

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 81 (1761)

Цель настоящего исследования состояла в разборе, углублённом анализе и оценке применявшегося комплекса разгрузочно-диетической терапии (РДТ) с последующей предварительной теоретической разработкой на современном уровне эффективного варианта данного метода для лечения больных хроническим алкоголизмом.

Задачи исследования включали:

а) уточнение динамики клинического состояния больных алкоголизмом в процессе РДТ;

б) выявление наиболее значимых, ведущих терапевтических факторов, способствующих исчезновению влечения к алкоголю;

в) определение наиболее эффективных психотерапевтических подходов в процессе лечения для достижения устойчивых результатов разгрузочно-диетической терапии у больных хроническим алкоголизмом;

г) оценку данных биохимического, физиологического и электрофизиологического исследований в динамике РДТ.

Методы исследования: выборочно-статистический, клинико-психопатологический, терапевтический, психотерапевтический, аналитический.

Подвергнуты анализу известные научные работы отечественных авторов по разгрузочно-диетической терапии, как правило, в комплексе с психотерапией, больных с хроническим алкоголизмом (1-я «неврастеническая», 2-я «наркоманическая» и 3-я «энцефалопатическая» стадии по А.Портнову).

На возможность успешного лечения дозированным голоданием хронического алкоголизма, заболевания, обусловленного проявлением поведенческой зависимости, впервые обратили внимание Ю.Николаев, В.Николаева.

А.Довженко в амбулаторных условиях рекомендовал больным алкоголизмом с 1-й стадией голодания проведение 1 раз в неделю 36-39-часовое голодание на фоне питания сырыми овощами, фруктами, ягодами, орехами, мёдом или вегетарианского питания. В группе больных со 2-й и 3-й стадиями голодания проводились 2 курса лечения по схеме: 3 дня голодания с последующими 7 днями питания сырыми овощами, фруктами, ягодами и далее 1-дневным голоданием в неделю с аналогичным режимом питания. После подобных циклов лечения проводились психотерапевтические сеансы в группе (8-12 человек) продолжительностью 55 минут «авторитарного императивного, директивного внушения наяву» и отмечались положительные результаты.

Эти первые работы показали возможность терапевтического влияния дозированного голодания и диетического питания на состояние больных алкоголизмом и влечение к алкоголю. В развёрнутом виде динамика клинического состояния и личностных особенностей была представлена в последующих работах.

Г.Глезерман, Е.Шевелёва проводили РДТ со сроками голодания 14-16 дней у 15 женщин в возрасте 30-50 лет со 2-й стадией хронического алкоголизма (с похмельным синдромом, псевдозапойми, после предыдущего лечения, с короткими ремиссиями).

В начальные сроки, в 1-й стадии голодания, чувство голода не было выражено; у некоторых в эти дни отмечались бессонница и кратковременный сон на протяжении всего периода голодания; нарушений режима не наблюдалось, больные алкоголизмом были более общительны между собой в отличие от других пациентов отделения. С первых дней голодания больные активно интересовались особенностями РДТ, временами у многих из них отмечались повышенная раздражительность, склонность к слезам. На этом отрезке голодания критическая оценка своего состояния у больных оставалась явно недостаточной. Они пытались предстать в более выгодном свете, объясняли пьянство различными причинами, выгораживали себя, устранившись от ответственности.

В ходе дальнейшего голодания ацидотический криз у части больных был незначительно клинически выражен. Во 2-й стадии, после 7-9-го дня, возникло полное безразличие к спиртным напиткам. Авторы свидетельствовали: «Почти все больные указывали, что их перестала интересовать водка. Этот феномен определяется нами как «утрата интереса к винной витрине». Обращало внимание, что пациентки сами обнаруживали качественное отличие нового состояния, и подобное «открытие» было для них полной неожиданностью. Феномен «утраты интереса к винной витрине» описывался ими как безразличие к ассортименту винного отдела».

