

биде, нами отмечены отклонения в половом созревании у 78,0% обследованных.

Изучение андрогенной функции (определение 17-КС в суточном количестве мочи) у обследованных выявило: $56,9 \pm 7,89$ ммоль/сутки у пьющих эпизодически спиртные напитки (I гр.); $39,56$ ммоль/сутки у лиц с признаками II стадии алкоголизма (III гр.).

Более чем у 70% обследованных больных этой группы в прошлом отмечались различного рода перенесенные заболевания соматического и неврологического характера. Так, признаки органического поражения ЦНС отмечены нами у 44,0% обследованных, у 36,0% пациентов различные психофизиологические отклонения (физическая акселерация, психическая ретардация и т.п.).

По характерологическим особенностям обследованный нами контингент распределился следующим образом: возбудимый тип - 68,6%, астенический тип - 20,7%, истерический тип - 6,2% и апатический тип - 4,8%.

Необходимо отметить, что у 72,0% обследованных больных выявлены выраженная эмоциональная неустойчивость, незрелость или повышенная эмоциональная чувствительность.

При антропометрическом сопоставлении у большинства обследованных отмечена слабая половая конституция (ТИ < 1,91). Этот показатель у мужчин старше 18 лет характеризует задержку полового созревания вследствие гипофункции половых желез на этапе полового развития. Средний возраст первого употребления спиртных напитков составил у обследованных III гр. $14,5 \pm 2,3$ лет, возраст систематизации выпивок - $18,1 \pm 3,1$ лет, а проявление II стадии алкоголизма - $22,3 \pm 2,8$ лет (взрослый контингент) и $19,6 \pm 2,6$ лет (у обследованных подростков и юношей III гр.).

У 70 больных из числа обследованных был проведен структурный анализ всех сексопатологических изменений и определена половая конституция, характер личностной ориентации на возникшую тенденцию ее течения и степень выраженности ее к моменту исследования. Эти больные были распределены на две группы: основную (50 человек) и контрольную (20 человек).

У всех этих больных отмечена II стадия хронического алкоголизма (по классификации А.А. Портнова и М.Н. Пятницкой [1]).

По форме злоупотребления спиртными напитками основную часть составили лица с псевдозапойной формой (60,0% в основной группе и 65,0% в контрольной) и с запойной (28,0% в основной и 25,0% в контрольной группах).

По типу течения алкоголизма, преобладал злокачественно-прогредиентный тип (у 68,0% обследованных в основной и у 70,0% в контрольной группах).

Среди обследованных нами пациентов наиболее частыми жалобами были: нарушения эрекции - 84,2%, ускоренная эякуляция - у 48,5%, снижение либидо у 35,7% и у 25,7% - расстройство оргазма. Причем, у 29,5%, т.е. у 1/3 пациентов отмечались различные сочетания нескольких нарушений.

Все больные были пролечены по поводу хронического алкоголизма, а на следующем этапе им было проведено лечение сексуальных нарушений.

Одно из направлений терапии сексуальных расстройств у больных алкоголизмом основано на применении гормональных препаратов, что базируется на данных о снижении продукции половых гормонов у данного контингента больных.

Нами в основной группе больных для лечения сексуальных нарушений был использован экстракт плаценты [3, 6]. Курс лечения состоял из 2-4 имплантаций с интервалом в одну неделю. На одну подсадку использовалось $1,5 - 2,0 \text{ см}^3$ экстракта плаценты.

С учетом уровня сегментарной иннервации биологически активных точек и рефлекторных зон, а также характера нарушений сексуальной функции у обследованного контингента, нами были разработаны и внедрены три программы лечебной тактики по имплантации экстракта плаценты: а) при изолированном нарушении либидо или оргазма; б) при изолированном нарушении эрекции; в) при сочетанных сексуальных нарушениях.

