та іншими алкогольними психозами. Проаналізовані матеріали власних спостережень, що перевищують загальну чисельність цих хворих на шизофренію, описаних у літературі. Серед 113 хворих на шизофренію з алкогольним делірієм та іншими алкогольними психозами вивчена структура різноманітних сполучення цих психозів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 1 (5). — С.110-116).

A. A. Dvirsky

THE EVOLUTION OF RECOGNITION AND CLINICAL-GENETIC ASPECTS OF SCHIZOPHRENIA IN COMBINATION WITH ALCOHOLIC DELIRIUM AND OTHER ALCOHOLIC PSYCHOSES

Crimean Medical State University

In presented review the analysis of problem of combination schizophrenia with alcoholic delirium and other alcoholic psychoses has been presented. Materials of own observations has been analysed. The author's material obtained from the study of 113 patients suffered from schizophrenia in combination with alcoholic delirium and other other alcoholic psychoses is analysed. This material has no analogous in available bibliography. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 1 (5). — P.110-116).

Литература

1. Асафов В.К. Алкогольные дебюты шизофрении // Вопросы клиники, патофизиологии, патанатомии, терапии психозов и организации психоневрологической помощи. Сборник научных трудов, посвященных 150 - летию больницы. - М., 1963. - С. 166 - 177.
2. Балинский И.М. Лекции по психиатрии (1859). - Л.: Медгиз, 1958. - 215с.
3. Белецкий В.К. О характеристике шизофренического процесса - //Труды II Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, 1934. - Т. 4. - С. 382.
4. Бруханский Н.П. Судебная психиатрия. - М.: Изд. М. и С. Сабашниковых, 1928.-439 с.
5. Бутковский П.А. Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом ее содержании (в 2-х ч.).-СПб., 1834. - Ч. 1 - 168 с.
6. Виш И.М. К вопросу об алкогольных психозах у шизофреников //Труды психиатрической клиники. К проблеме экзогенного фактора в психиатрии - Воронеж, 1934. - Вып. I. - С.62 - 77.
7. Волков В.Т., Стрелис А.К. Бронхиальная астма. - Томск, 1996. - 567 с.
8. Гельдер М., Гэт Д., Мейо П. Оксфордское руководство по психиатрии. /Пер. с англ. Киев: Сфера, 1997. - Т.1. - 300 с. Т. 2. - 435 с.
9. Гиляровский В.А. К вопросу о структуре и сущности так называемых экзогенных и симптоматических шизофренических //Сов. невропат., психиатр. и психогиг. - 1933. - №1. - С. 18 - 31.
10. Гиляровский В.А. К вопросу соотношения между экзогенной и конституцией в учении об эндогенных психозах: //Журнал советской невропатологии и психиатрии. - 1935. - №3 - С. 1 - 17.
11. Гринингер В. Душевные болезни: Пер. со 2 - го нем. изд. - Петербург: Изд. В. Ковалевского, 1867. - 610 с.
12. Джеффри Ч. Биологическая номенклатура: Пер. с англ. - М.: Мир, 1980. - 119 с.
13. Кербинов О.В. К структуре и генезу делириозного и аментивного состояний - //Труды психиатрической клиники I - го Московского медицинского института и института невро - психиатрической профилактики им. П.В. Крамера - М., 1937 - С. 60 - 81.
14. Ковалевский П.И. Психиатрия. - Изд. 4 - е, дополненное и перераб., 1890. - 432 с.
15. Корсаков С.С. К вопросу об "острых" формах умопомешательства //Труды IV съезда русских врачей в память Н.И. Пирогова. - М., 1892. - С. 691 - 702.
16. Корсаков С.С. Курс психиатрии Изд - 3. - М.: Типо - лит. В Рихтера, 1913. - 342 с.
17. Крафт - Эбинг Р. Учебник психиатрии: Пер. с 5 - го немецк. изд. СПб.: Изд - е К.Л. Риккера, 1897. - 889 с.
18. Крепелин Э. Учебник психиатрии: Пер. с 8 - го немецк. переработ издания. М.: Изд - е А.А. Карцева, 1910. - 468с.
19. Кронфельд А.С. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии //Труды института им. Ганнушкина.- М., 1940. - Вып. 3. - С. 5 - 147.
20. Лившиц С.М. Диагностика начинающейся шизофрении //Шизофрения - Киев: Здоров'я, 1976. - С. 90 - 116.
21. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей - Изд. 2 - е. Л.: Медицина, 1985. - 416 с.
22. Майер-Гросс В. Клиника //Схизофрения. Сокр. пер. IX тома Руководства по психиатрии О. Бумке, Э. Берковитца и С. Консторума /Под ред. проф. Н.П. Бруханского. - М.: Госиздат, 1933. - С. 38 - 58.
23. Малиновский П.П. Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике.- Спб, 1847.
24. Малков О.А. К вопросу об алкогольных психозах у больных вялотекущей шизофренией: //Журнал невропатология и психиатрия им. С.С. Корсакова. - 1978. - №8. - С. 1366 - 1369.