С этого момента больные становились более открытыми и искренними, у них возник подлинный живой интерес к детям, семье, работе. В конце периода голодания, в 3-й стадии и в 1-й стадии восстановительного питания, появлялась критика к заболеванию. Вспоминая о своём поведении в

Разгрузочно-диетическая терапия больных алкоголизмом

прошлом, они уже не пытались предстать в роли жертвы обстоятельств, не стремились выгородить себя, а выявляли твёрдые установки на прекращение употребления спиртных напитков и строили реальные планы на будущую жизнь. Пациентки неукоснительно выполняли рекомендации по диетическому питанию и настойчиво просили сократить сроки пребывания в больнице. Опасаясь при этом возможных рецидивов болезни в будущем, интересовались необходимостью проведения повторных курсов РДТ с профилактической целью.

Все они оценивали РДТ как качественно новое в отношении эффекта лечения по сравнению с безуспешным ранее лечением апоморфином и антабусом. Важное место в процессе РДТ занимала индивидуальная рациональная психотерапия, особенно эффективная в конце голодания и в начале восстановительного питания.

По данным Катамнеза, в течение года из 15 человек рецидив наступил у 4. Остальные вместо прежде чисто внешнего беспокойства о судьбе детей проявляют истинную заботу о них, живут интересами семьи.

В целом отмечается изменение некоторых личностных особенностей, произошла определённая переоценка ценностей с акцентом внимания на интересах окружающих их людей, уменьшились явления эгоцентризма, значительно повысился порог восприятия различных жизненных неприятностей.

В следующих работах подтверждается положительное целебное воздействие лечебного голодания на больных хроническим алкоголизмом, исчезновение влечения к алкоголю и отмечаются дополнительные, другие терапевтические эффекты РДТ.

В.Николаева, А.Василевская проводили лечебное голодание в сроках от 10 до 25 дней мужчинам и женщинам с хроническим алкоголизмом в возрасте от 30 до 50 лет с длительностью заболевания 10-15 лет. Все больные ранее лечились методами противоязвенной терапии и ко времени проведения РДТ имели противопоказания (гипертоническая болезнь с высокими цифрами АД, нарушения жирового обмена) для проведения традиционного антиалкогольного лечения. Все охотно соглашались на лечение голоданием и полностью выполняли необходимый режим.

Резко выраженное до РДТ патологическое влечение к алкоголю в первые дни воздержания от пищи, когда повышалось чувство голода, уменьшалось и угасало. В периоде голодания и затем во время восстановительного периода влечение к алкоголю, как правило, не восстанавливалось. У всех пациентов появлялась критика к заболеванию, у многих формировалась установка на дальнейшую трезвость.

В разгрузочно и восстановительном периодах РДТ осложнений не наблюдалось. Нарушенный до лечебного голодания ночной сон и повышенное артериальное давление, которое прежде не удавалось снизить гипотензивными средствами, в процессе разгрузочно-диетической терапии нормализовались; печень, увеличенная и болезненная до начала голодания, в ходе лечения уменьшилась и при пальпации стала безболезненной; потенция у мужчин, ранее нарушенная, под действием РДТ восстанавливалась.

Разгрузочно-диетическая терапия сочеталась с применением рациональной и гипносуггестивной психотерапии. Больные

в периоде лечебного голодания отличались повышенной гипнабельностью.

Преимущество РДТ в том, что в лечении активное участие принимает сам больной. Больные, особенно женщины, которые преследовали и косметический эффект, как правило, оставались довольны лечением. Созданная в процессе лечебного голодания установка больных на трезвость легче сохраняется в ремиссии.

Катамнез (не указаны сроки, но, по видимому, не менее 1 года) показал стойкость ремиссии.

Е.Тарасов, Б.Токарев, А.Смолин применили РДТ в комплексе с психотерапией у больных с хроническим алкоголизмом с продолжительностью периода голодания от 8 до 15 дней. Пациенты, которым из-за соматических осложнений была противопоказана сенсibiliзирующая антабусотерапия и условно-рефлекторные методы с применением рвотных средств, страдали склеротической гипертензией, хроническим гастритом, колитом, гепатохолециститом, нарушением жирового обмена, а также невротоподобными расстройствами с

РДТ с целью избавления от алкогольной зависимости;

– активное участие в лечебном процессе и соблюдение необходимого при лечебном голодании режима;

