

УДК 616.89—008.42—02:615.31(262)—074:616.831

О. С. Слабунов

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ И ВЫБОРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Одним из основных симптомов хронического алкоголизма, определяющих клинику и прогноз заболевания, является патологическое влечение к алкоголю. Изучению этого симптома преимущественно в клиническом аспекте посвящены многие работы отечественных и зарубежных исследователей [2, 3, 6, 10].

Наряду с мнениями о клинической дифференцированности патологического влечения к алкоголю [1, 11] существуют взгляды о его однородности [13], что отражает сложность изучаемого вопроса и обуславливает необходимость дальнейших исследований. Немногочисленные работы по изучению патологического влечения в патофизиологическом аспекте [8, 12, 13, 15] свидетельствуют о том, что дальнейшее уточнение его нейрофизиологических характеристик будет способствовать повышению эффективности лечения хронического алкоголизма.

Методика исследований

Нами обследовано 74 больных хроническим алкоголизмом с клинической картиной I, II и III стадии заболевания. В качестве лечебного воздействия применена внутримышечная имплантация 1000 мг дисульфирама с последующим приемом антидепрессантов (мелипрамин, нуредаль, амитриптилин, азафен, азамин и др.).

Больные обследовались трижды: после проведения общеукрепляющей терапии — при отсутствии симптомов абстиненции; после имплантации дисульфирама и заживления операционной раны; на фоне приема антидепрессантов.

Условно-речевые реакции исследовали по общепринятой методике с использованием 40 слов-раздражителей и введением эмоционально-значимых слов. При этом учитывали латентный период реакции: в начале исследования на первые 5 слов-раздражителей (ЛПН, в с); в конце исследования на последние 5 слов-раздражителей (ЛПК, в с); средний латентный период всех 40 слов-раздражителей (ЛПС, в с). Оценку качества ответов осуществляли по процентному содержанию высших, конкретных абстрактных, а также низших речевых реакций. В норме, по литературным данным [4] латентный период ответных речевых реакций колеблется в пределах 0,5—2,0 с, количество высших речевых реакций — 98 %, из них абстрактных — 20 %.

Условнорефлекторные лейкоцитарные реакции исследовали натощак утром. Без предупреждения о цели вызова по обычной методике у больных брали кровь из пальца (исходный лейкоцитоз); в процессе беседы с врачом стремились вызвать у больного не только мысль о выпивке, но и желание ее повторить (воздействие через II сигнальную систему), в разгар беседы повторно брали кровь; затем перед обследованием ставили бутылку с привычным алкогольным напитком и предлагали выпить, при этом больной должен был сам налить в рюмку и понюхать алкоголь (воздействие через I сигнальную систему), после чего в третий раз брали кровь. Подсчет лейкоцитов производился в камере Горяева. Увеличение количества лейкоцитов по сравнению с исходным уровнем учитывали как положительную условнорефлекторную лейкоцитарную реакцию (положительный лейкоцитоз), свидетельствующую о наличии влечения к алкоголю. Отсутствие динамики лейкоцитоза, а также уменьшение количества лейкоцитов по сравнению с исходными данными (отрицательный лейкоцитоз), по [12], означали отсутствие влечения к алкоголю.

Для проведения кожно-сосудистых проб с адреналином и дионином применяли 0,1 % раствор адреналина и 1 % раствор дионина. Пробыв проводили одновременно,

техника выполнения аналогичная. Для определения интенсивности реакции учитывали: латентный период реакции (ЛПР, в с); продолжительность реакции (ПР, в мин); диаметр белого пятна на адреналин (ДБП, в см); диаметр волдыря на дионин (ДВ, в см). По [14], латентный период реакции на адреналин и дионин не превышает 1—3 мин, продолжительность не более 1 ч. Средняя величина белого пятна на адреналин в норме 0,6—1,0 см, волдыря на дионин — 0,3—0,5 см.

Биоэлектрическую активность мозга регистрировали на восьмиканальном электроэнцефалографе фирмы «Цвининг» с использованием функциональных нагрузок фото-стимуляции и гипервентиляции. Применяли биполярный способ наложения электродов по общепринятой системе. Анализ ЭЭГ осуществляли визуально с описанием частоты, амплитуды, пространственного распределения, формы, регулярности, реакции на фото-стимуляцию и гипервентиляцию и других параметров нормальных и патологических ритмов.

Полученные результаты обрабатывали статистически [9] и сопоставляли с динамикой клинической картины.