25. Международная классификация болезней (10 - й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств /Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. - ВОЗ. СПб, 1994. - 300 с.
26. Молохов А.Н. Об онейроиде как о шизофреническом делирии. К вопросу об эндотоксических формах шизофрении: //Невропатология, психиатрия, психогигиена. - 1936. - Т. 5. - Вып. 1. - С. 29 - 45.
27. Молохов А.Н. Об общественно опасных действиях при разных формах шизофрении //Клиника шизофрении. - Кишинев: Карта Молдовеняскэ, 1967. - С. 227 - 232.
28. Павлова И.В. Клинические особенности шизофрении, осложненной хроническим алкоголизмом //Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении - М.: МЗ РСФСР, 1957. - С. 147 - 170.
29. Павловский И.С. Аменция і шизофренія. - Б.г.: Держмедвидав. УРСР, 1937. - 95с.
30. Равкин И.Г. Структура, клиника и патогенез экзогенных психозов - // Труды психиатрической клиники I - го Московского медицинского института и института невро - психиатрической профилактики им. П.В. Крамера - М., 1937 - С. 33 - 59.
31. Ревенок А.Д., Коротенко А.И., Насинник О.А. Случай алкогольного делирия с агрессивным поведением у больного шизофренией //Казуистика в психиатрии. Рига, 1988. - С. 134 - 137.
32. Снежневский А.В. Клиническая психопатология / Руководство по психиатрии /Под ред. А.В. Снежневского. - Т.1. М.: Медицина, 1983. - С.16 - 96.
33. Суханов С.А. Об алкогольной паранойе: //Журнал медицинское обозрение. - 1906. - Т. 16. - №13. - С. 100 - 105.
34. Тарасов Г.К. Результаты клинического исследования аминазина при лечении психических заболеваний: //Журнал невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова.- 1956. - №2. - С. 146 - 154.
35. Татевосян С.З. Диагностика преморбидной психопатии у больных алкоголизмом: //Вопросы наркологии. - 1989. - №3. - С. 18 - 22.
36. Ушаков Г.К. Эндогенные психозы. Шизофрения - / Детская психиатрия. -М.: Медицина, 1973. - С. 282 - 309.
37. Фогель Ф., Мотульски А. Генетика человека. - М.: Мир.- 1990.- Т. 2.- 378 с.
38. Юдин Т.И. Психопатические конституции. - М.: Изд - во М. и С. Сабашниковых, 1926. - 166 с.
39. Benedetti G. Die Alkoholhalluzinosen. - Stuttgart; Thieme; 1952
40. Bleuler E. Руководство по психиатрии: Пер. с дополн. по посл. 3 - му изд. д - ра А.С. Розенталя. - Изд - во т - ва "Врач", 1920. - 538с.
41. Bonhoeffer K., Die exogenen reaktionstypen: //Arch. F. Psychiatrie. - 1917. - Bd. 58. - S. 58 - 70.
42. Burton - Bradley B.G. Aspects of alcoholic hallucinosis: / Med. J. Aust. - 1958. - №2. - P. 8-11.
43. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. Stuttgart: Thieme. 1958.
44. Cutting J. The relationship between Korsakovs syndrome and alcoholic dementia: //Brit. J. Psychiat. - 1978. - Vol. 132. - P. 240 - 251.
45. Gaeter K. Dementia praecox mit Alcoholismus chronicus. - Zurich, 1909.
46. Gruhle H. Uber den Wahn bei Epilepsie: //Zschr. Neurol. Und Psychiatr., 1936. - Bd. 154. №3. - S. 395 - 399.
47. Hampton P.J. A descriptive portrait of the drinker: //J. social Psychol. - 1947. - №25. - P. 69 - 132. P. 151 - 170.
48. Hertz H. (1928) Цит. по В.А. Гиляровскому, 1933. - С. 147.
49. Hudolin V. Acute complications of alcoholism //Popham R. Alcohol and alcoholism. - Toronto: University of Toronto Press. - 1970. - P. 140 - 159.
50. Kraepelin E. Uber den Einfluss akuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten: //Archiv fur Psychiatrie. - 1881. - Bd. XI u XII.
51. Kraepelin E. 1920 (Цит. по А.С. Кронфельду, 1940. - С. 9).
52. Magnan V. (Маньян В.) Клинические лекции по душевным болезням. Алкоголизм. - (1874), М.: ТОО "Закар", 1995. - 426 с.
53. Megendorfer F. Intoxications psychosen. /Bunke O. Handbuch der Geisteskrankheiten. - 1928. - Bd. 7. - S. 151 - 400.
54. Merklin Studien uber die Primare Verrucktheit. - Durpat, 1879.
55. Meynert T. Клинические лекции по психиатрии на научных данных. Для студентов, врачей, юристов и психологов: Пер. с немецк. Харьков, 1890. - 135 с.
56. Norman J.P. Alcoholic hallucinatory states: //Quart. J. Stud. Alc. - 1945. - №5. - P. 563 - 574.
57. Noyes A.P., Kolb L.C. Modern clinical psychiatry. 5th ed.- Philadelphia: Saunders, 1958.
58. Pohlisch K. Zur pathogenese der akuten halluzinose der trinker. Monatsschr: //Psych. u neur. 1927. - B.63. S. 37 - 43.
59. Wolfensberger M. Der Alkoholwahnsinn und seine Beziehungen zu den Schizophrenien (an Hand der kasuistik der Zurcher Psychiatrischen Klinik 1898-1921): //Z. ges. Neurol. Psychiat. - 1923. - Bd. 82. - P. 385 - 418.

Поступила в редакцию 20.11.98г.