– динамика клинического состояния больных в процессе голодания и последующего питания;

– исчезновение патологического влечения к алкоголю, феномен «утраты интереса к винной витрине»;

– динамика личностных особенностей под воздействием РДТ: от не критичной, специфичной для алкоголика, оценки своего заболевания до восстановления критического осознанного понимания алкогольной зависимости, переоценки ценностей от характерных для эгоистической личности алкоголика до уменьшения эгоцентризма и восстановления интересов к семье, жизни окружающих людей, работе;

– параллельное с нервно-психическим состоянием оздоровление соматического статуса и всего организма;

– неотъемлемое влияние в комплексе РДТ психотерапевтических методов и подходов

астеническими, фобическими, ипохондрическими и сенесто-ипохондрическими проявлениями.

У большинства больных до курса РДТ была снижена критика к состоянию. Они заявляли, что приём спиртного «успокаивает боль», помогает «забыть неприятности», «успокаивает нервы», «помогает заснуть», считали причиной нервно-психических нарушений соматические заболевания.

В процессе голодания больных следовало добиваться прохождения этапа ацидотического криза, который сам по себе расценивается как один из основных терапевтических факторов. Интенсивная дезинтоксикация в процессе РДТ позволяла быстро снимать имевшиеся абстинентные проявления, а уже к 7-10-му дню голодания больные отмечали улучшение настроения, значительное уменьшение общей слабости. Также стабилизировалось артериальное давление, исчезли неприятные ощущения в области сердца, печени и желудка, а также тошнота, изжога, отрыжка. Восстановительный этап авторы удлиняли на 2-3 дня, стремясь к постепенности вхождения в правильный ритм питания.

Разгрузочно-диетическая терапия проводилась с комплексным психотерапевтическим воздействием на больного. При поступлении, в процессе обследования больных решались задачи вскрытия причин их моральных и физических фиаско, доведения до сознания механизмов развития болезненных проявлений, адекватного увязывания их с алкогольным началом.

С первого дня РДТ больным проводились сеансы гипноаутотренинга в записи. Больные 3-4 раза в неделю прослушивали магнитофонную запись так называемого сокращённого варианта АТ, предложенного Лебединским и Бортник, содержащего формулы гипносуггестий, направленных вначале на успокоение, снятие напряжения и эмоциональных нарушений, а в конце – формулы общетонизирующего и общестимулирующего порядка. Сеансы гипноаутотренинга не только способствовали в совокупности с РДТ изменению соматопсихического состояния больных, но и наглядно демонстрировали снижение психотерапевтической резистентности этой группы больных. В последующем отмечалось повышение внушаемости больных как в бодрствующем состоянии, так и при проведении после окончания курса РДТ гипносуггестивной терапии, где ставились аверсионные акценты. Для закрепления отрицательной условно-рефлекторной реакции на алкоголь достаточным оказывалось проведение 5-8 гипносеансов.

На заключительном этапе вырабатывались оптимальные для каждого больного диетические рекомендации (чаще молочно-растительного характера), которые должны были стать факторами, дисциплинирующими больного, а также являться средством своеобразного «переключения» его мотиваций.

Седативно-антидепрессивный эффект разгрузочно-диетической терапии, повышение реактивности организма при её проведении, как и сама необычность, эксклюзивность (экслюзивность) этого метода, являющаяся фактором, дающим заметный психотерапевтический эффект, возрастают при комбинации с другими адекватными психотерапевтическими приёмами.

В приведённых работах, следовательно, показаны:

– положительное отношение больных хроническим алкоголизмом к проведению

с возрастанием податливости к психотерапевтическому воздействию.

В остальных работах по лечебному голоданию больных алкоголизмом приведённые выше клинические данные были подтверждены, более тщательно изучены и расширены.

В.Бегунов, О.Калина, Ю.Полищук, В.Гурвич, Г.Бабенков исследовали в отделе наркологии Московского НИИ психиатрии лечебное воздействие РДТ у 19 мужчин со 2-й и 3-й стадией алкоголизма по классификации А.Портнова.