Результаты исследований и их обсуждение

Изучение условно-речевых реакций у 60 больных хроническим алкоголизмом после проведения общеукрепляющей терапии показало, что латентный период ответных речевых реакций на первые по порядку предъявления слова-раздражителя был увеличен у 14 больных ($23,3 \pm 5,4$ %), латентный период ответов в конце исследования был резко удлинён у 56 больных ($93,3 \pm 3,2$ %), средний латентный период оказался увеличенным у 52 больных ($86,7 \pm 4,4$ %). Качество ответных реакций было сниженным. Так у 28 больных ($46,7 \pm 6,4$ %) количество абстрактных ответов не достигало нижней границы, в ряде случаев отсутствуя вовсе. Наряду с этим ответы носили обшечонкретный и ситуационный характер, повышенным было количество низших реакций (отказные, многословные, междометные).

Исследование условнорефлекторных лейкоцитарных реакций у 74 больных хроническим алкоголизмом до имплантации дисульфирама показало, что в условиях наркологического отделения положительный лейкоцитоз в ответ на беседу об алкоголе отмечен у 41 больного ($55,5 \pm 5,8$ %), на вид и запах — у 44 больных ($59,5 \pm 5,7$ %).

Состояние вегетативной нервной системы до имплантации дисульфирама свидетельствовало о преобладании активности ее парасимпатического отдела. Так, у 42 больных ($56,8 \pm 5,8$ %) из 74 исследованных отмечалось усиление реакций на дионин по сравнению с реакциями на адреналин, о чем мы судили по величине диаметра белого пятна на адреналин и волдыря на дионин. У 24 больных ($32,4 \pm 5,4$ %) исходный уровень характеризовался нормотонией, т. е. отсутствием четкого преобладания реакций на вегетотропные вещества. Доминирование активности симпатического отдела вегетативной нервной системы, проявляющееся усилением реакций на адреналин по сравнению с реакциями на дионин наблюдалось у восьми больных ($10,8 \pm 3,6$ %).

Сопоставление характера условнорефлекторных лейкоцитарных реакций с клинической картиной заболевания позволило выделить следующие группы больных: I группа (17 человек) — больные с положительной лейкоцитарной реакцией преимущественно при воздействии через II сигнальную систему. Патологическое влечение у больных этой группы клинически проявлялось стремлением к растормаживающему эффекту алкоголя под влиянием ситуационно-бытовых моментов и реализовалось в общепринятых местах и обстановке избирательного общения. II группа (39 человек) — больные с положительной лейкоцитарной реакцией преимущественно при воздействии через I сигнальную систему. Патологическое влечение к растормаживающему эффекту алкоголя в этой группе в меньшей мере зависело от ситуационно-бытовых

моментов. Реализовалось влечение зачастую в неподходящей обстановке и со случайными партнерами. III группа (18 человек) — больные с преимущественно отрицательными лейкоцитарными реакциями при воздействии через I и II сигнальные системы. Патологическое влечение в этой группе проявлялось стремлением к оглушающему наркотическому эффекту алкоголя, не зависело от ситуационно-бытовых моментов и реализовалось чаще в одиночку.

Учитывая, что симптомы изменений реактивности вегетативной нервной системы сопутствуют хроническому алкоголизму на всем его протяжении, а также замедленный характер их обратного развития [7], мы провели сопоставление выделенных групп больных с направленностью вегетативных реакций. Полученные данные показали, что преобладание усиленных реакций на дионин по сравнению с реакциями на адреналин нарастает с 42,2 % в I группе и 53,8 % во II группе до 77,8 % в III группе, достигая уровня статистической достоверности ($p < 0,01$). Наряду с этим, повышение активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы сопровождалось увеличением латентного периода условно-речевых реакций, ухудшением их качества — резким снижением количества абстрактных ассоциаций, а также параллельным увеличением удельного веса эмоциональной патологии в виде эмоционального притупления ($\chi^2 = 11,715$, $p < 0,05$).

При изучении характера биоэлектрической активности на ЭЭГ у больных I группы зарегистрирован уплощенный тип кривой со сниженной реактивностью на функциональные нагрузки, что свидетельствует об истощении корковой биоэлектрической активности и снижении влияния неспецифической активирующей системы ретикулярной формации. У больных II группы отмечается полиморфизм данных — различные варианты снижения корковой активности, реактивность кривой при функциональных нагрузках извращена или отсутствует. У больных III группы — машинообразный альфа-ритм, отсутствие реактивности на функциональные нагрузки, появление синхронизации под влиянием гипервентиляции, что свидетельствует о преобладании тормозных корковых процессов и отсутствии активирующих влияний со стороны ретикулярной формации.

После имплантации дисульфирама у 47 больных ($78,3 \pm 5,3$ %) из 60 обследованных динамика условно-речевых реакций показала сокращение латентного периода на раздражители, предъявляемые в процессе эксперимента и в конце его ($p < 0,05$). Это сопровождалось улучшением качества ответов за счет снижения низших речевых реакций и увеличения абстрактных ассоциаций. Наряду с этим имплантация дисульфирама сопровождалась отчетливой тенденцией к увеличению количества отрицательных лейкоцитарных реакций, свидетельствующих об отсутствии влечения при воздействии через II сигнальную систему по сравнению с воздействием через I сигнальную систему. Обратные взаимоотношения наблюдаются в распределении положительных лейкоцитарных реакций, показывающих наличие влечения (табл. 1).