Учитывая важную роль личностных особенностей в развитии хронического алкоголизма и сексуальных нарушений, а также сексуальных дисгармоний, нами дополнительно были проведены: сексологическая, социально-психологическая, и сексуально-поведенческая адаптация супругов по системе психотерапевтической методики В.В. Кришталя и Н.К. Агишевой [5] с учетом клинических особенностей исследованного нами контингента.

Согласно полученным катamnестическим данным, ремиссия свыше двух лет отмечена нами у 77,1% пролеченных больных из числа основной группы. Половая жизнь нормализовалась у 88,5% обследованных и пролеченных нами пациентов, что значительно превышает эффективность традиционных подходов к лечению (контрольная группа).

Выводы

1. Признаки нарушений сомато-полового развития являются с одной стороны - вариантом "патологически измененной почвы" при ранней алкоголизации, а с другой - результатом токсического действия спиртных напитков на половые железы.

2. Степень злоупотребления спиртными напитками нарастает не по мере увеличения календарного возраста обследованных, а зависит от процессов интенсивности полового развития индивидуума.

3. При формировании клинической картины хронического алкоголизма, концентрация половых гормонов (17-КС) остается на прежнем низком уровне, несмотря на увеличение календарного возраста и диагностируется от-

клонением в половом созревании обследованных.

4. Злоупотребление алкоголем и алкоголизм являются одной из основных, усугубляющих причин, либо стартовым фактором расстройств копулятивной функции у мужчин.

5. Применение комплексного лечения хронического алкоголизма с разработанными программами подсадки биостимуляторов позволило в подавляющем большинстве случаев (77,1% и 88,5%) получить высокую терапевтическую эффективность.

6. Тканевую терапию следует проводить с учетом клиники сексуальных нарушений и стадийности алкоголизма с учетом региональной сегментарной иннервации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. М. - 1971. - 290с.
2. Нохуров А.Н. Алкоголизм и сексуальные расстройства у мужчин. - М. - 1968. - 80с.
3. Удовик А.М. Тканевая терапия больных с сексуальными расстройствами. Современные проблемы сексопатологии. - Тез. докл. Респ. конференции сексопатологов Украины. Ворошиловград. - 1986. - С. 45-46.
4. Частная сексопатология. Под ред. Г.С. Васильченко. - М. -

1963. - Т. 1. - С. 304.

5. Кришталь В.В., Агишева Н.К.. Психодиагностика и психотерапевтическая коррекция сексуальной дисгармонии супружеской пары. - М. - 1985. - 138с.

6. Тканевая терапия. Под ред. акад. Н.А. Пучковской. - Киев. - Здоровья. - 1975. - 205с.

7. Thomas E., Ager R. Characteristics of unmotivated alcohol abusers and their spouses // Alcoholism: clin. and Exp. Res. - 1994. - v. 17. - № 2. - P. 493.

Михайлов Б.В., Мусієнко Г.О., Кочуєва О.В., Михайлов О.Б.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ТКАНИННОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОРУШЕНЬ КОПУЛЯТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ З РАННЬОЮ АЛКОГОЛІЗАЦІЄЮ

Український НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії

Наведені результати комплексного наркологічного, сексуального ендокринологічного, біохімічного і патопсихологічного дослідження 283 підлітків та юнаків, а також 125 чоловіків хворих на алкоголізм з ранньою алкоголізацією.

Відмічені різного роду сексуальні порушення, а у 113 - поєднання кількох таких порушень.

Дані програми лікувальної тактики по тканинній імплантації. Відмічена ремісія більше двох років у 77,1% пацієнтів і нормалізація статевого життя у 88,5%. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1997. - № 1 (3). - С. 68-70).

B.V. Mikhailov, G.A. Musienko, E.V. Kochueva, A.B. Mikhailov

SOME ASPECTS OF TISSUE THERAPY APPLICATION FOR COMPLEX TREATMENT OF COPULATIVE FUNCTION'S DISORDERS IN MEN WITH EARLY ALCOHOLIZATION

Ukrainian R&D Institute of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry. Kharkov

Given are the results of complex narcological, sexological, endocrinological, biochemical and pathopsychological investigations of 283 teenagers and adolescents, as well as 125 men with early abuse of alcoholic beverages.