Авторы наиболее основательно – по сравнению с предыдущими клиницистами – изучили особенности динамики обратного развития клинических нарушений по стадиям периодов голодания и восстановительного диетического питания. Лечебное голодание с 15-20-суточным воздержанием от пищи начиналось у 11 больных после предварительной общеукрепляющей и дезинтоксикационной терапии и у 8 пациентов после ликвидации наиболее острых проявлений похмельной симптоматики.

Подтверждено начало постепенного исчезновения влечения к алкоголю с первых дней 2-й стадии голодания, совпадавшее с выравниванием эмоционального состояния и настроения к 6-7-му дню и нормализацией соматического состояния (АД, пульс, исчезновение гиперемии лица, потливости, тремора пальцев рук). Отчётливый сдвиг с улучшением общего самочувствия установлен в начале 3-й стадии на 7-10-й дни голодания: больные пробуждались с чувством обновления, просветления, с лёгкостью на душе; все пациенты категорически отрицали влечение к алкоголю, подчёркивали безразличие к спиртным напиткам. Вместе с критическим отношением к состоянию возникла уверенность в возможности в дальнейшем подавлять влечение к алкоголю, противостоять соблазнам пьянства.

В течение дальнейшего лечения на фоне кратковременных волнообразных колебаний состояния с изменениями самооценки в отношении уверенности удерживаться в трезвости, к концу восстановительного питания выравнивалось настроение, улучшалось самочувствие, выявлялось повышенное стремление к деятельности.

Г.Бабенков, В.Гурвич, Л.Мешкова применили разгрузочно-диетическую терапию в отделении диетотерапии Московского НИИ психиатрии у 40 мужчин со 2-й «наркоманической» стадией хронического алкоголизма, по А.Портнову, с ограничениями и противопоказаниями к активным методам терапии алкоголизма. Установлено, что имевшиеся у больных заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), сердечно-сосудистой системы (вегетососудистая дистония, гипертоническая болезнь, аритмия, стенокардия), лекарственной непереносимости аллергического характера, дизэнцефальной патологии, бронхиальной астмы на начальных, неспецифических, функционально обратимых этапах болезни терапевтически положительно реагировали на воздействие РДТ.

В качестве предпосылки к использованию у подобных пациентов данного метода авторы указывали на способность РДТ оказывать положительное воздействие на общую реактивность, на так называемые болезни адаптации, на некоторые эндокринные функции.

В периоде голодания продолжительностью от 12 до 25 суток в 1-й стадии ко 2-3-м суткам редуцировались элементы психического компонента абстинентного синдрома (исчезали тревога, страх, самоунижение). К 3-5-м суткам исчезали признаки соматического компонента абстиненции (тахикардия, гипертензия, атаксия, тремор, агриппия). Во 2-й стадии голодания, на 7-10-е сутки редуцировалось влечение, что проявлялось в утрате интереса к спиртным напиткам и в характерных заявлениях: «ощущение такое, словно никогда не пил», «кажется, что речь идёт о ком-то другом», «создаётся впечатление, что пьянствовал очень давно». В 3-й стадии голодания больные были полны оптимизма, высказывали твёрдую установку на трезвость.

В периоде восстановительного питания у большинства больных установился гипертирный фон настроения. У 15 пациентов в 1-2-й стадиях до 10-го дня питания отмечались проявления астенической субдепрессии с сомнениями и неуверенностью в возможностях самостоятельного воздержания от употребления алкоголя, просьбами закрепить лечение другим специфическим методом. К 12-15-м суткам восстановления у 39 больных настроение приобретало устойчивый гипертирный характер, неуверенность и сомнения исчезали, утверждалась установка на трезвость, выявлялось стремление к деятельности.

Непосредственными результатами лечения были у 17 больных редукция явлений гастрита и артериальной гипертензии, у 13 больных значительно улучшилась половая функция.

В приведённых выше работах, осуществлённых на базе Московского НИИ психиатрии, комплекс РДТ включал проведённую нами (В.Гурвич) групповую гипнотерапию с формированием положительной настроенности на лечебное голодание, коррекцию состояния в ходе лечения, закрепление устойчивости установки на воздержание от приёма алкоголя и трезвый образ жизни.