Динамика кожно-сосудистых реакций под влиянием дисульфирама свидетельствует об усилении активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Так, если до имплантации дисульфирама доминирование парасимпатического отдела вегетативной нервной системы отмечалось у 42 больных ($56,8 \pm 5,8$ %), то после имплантации — у 60 больных ($81,1 \pm 4,5$ %). Разница статистически достоверна ($p < 0,01$). Имплантация дисульфирама сопровождалась нормализацией биоэлектрической активности мозга у больных I группы, у остальных изменения носили малообратимый характер, особенно в III группе. По-

явление положительных условнорефлекторных лейкоцитарных реакций на разговор об алкоголе, его вид и запах, а также повышение активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы клинически сопровождалось усилением влечения к алкоголю. Это выражалось ощущением «тяги» к выпивке, явлениями раздражительной слабости и сновидениями с алкогольной фабулой.

Таблица 1

Динамика направленности лейкоцитарных реакций при лечении дисульфирамом

Направленность лейкоцитарных реакций	До имплантации		После имплантации	
	II	I	II	I
Положительный лейкоцитоз	41 $27,7 \pm 3,7 \%$	44 $29,7 \pm 3,6 \%$	32* $21,6 \pm 3,4 \%$	52* $35,1 \pm 3,9 \%$
Отрицательный лейкоцитоз	33 $22,3 \pm 3,4 \%$	30 $20,3 \pm 3,3 \%$	42* $28,4 \pm 3,7 \%$	22* $14,9 \pm 2,9 \%$

Примечание. Числитель—число наблюдений, знаменатель—процент от общего числа наблюдений; * разница между числом однозначных наблюдений во II и I сигнальных системах достоверна ($p < 0,01$).

Последующий прием антидепрессантов в качестве поддерживающего лечения привел к полной нормализации характеристик условно-речевых реакций у 32 больных ($64,0 \pm 6,8 \%$) из 50 обследованных, а также к повышению активности симпатического отдела вегетативной нервной системы, что вызвало уменьшение количества положительных лейкоцитарных реакций на алкоголь при воздействии как через I, так и через II сигнальную систему. У 18 больных ($36,0 \pm 6,8 \%$) характер ассоциативной деятельности существенно не изменился, при этом отмечалась тенденция к дальнейшему повышению парасимпатического тонуса без особых сдвигов направленности лейкоцитарных реакций (табл. 2).

Таблица 2

Зависимость между состоянием вегетативной нервной системы и направленностью лейкоцитарных реакций при лечении антидепрессантами

Вегетативная направленность	Лейкоцитарные реакции			
	II		I	
	+	—	+	—
Симпатикотония	5 $15,6 \%$	27 $84,4 \%$	7 $21,9 \%$	25 $78,1 \%$
Парасимпатикотония	9 50%	9 50%	8 $44,4 \%$	10 $55,6 \%$

Примечание. Числитель—число однопольных лейкоцитарных реакций, знаменатель—их процент.

Анализ полученных данных показывает, что патологическое влечение к алкоголю, как проявление синдрома дезадаптации при хроническом алкоголизме, определяется взаимодействием разных пусковых механизмов многоуровневой функционально-динамической системы мозга.

Преобладание одного из уровней (механизмов) дает возможность выделения описанных групп. Этому делению соответствует определенная клиническая картина хронического алкоголизма и поведение, направленное на реализацию влечения. В I группе доминирующим является влечение (патологический условный рефлекс на алкоголь) на уровне II сигнальной системы. Это происходит на фоне функционального (обратимого) снижения деятельности коры, вследствие недостаточной активации со стороны ретикулярной формации (данные ЭЭГ). Во II группе доминирующим является влечение на уровне I сигнальной системы. Во II сигнальной системе отмечаются симптомы нарастания пассивного торможения — удлинение латентного периода условно-речевых реакций снижение абстрактного мышления, на ЭЭГ — различные варианты снижения корковой активности. В III группе на фоне глубокого торможения деятельности коры, о чем свидетельствуют резкое удлинение латентного периода условно-речевых реакций, примитивные ответы или их отсутствие, отрицательные лейкоцитарные реакции на алкоголь и изменения на ЭЭГ, наблюдаются выраженные вегетативные сдвиги.

