

1. Альперн Д. Е. Холинэргические процессы в патологии. М., 1963.
2. Покровский А. А. Химические основы процессов жизнедеятельности. М., 1962.
3. Шастин Р. Н. Вопросы энзимопатологии. М., 1964.
4. Шамрай Е. Ф., Пащенко А. Е. Клиническая биохимия. М., 1970.
5. Васильевская Г. Д. Вопросы охраны материнства и детства, 1972, 3, с. 59.
6. Жарикова Э. Н. Вопросы охраны материнства и детства, 1977, 8, с. 20.
7. Сторожук П. Г., Манохина Л. Б., Грязнова Т. П., Жижина Т. В. Педиатрия, 1977, 6, с. 59.

УДК 616.89

К. Г. ДАНИЕЛЯН

К СТРУКТУРЕ И ОСОБЕННОСТЯМ ТЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

На основании изучения большого клинического материала подробно излагаются дифференциально-диагностические критерии атипичных алкогольных психозов, которые имеют важное значение как при лечении, так и при решении вопросов медико-юридического характера.

Типичной моделью реакции экзогенного типа является алкогольный делирий. Однако в рамках алкогольного делирия (особенно при его атипичном варианте) нередко встречаются симптомокомплексы, характерные для эндогенных психозов. Описание отдельных элементов этих симптомокомплексов (шизофреноподобных проявлений) приведено в работах Vonhoeffler [10.] Им же в рамках алкогольного делирия описаны маниакальные, депрессивные и систематизированные параноидные синдромы, наиболее характерные для шизофрении или маниакально-депрессивного психоза [8]. Рядом авторов [7, 8] в рамках типичного алкогольного делирия описаны отдельные проявления синдрома Кандинского-Клерамбо, вербальный галлюциноз, а Г. С. Воронцовой [3] и К. Г. Даниеляном [6] приведено описание эпизодов онейроидного помрачения сознания. На основании детального изучения онейроидных картин при алкогольных психозах нами [5—6] выделены и описаны делириозно-онейроидные острые и затяжные варианты алкогольного делирия и алкогольный онейроид как самостоятельная форма алкогольных психозов.

Цель настоящего сообщения сводится к выделению и описанию общих и частных психопатологических особенностей, характерных для острых алкогольных психозов, т. е. к выявлению дифференциально-диагностических особенностей сложного галлюцинаторно-параноидного синдрома, который проявляется при острых алкогольных психозах и включает в себя отдельные признаки синдрома Кандинского-Клерамбо, маниакальные или депрессивные явления, эпизоды онейроидного помрачения сознания и т. д. Большинство клиницистов [2, 4, 7, 8] при описании в рамках типичного алкогольного делирия и галлюциноза таких явлений, как отдельные проявления синдрома Кандинского-Клерамбо, вербальный галлюциноз, бред психического и физического воздействия и т. д.,

не считали их атипичными для острых алкогольных психозов. Однако нами, а также рядом авторов [1, 3, 5, 6] выделены и описаны атипичные варианты острых алкогольных психозов, структура и особенности течения которых приводятся в данной работе.

На основании обследования 489 больных алкогольными психозами мы пришли к заключению, что в рамках типичного алкогольного делирия, галлюциноза и параноида нередко наблюдаются отдельные проявления синдрома Кандинского-Клерамбо, систематизированные бредовые идеи преследования, воздействия, онейроидные эпизоды и другие наиболее характерные для эндогенных психозов явления, которые в силу их рудиментарности, незавершенности, неустойчивости и непродолжительности не изменяют течения типичных картин острых алкогольных психозов, т. е. не придают клинической картине вышеуказанных психозов атипичного течения. Атипичность этих психозов является результатом атипизации структуры психотических приступов (как в статике, так и в динамике) и свойственных им отдельных закономерностей течения (типы течения). Какова же структура атипичных алкогольных психозов? Клинические наблюдения показывают, что ведущий синдром при атипичном алкогольном делирии характеризуется наличием сложного галлюцинаторно-параноидного симптомокомплекса. В структуре этого синдрома наблюдаются зрительные и слуховые псевдогаллюцинации, вербальный галлюциноз, систематизированные бредовые идеи преследования, физического и психического воздействия, метаморфозы, интерметаморфозы, сенестопатические, ассоциативные, кинестетические проявления синдрома Кандинского-Клерамбо, симптом двойника, Капгра. В начале болезни в люцидных промежутках помраченного сознания и в первые часы после прояснения сознания иногда отмечаются отдельные деперсонализационные, дереализационные, конфабуляторные явления и явления расстройства схемы тела. При переходе делириозного состояния в делириозно-онейроидное проявляются также явления аутопсихической дезориентировки, двойной ориентировки, симптомы лабильности сознания, мерцания самосознания, маниакальные (или депрессивные), ступорозные явления и явления сенсомоторной диссоциации. В структуре атипичного алкогольного галлюциноза в рамках одного сложного галлюцинаторно-параноидного синдрома (шизофреноподобных проявлений) большой удельный вес занимают слуховые псевдогаллюцинации, бредовые идеи психического и физического воздействия, интерпретативный бред преследования, сенсорные и идеаторные проявления синдрома Кандинского-Клерамбо. На фоне вербального галлюциноза иногда возникают эпизоды типичных или атипичных делириозных, делириозно-онейроидных или онейроидных помрачений сознания. При остром алкогольном параноиде к атипичным симптомам относятся явления сенестопатического и ассоциативного автоматизма, эпизоды делириозного (крайне редко делириозно-онейроидного) помрачения сознания, бредовые идеи психического и физического воздействия. Изучением особенностей синдрома кинеза атипичных форм острых алкогольных психозов в статике и в динамике показано, что видоизменение клинической