Г.Заиров, В.Гурвич, Г.Бабенков на основании изучения изменений клинического состояния больных хроническим алкоголизмом в течение разгрузочно-диетической терапии выявили в обобщённом виде основные закономерности динамики их состояния в процессе лечения.

Динамика клинического состояния больных алкоголизмом в процессе разгрузочно-диетической терапии:

- исчезновение (при наличии абстинентного синдрома) физической зависимости от алкоголя при сохраняющихся вегетоневрологических расстройствах, наблюдающееся в 1-й стадии лечебного голодания;

- сравнительно быстрая редукция вегетоневрологических проявлений (нормализация ночного сна, исчезновение тремора, пошатывания) с выравниванием аффективного фона при выраженной соматической реакции, происходящая во 2-й стадии лечебного голодания;

- непродолжительное (в течение недели) состояние психической уравновешенности с ровным настроением, полной психофизической освобожденностью от алкоголя («словно никогда не пил»), сменяющееся появлением физической астении, которая отмечается в 3-й стадии лечебного голодания;

- эмоциональное оживление с выраженной гипертимностью, часто с эйфорическим оттенком (при наличии признаков органического поражения ЦНС), психической расторможенностью, кратковременным появлением (возвращением) влечения к алкоголю, возникающее в 1-2-й стадиях восстановительного диетического питания;

- выравнивание фона настроения с сохранением психической и двигательной активности и отсутствием влечения к алкоголю, наблюдающееся во 2-3-й стадиях восстановительного питания.

Итак, приведённые данные различных авторов по исследованию больных хроническим алкоголизмом в течение разгрузочно-диетической терапии достаточно чётко (определённо) уточняют особенности, происходящие под стрессовым воздействием метода: а) сдвиги и изменения клинического и соматического состояния, личностных проявлений; б) выявляют наиболее значимую терапевтическую роль ацидотического криза во II стадии периода голодания и инверсии аффекта в сторону гипертимии во II стадии периода восстановительного диетического питания; в) свидетельствуют об эффективности применявшихся в комплексе РДТ психотерапевтических подходов: рациональной психотерапии, групповой гипнотерапии и аутогенной тренировки.

Применение разгрузочно-диетической терапии больным хроническим алкоголизмом сопровождалось как клиническими наблюдениями, так и рядом лабораторных исследований в динамике лечения. Биохимические исследования включали изучение ряда показателей щитовидной железы и гормональных показателей у мужчин со 2-й, наркоманической стадией алкоголизма.

Г.Бабенков, В.Гурвич, Л.Мешкова исследовали у 10 мужчин динамику функциональной активности щитовидной железы по

поглощению йода-131 и уровню тиреоидных гормонов в крови в сроки: до начала РДТ (исходный фон), в 3-й стадии периода голодания (12-15-е сутки) и в 3-й стадии периода восстановительного питания (15-20-е сутки).

При оценке представленных данных следует, что функциональная активность по поглощению йода-131 до лечения определяется: через 2 и 4 ч на нижней границе нормы, через 24 ч значительно ниже нормальных величин. В 3-й стадии периода голодания наблюдается выраженная тенденция к повышению показателя через 2 ч и незначительному повышению через 4 ч. В 3-й стадии периода питания выявляется достоверное увеличение поглощения йода через 2 ч с тенденцией к увеличению через 4 и 24 ч.

Если принять во внимание, что поглощение йода-131 щитовидной железой отражает тиреотропную функцию гипофиза, то можно сделать вывод, что РДТ у больных алкоголизмом влияет активизирующе на систему гипоталамус – гипофиз.

При анализе уровня тиреоидных гормонов в крови, отражающих картину гормонообразования и косвенно интенсивность метаболизма в организме, выявляется следующее. До лечения уровень тироксинсвязывающих глобулинов (ТСГ, ТЗ) находился на нижней границе нормы, общий сывороточный тироксин (Т4) – в пределах нормы, индекс свободного тироксина (ИСТ, комбинация значений тестов Т3 и Т4) – на нижней границе нормы. В 3-й стадии периода голодания отмечались определяющая тенденция к повышению уровня ТСГ до величины средней нормы и достоверное увеличение Т4 и ИСТ, что объяснялось интенсификацией обменных процессов в связи с переходом организма на эндогенное питание. В 3-й стадии периода восстановительного питания уровень ТСГ резко, достоверно снижался, а уровень Т4 и ИСТ снижался до исходных цифр.