Последующее наблюдение за клиническими и патофизиологическими показателями в процессе лечения выявило, что их динамика зависит от исходного состояния. Так, имплантация дисульфирама способствует исчезновению влечения у больных I группы. У больных II и, особенно, III группы имплантация дисульфирама сопровождалась повышением интенсивности патологического влечения, при этом появились ранее отсутствующие положительные условнорефлекторные лейкоцитарные реакции на алкоголь. Хотя положительные лейкоцитарные реакции указывают на наличие влечения к алкоголю, их появление у больных III группы (с отрицательными лейкоцитарными реакциями в исходном состоянии) свидетельствует об улучшении корковой деятельности. Это подтверждается и динамикой условно-речевых реакций.

Учитывая мнение ряда авторов о положительном влиянии некоторых лекарственных препаратов на симптом патологического влечения к алкоголю [1, 5], мы назначили дополнительные средства для дальнейшей нормализации патофизиологических показателей. Применение антидепрессантов седативного действия при гиперреактивности и стимулирующего действия при доминировании парасимпатического отдела вегетативной нервной системы сопровождалось отчетливой динамикой, свидетельствовавшей о снижении патологического влечения и нормализации вегетативных сдвигов.

Таким образом, наши данные показали, что усиление возбуждательного процесса (улучшение корковой нейродинамики), исчезновение положительных условнорефлекторных лейкоцитарных реакций в ответ на беседу об алкоголе, а также его вид и запах, вегетативный сдвиг в сторону повышения активности симпатического отдела вегетативной нервной системы создает предпосылки для улучшения адаптационных функций — более эффективного и стойкого результата терапии.

Динамический учет исследованных показателей может служить критерием для обоснования терапевтической тактики и стабилизации ремиссий при различных видах противоалкогольной терапии. Двухлетний катамнез подтверждает наши данные.

O. S. Slabunov

CHARACTERISTICS OF PATHOLOGIC ADDICTION TO ALCOHOL
AND ITS SIGNIFICANCE FOR A BASED CHOICE OF ADEQUATE TREATMENT

Summary

Studies in the dynamics of neurophysiological indices were carried out for 74 patients with chronic alcoholism. It is established that pathological addiction to alcohol as a manifestation of desadaptation syndrome governed the interaction of different levels of the brain functional-dynamic system. Prevalence of one of the levels determines the specificity of the clinical picture and pathophysiological indices as well as their dynamics during the process of treatment. Signs permitting favourable prognosis were: improvement of cortex neurodynamics, disappearance of conditioned-reflex leukocytic reactions to alcohol, enhancement in the activity of the sympathetic section of the vegetative nervous system. These features increase the adaptational capacities of the organism and contribute to stabilization of remission.

Department of Psychiatry, Research Institute
of Neurology and Psychiatry, Kharkov

Список литературы

1. Альтшулер В. Б. О применении нейролептиков для лечения хронического алкоголизма (в аспекте психопатологии влечения к алкоголю).— Журн. невропатологии и психиатрии, 1978, 78, № 2, с. 261—264.
2. Банищikov Б. М., Короленко Ц. П. Алкоголизм и алкогольные психозы. М., 1968. 90 с.
3. Братусь Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. М., 1974. 70 с.
4. Булахова Л. А., Видренко А. Е., Городкова Т. М., Рушкевич Е. А. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической (высшей нервной) деятельности человека. Киев, 1968. 50 с.
5. Гамбург А. Л., Аранович А. Г., Вольфсон В. Л. Дифференцированное лечение больных хроническим алкоголизмом современными психотропными средствами.— Журн. невропатологии и психиатрии, 1978, 78, № 2, с. 269—273.
6. Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии. М., 1965. 150 с.
7. Зенович Г. В., Тыкочинская Э. Д. Особенности реактивности вегетативной нервной системы при хроническом алкоголизме.— В кн.: Проблемы алкоголизма. Л., 1967, с. 19—25.
8. Корсунский И. В. Условнорефлекторные механизмы в клинике хронического алкоголизма.— В кн.: Проблемы алкоголизма. М., 1973, с. 103—105.
9. Лакин Г. Ф. Биометрия. М., 1973. 90 с.
10. Лукомский И. И., Никитин Ю. И. Лечение психических расстройств при алкоголизме. Киев, 1977. 100 с.
11. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. М., 1973. 70 с.
12. Рихтер Г. Э. Условно-рефлекторный лейкоцитоз как метод диагностики хронического алкоголизма и контроля эффективности его лечения.— Врач. дело, 1958, № 11, с. 1180—1182.
13. Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. М., 1973.
14. Тарабан А. С. Кожно-сосудистые пробы у инфекционных больных.— Врач. дело, 1955, № 11, с. 138—140.
15. Храмич И. В., Юзефович Г. Я. Объективное определение патологического влечения методом плетизмографии и пневмографии.— В кн.: Вопросы профилактики и лечения алкоголизма и алкогольных заболеваний. М., 1960, с. 115—125.

Отделение психиатрии
Харьковского института неврологии и психиатрии

Поступила в редакцию
16.IV 1979 г.