Various kinds of sexual disturbances have been detected, with more than one of them in 1/3 of the patients.

The programs of treatment tactics of tissue implantation are given. Remission longer than 2 years was observed in 77,1% of the patients and sexual life was normalized in 88,1% of the patients.

(The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1997. - № 1 (3). - P. 68-70).

Поступила в редакцію 20. 12. 96

ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И СКРЫТОЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ

Крымский медицинский институт; Донецкий государственный медицинский университет
(Симферополь, Донецк)

Ключевые слова: шизофрения, общественно опасные действия, бронхиальная астма, сахарный диабет, скрытая эпилепсия

Проблема повышенной общественной опасности психически больных всегда привлекала пристальное внимание со стороны психиатров, общества и государства [1]. Об актуальности этой проблемы свидетельствует то, что за последние десятилетия численность научных публикаций, посвященных этой тематике увеличилась в три раза в сравнении с тремя предшествующими десятилетиями. Количество таких работ, опубликованных в течении каждых трех лет составляет более тысячи [14].

Важное место в исследовании общественно опасных действий больных шизофренией [1] отводится работам, посвященным прогнозированию криминальной активности у этих больных. Однако, они в основном посвящены изучению различных клинических проявлений шизофрении, у лиц, совершивших правонарушение. В то же время исследования, направленные на выделение облигатных маркеров, присущих больным шизофренией, совершившим правонарушение, являются единичными.

В отдельных работах изучалось агрессивное поведение у психически здоровых больных сахарным диабетом. Н.П. Бруханский [3] в 1928 году в монографии “Судебная психиатрия” одним из первых отметил криминально - патологическое значение эндокринной недостаточности. В последующем в единичных работах изучалось агрессивное поведение больных сахарным диабетом. В более ранних работах повышенная склонность к агрессивным поступкам взрослых больных сахарным диабетом базировалась на основе аффективных расстройств. У больных с эндокринными расстройствами нередко возникают параноидные эпизоды, тяжелые дисфории и импульсивные поступки [19]. У них часто отмечается сильная раздражительность, доходящая до ярости даже по ничтожному поводу [16]. У детей и подростков, по утверждению Н. Stutte [23], “гипогликемического про-

исхождения могут быть расстройства настроения (часто с агрессивными тенденциями)”.

Суицидальные высказывания и попытки, наблюдаемые у больных сахарным диабетом I и II типов Х.А. Алимов и соавторы [2] объясняли наличием у них депрессивных и тревожно - депрессивных расстройств, нередко сочетающихся с тревогой, страхом и дисфорическим компонентом. На этом аффективном фоне у них возникают взрывы резкой раздражительности, гневливости и проявляются суицидальные тенденции [2, 7, 12].

Дисфорические проявления у больных сахарным диабетом в значительной мере взаимосвязаны с высокой частой (до 60%) изменений эпилептического типа на электроэнцефалограмме [7, 8], в проявлении которых важная роль отводится резким колебаниям сахара в крови как в сторону гипогликемических, так и гипергликемических реакций [7, 8, 15, 22].

В последующем R Bolton [20], D. Benton и N. Kumary [18] повышенную частоту гетероагрессивных действий у больных сахарным диабетом связывали с гипогликемическими состояниями. Адекватное функционирование мозга и высокая его работоспособность зависят от поступления достаточного количества кислорода и глюкозы. Когда уровень глюкозы начинает снижаться, то срабатывают механизмы, восстанавливающие этот уровень. В тех случаях, когда уровень глюкозы не восстанавливается, нормальное функционирование мозга нарушается, что приводит к появлению у этих лиц раздражительности, суетливости, а при действии дополнительного эмоционально - значимого стимула возникает агрессия.

Анализируя гипотезу об агрессивности при сахарном диабете, Б.Г. Бутома [4] указывает другой путь, при котором у этих больных гипогликемия или повышение концентрации глюкозы в крови обуславливает активацию ответственных