В выводах, касающихся результатов лабораторного исследования больных алкоголизмом, указывалось:

«РДТ активизирует тиреотропную функцию гипофиза и функциональную активность щитовидной железы по поглощению йода-131 как в периоде голодания, так и в процессе восстановительного питания.

В периоде голодания достоверно повышается процесс гормонообразования, что может быть объяснено переходом организма на эндогенное питание. Однако в периоде восстановительного питания резко снижается уровень тироксинсвязывающих глобулинов, что ведёт к снижению гормонообразования до исходных цифр».

Состояние ряда гормональных показателей у больных алкоголизмом в динамике РДТ исследовали Э.Коханенко, В.Гурвич.

Гормональные исследования тестостерона, эстрогенов, прогестерона, кортизола в крови и 17КС, 17ОКС в моче проводились в контрольной группе 15 здоровых лиц, основной группе 18 больных алкоголизмом и сравнительной группе 9 больных вялотекущей шизофренией.

До разгрузочно-диетической терапии исходный уровень содержания гормонов в крови и моче в группах больных алкоголизмом и шизофренией был понижен (более выражено у больных шизофренией в показателях тестостерона в крови и 17ОКС в моче). В периоде голодания наблюдалась тенденция к понижению содержания гормонов, наиболее выраженная в группе больных алкоголизмом. Это свидетельствовало о наличии более значительных дисфункций в компенсаторных механизмах больных алкоголизмом в сравнении с группами здоровых лиц и больных шизофренией.

В периоде восстановительного питания наблюдалась тенденция к увеличению содержания гормонов в крови и моче. Эта тенденция в превышении исходных величин была более выражена у больных шизофренией, в то время как у больных алкоголизмом тенденция к увеличению гормонов не достигла исходного уровня. Полученные данные свидетельствуют о снижении адаптационных возможностей организма больных наркоманической стадией, выявляющихся в процессе стрессового терапевтического воздействия.

До лечения у больных алкоголизмом, по сравнению с контрольной группой, содержание тестостерона в крови по средним данным было заметно ниже. Несколько ниже было и содержание эстрогенов, а содержание кортизола – несколько повышенным. Пониженной по отношению к группе здоровых была и экскреция с мочой 17КС и – достоверно – 17ОКС.

В периоде голодания, в начале III стадии, у больных алкоголизмом наблюдалось достоверное понижение количества гормонов в крови: тестостерона, эстрогенов, прогестерона, кортизола и уменьшение содержания в моче 17КС (достоверное) и 17ОКС.

В периоде восстановительного питания, в начале 3-й стадии, содержание гормонов в крови выявляло тенденцию к возрастанию, но уровень тестостерона, эстрогенов, прогестерона оставался ниже данных исходного фона, исключая содержание кортизола,

которое несколько превысило исходное значение. Пониженной оставалась и экскреция с мочой 17КС и 17ОКС (достоверно).

Сравнительный анализ динамики данных больных алкоголизмом и шизофренией в процессе РДТ показал, что, во-первых, содержание гормонов в крови и в моче в исходном фоне в обеих группах, по сравнению с контрольной группой, было пониженным. Особенно выражено у больных шизофренией в показателях содержания тестостерона и 17ОКС. Во-вторых, в периоде голодания (10-15 суток) тенденция к понижению, наблюдавшаяся в основном в обеих группах, наиболее достоверно была выражена у больных алкоголизмом. В-третьих, в периоде питания (10-15 суток) тенденция к увеличению содержания гормонов в крови и моче, наблюдавшаяся в обеих группах, была наиболее выражена в группе больных шизофренией, где данные превысили свои исходные значения, в то время как у больных алкоголизмом они не достигли своих исходных значений.