картины типичных форм вышеуказанных алкогольных психозов в ряде случаев является результатом присоединения к клинической картине типичного алкогольного делирия галлюциноза или параноида некоторых непатогномоничных для алкогольных психозов симптомов и симптомокомплексов. Так, например, при преобладании в клинической картине делирия явления вербального галлюциноза, систематизированного бреда преследования, отдельных проявлений психического автоматизма, а также при возникновении в начале, в разгаре или в конце помраченного сознания судорожных припадков, оглушенных, аментивоподобных или онейроидных эпизодов делириозный синдром протекает в форме: галлюцинаторно-делириозного, судорожно-делириозного, судорожно-оглушенно-делириозного, делириозно-аментиформного, делириозно-оглушенного, делириозно-оглушенно-сопорозного, делириозно-сопорозно-коматозного, делириозно-онейроидного и иного типа течения. На исходе делирия может отмечаться явление резидуального бреда, галлюциноза или abortивного Корсаковского психоза. В первоначальных приступах белой горячки делириозный синдром проявляется в форме гипнагогического делирия (гипнагогический вариант). При дальнейших повторных приступах наблюдается смена ведущего синдрома в следующем порядке: гипнагогический галлюциноз, иллюзорно-бредовый (безбредовый вариант), галлюцинаторно-параноидный; а) с кратковременным или развернутым течением (abortивный вариант, классический вариант без включения или с включениями отдельных нестойких атипичных феноменов: эпизодически возникающих вербальных галлюцинаций, рудиментарный бред воздействия, неразвернутые, скоропроходящие сенестопатические или идеаторные автоматизмы); б) с включением судорожных, сомнолентных, оглушенных, аментиформных, сопорозных или коматозных явлений (лихорадочный, тяжело протекающий вариант); в) с делириозным или делириозно-онейроидным помрачением сознания, но с преобладанием вербальных галлюцинаций, отчетливо выраженных, достаточно стойких и развернутых систематизированных бредовых идей и отдельных проявлений синдрома Кандинского-Клерамбо (атипичный и делириозно-онейроидный острый вариант); г) с делириозно-онейроидным помрачением сознания и наличием вербального галлюциноза, систематизированных бредовых идей, синдрома Кандинского-Клерамбо, маниакальных, депрессивных, сопорозных, конфабulatorных явлений (делириозно-онейроидный затяжной вариант). При атипичном алкогольном галлюцинозе в результате присоединения некоторых непатогномоничных для алкогольных психозов симптомов картина галлюциноза видоизменяется и проявляется в форме: а) вербального галлюциноза с переходом в галлюцинаторно-параноидное или галлюцинаторно-парфренное состояние; б) вербального галлюциноза с переходом в галлюцинаторно-делириозно-галлюцинаторное, галлюцинаторно-онейроидно-галлюцинаторное, галлюцинаторно-делириозно-онейроидно-галлюцинаторное состояние.

При первичных и повторных приступах атипичного алкогольного параноида ведущий бредовый синдром подвергается некоторым изменениям в результате присоединения к бредовым идеям: а) эпизодов помраченного сознания, б) судорожных припадков, в) соматически тяжелых состояний.

У больных, первый психотический приступ которых проявлялся в форме алкогольного делирия, повторные приступы протекают стереотипно, переходят в другие варианты этого психоза или же в другие формы алкогольных психозов (чаще в галлюцинозы или в галлюцинаторно-парафренные психозы). У больных, первый приступ которых протекал в форме острого алкогольного параноида, повторные приступы либо стереотипно повторяются, либо проявляются в форме алкогольного делирия (редко—галлюциноза). После перенесения больным приступа алкогольного острого галлюциноза повторные приступы или протекают стереотипно, или переходят в другие формы алкогольных психозов (чаще в галлюцинаторно-парафренные алкогольные психозы, реже в алкогольный делирий).