Всё это в совокупности свидетельствует о сниженной потенциальной возможности, о наличии более выраженных гормональных дисфункций у больных алкоголизмом.

Таблица 1
Динамика сенсомоторных реакций в процессе разгрузочно-диетической терапии больных алкоголизмом и шизофренией

Группа обследованных	Время исследования	Сенсомоторные реакции (м/с)			
		ВПЗМР	ВСЗМР	ВО	ВПАМР
1-я (контроль), n = 26		284,70±9,95 2P < 0,05	379,23±11,55	85,38±8,77	223,40±8,15
2-я, n = 12	Исходный	262,00±4,33	370,00±7,88	108,00±10,00	234,00±7,07
	Голодание (10-15 сут)	270,00±4,37	351,00±12,00	81,00±10,10	210,00±3,60
3-я, n = 16	Питание (10-15 сут)	210,00±5,28 P < 0,001	320,00±9,79 P < 0,001	110,00±6,57	137,00±5,85 P < 0,001
	Исходный	307,00±9,87	418,00±20,49	111,00±16,24	251,00±16,59
	Голодание (10-15 сут)	308,00±10,40	394,00±20,65	86,00±18,27	250,00±11,42
	Питание (10-15 сут)	292,00±10,98	340,00±18,87 P < 0,01	48,00±11,83 P < 0,01	223,00±16,77

Примечание. Р рассчитано по отношению к исходному фону своей группы, 2Р — по отношению 2-й группы к контролю, 3Р — по отношению 3-й группы к контролю.

Таблица 2
Динамика показателей мышечной деятельности в процессе разгрузочно-диетической терапии больных алкоголизмом и шизофренией

Группа обследованных	Время исследования	Мышечная выносливость			
		ДМВ, ЕД за 120 с	Статическая мышечная выносливость		
			Рм ¹ , кг	Рм ² , кг	Вк, %
1-я (контроль), n = 26		726,05±12,52	52,15±2,24	43,65±2,48 2P < 0,01	80,83±2,53 2P < 0,01
2-я, n = 12	Исходный	700,00±17,32	47,00±2,36	31,00±1,98	66,00±2,71
	Голодание (10-15 сут)	687,00±14,11	51,00±1,64	38,00±1,99 P < 0,05	74,00±2,42
3-я, n = 16	Питание (10-15 сут)	803,00±14,14 P < 0,001	54,00±1,88 P < 0,05	44,00±2,00 P < 0,001	82,30±2,53 P < 0,001
	Исходный	687,00±30,98	44,30±3,18	34,00±4,26	73,80±6,87
	Голодание (10-15 сут)	719,00±30,73	41,00±3,01	36,00±2,51	82,30±3,83
	Питание (10-15 сут)	766,00±36,37	45,00±3,53	36,00±3,33	79,40±3,45

Примечание. Р рассчитано по отношению к исходному фону своей группы, 2Р — по отношению 2-й группы к контролю, 3Р — по отношению 3-й группы к контролю.

Обозначения: ДМВ — динамическая мышечная выносливость; СМВ — статическая мышечная выносливость; Рм¹ — электродинамометрия кисти; Рм² — электродинамометрия кисти после 60 с удержания 0,5 Рм¹; Вк — коэффициент СМВ.

Представленные ниже физиологические исследования (сенсомоторные реакции, локomotorные функции, координация, тремор) больных со 2-й стадией алкоголизма в сопоставлении с группой больных шизофренией в динамике РДТ проведены Г.Бабенковым и В.Гурвичем.

Объект исследования составили 3 группы мужчин. 1-я группа (контрольная) состояла из 26 практически здоровых лиц, 2-я группа включала 12 больных с наркоманической стадией алкоголизма, 3-я группа – 16 больных вялотекущей шизофренией с невротизированными расстройствами и аффективной патологией.

Данные определения времени простой и сложной зрительно-моторной реакции (ВПЗМР и ВСЗМР), времени оценки (ВО = ВСЗМР-ВПЗМР) и времени простой акустико-моторной реакции (ВПАМР) представлены в таблице 1.

Обсуждение приведённых в таблице данных в сравнительном аспекте показывает, что исходные величины сенсомоторных реакций у больных с алкоголизмом (кроме ВО) сходны с цифрами здоровых лиц, а больных шизофренией по всем показателям выявляют более замедленное реагирование.

В периоде голодания в обеих группах больных в начале 3-й стадии (10-15-й день)

заметных сдвигов в сенсомоторных реакциях в сравнении с исходным уровнем не наблюдается, исключая обозначившуюся тенденцию к уменьшению времени оценки. В аналогичные сроки периода восстановительного питания отмечается достоверное ускорение или выраженная тенденция к ускорению сенсомоторных реакций (ВПЗМР, ВСЗМР, ВПАМР) по отношению к исходному фону. При этом время оценки у больных шизофренией достоверно уменьшается, а у больных алкоголизмом возвращается к исходному уровню.

Сравнительный подход к оценке динамики показателей сенсомоторных реакций во время РДТ у больных алкоголизмом и шизофренией подтверждает проявление при воздействии этого стрессового метода эффектов активации и нормализации.

Рассмотрение изменений мышечной деятельности в процессе РДТ у больных алкоголизмом и шизофренией в сравнительном аспекте иллюстрируется таблицей 2.

Согласно приведённым математическим сведениям, до лечения показатели локomotorных функций у больных обеих групп заметно не различались, были несколько ниже, чем у здоровых лиц, причём у больных

Таблица 2
Динамика показателей мышечной деятельности в процессе разгрузочно-диетической терапии больных алкоголизмом и шизофренией

Группа обследованных	Время исследования	Мышечная выносливость			
		ДМВ, ЕД за 120 с	Статическая мышечная выносливость		
			Рм ¹ , кг	Рм ² , кг	Вк, %
1-я (контроль), n = 26		726,05±12,52	52,15±2,24	43,65±2,48 2P < 0,01	80,83±2,53 2P < 0,01
2-я, n = 12	Исходный	700,00±17,32	47,00±2,36	31,00±1,98	66,00±2,71
	Голодание (10-15 сут)	687,00±14,11	51,00±1,64	38,00±1,99 P < 0,05	74,00±2,42
3-я, n = 16	Питание (10-15 сут)	803,00±14,14 P < 0,001	54,00±1,88 P < 0,05	44,00±2,00 P < 0,001	82,30±2,53 P < 0,001
	Исходный	687,00±30,98	44,30±3,18	34,00±4,26	73,80±6,87
	Голодание (10-15 сут)	719,00±30,73	41,00±3,01	36,00±2,51	82,30±3,83
	Питание (10-15 сут)	766,00±36,37	45,00±3,53	36,00±3,33	79,40±3,45

Примечание. Р рассчитано по отношению к исходному фону своей группы, 2Р — по отношению 2-й группы к контролю, 3Р — по отношению 3-й группы к контролю.

Обозначения: ДМВ — динамическая мышечная выносливость; СМВ — статическая мышечная выносливость; Рм¹ — электродинамометрия кисти; Рм² — электродинамометрия кисти после 60 с удержания 0,5 Рм¹; Вк — коэффициент СМВ.

2-й группы показатели мышечной выносливости Рм² и коэффициента Вк — достоверно ниже. В процессе РДТ более выраженные сдвиги двигательных функций обнаруживались у больных алкоголизмом.

Так, в периоде голодания в начале 3-й стадии у больных алкоголизмом выявлялась тенденция к понижению ДМВ и Рм¹ и достоверное повышение Рм². В то же время у больных шизофренией наблюдалась противоположная тенденция – к повышению ДМВ и Рм¹, стабильному состоянию Рм².

В периоде восстановительного питания в начале 3-й стадии все показатели двигательных функций и Вк у больных алкоголизмом достоверно возрастали, а у больных шизофренией имели лишь тенденцию к возрастанию.

В целом сравнительный подход к оценке динамики показателей двигательных функций во время РДТ у больных алкоголизмом и шизофренией подтверждает проявление при воздействии этого стрессового метода эффектов активации и нормализации.

(Окончание следует.)

Валерий ГУРВИЧ,
кандидат медицинских наук.
Московский НИИ психиатрии
Минздрава России.