В результате изучения особенностей атипичных симптомов и симптомокомплексов (шизофреноподобных проявлений) в динамике нами выделены следующие типы течения острых алкогольных психозов: 1) регрессивный—постепенное или резкое исчезновение атипичных симптомов при дальнейших повторных психотических приступах; 2) волнообразный, альтернирующий—чередование (через один-два) атипичных приступов (симптомокомплексов) с типичными приступами; 3) прогрессивный—усложнение ведущего синдрома от приступа к приступу с вовлечением в клиническую картину все новых атипичных симптомов (шизофреноподобных проявлений) до наступления картины выраженной алкогольной деменции или психоорганического синдрома (к атипичным алкогольным психозам должны относиться именно такие случаи).

Кафедра психиатрии
Ереванского ГИДУВа

Поступила 10/V 1985 г.

Կ. Գ. ԴԱՆԵԼՅԱՆ

ԱՏԻՊԻԿ ԱԼԿՈՀՈԼՅԻՆ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐԻ ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔԻ ԵՎ ԸՆթԱՑՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ինքզինքն են առիպիկ ձևով ընթացող ալկոհոլային պսիխոզների մանրազննին հետազոտության արդյունքները: Նշված են հիվանդության ընթացքի տարատեսակները և վերջիններիս ժամանակ նկատվող այն դիֆերենցիալ-ախտորոշիչ առանձնահատկությունները, որոնց միջոցով հնարավոր է տարբերակել առիպիկ ձևով ընթացող ալկոհոլային պսիխոզներն արտաքինապես նման, բայց ոչ ալկոհոլային բնույթի պսիխոզներից: Ուսումնասիրված են ախտորոշիչ երևույթներն ինչպես ստատիկայում (առանձին նոպաների ժամանակ), այնպես էլ դինամիկայում (նոպաների կրկնության և հաջորդականության ժամանակ):

K. G. DANELIAN

ON THE STRUCTURE AND PECULIARITIES OF THE COURSE OF ATYPICAL ALCOHOLIC PSYCHOSIS

On the base of the investigation of large clinical material the differential diagnostic criteria of atypical alcoholic psychosis are given in detail, which are of great significance for the treatment as well as for the solution of a number of problems of medical and juridical problems.

1. Альтшулер В. Б. В сб.: Проблемы алкоголизма: М., 1970, с. 10.
2. Банщиков В. М., Короленко И. П. Алкоголизм и алкогольные психозы. М., 1963.
3. Воронцова Г. С. Канд. дисс. М., 1959.
4. Гулямов М. Г. Диагностическое и прогностическое значение синдрома Кандинского. Душанбе, 1968.
5. Даниелян К. Г. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1966, т. XVI, 3, с. 422.
6. Даниелян К. Г. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1967, т. XVII, 2, с. 253.
7. Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов, т. 2, С. Петербург, 1912, с. 97.
8. Маньяч В. Алкоголизм, различные формы алкогольного бреда и их лечение. С. Петербург, 1877.
9. Рыбаков Ф. Е. Душевные болезни. М., 1917, с. 299.
10. Bonhoeffer K. Die akuten Geisteskrankheiten der Crewohnhellsrinker. Verl. V. G. Fischer. Jena, 1901.

УДК 616. 853—003.96

Г. Т. МУРАДЯН

ДВИГАТЕЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ СУДОРОЖНЫХ ПРИПАДКОВ

Методом аккомодометрии изучена адаптивно приспособительная функция периферического конца двигательного анализатора у здоровых и больных с судорожными припадками. Установлено удлинение константы аккомодации нейромышечного аппарата у больных. Показатели аккомодометрии меняются в связи с созреванием припадков или наступлением ремиссии.

В сложном механизме возникновения судорожных припадков основную роль играет нарушение активационно-ингибиторных соотношений соответствующих функциональных систем головного мозга.

Клиническими и экспериментальными работами ряда авторов [9, 14, 19] показана определяющая роль коры головного мозга в формировании эпилептического очага и ирритации патологической активности на нижележащие образования мозга. При этом доминирующая роль придается двигательной зоне коры, которая считается наиболее эпилептогенной.

Эпилептические припадки возникают и разворачиваются в результате постоянного продуцирования эпилептической активности нейронных популяций в двигательной зоне коры с судорожной готовностью, вовлекая нередко при этом неспецифические таламические и (или) стволые системы [9, 15, 17].

Установлена тесная морфофункциональная связь между корковым анализатором и его периферическим концом. В силу существования «субординации» периферический двигательный аппарат четко отражает функциональное состояние двигательной зоны коры головного мозга [8, 15]. Существует единство физиологических параметров между корковым анализатором и его периферическим концом.