

(Окончание.

Начало в № 92 от 04.12.2013.)

Сравнительная оценка показателей координации и тремора в течение разгрузочно-диетической терапии у больных алкоголизмом и шизофренией приведена в таблице 3.

Представленные цифровые данные показателей координации свидетельствуют о различии их в исходном фоне и в динамике в течение лечения у больных 2-й и 3-й групп больных.

До лечения у больных алкоголизмом количество ошибочных попаданий было достоверно больше, а коэффициент координации достоверно меньше, чем в группе здоровых. У больных шизофренией все показатели координации до лечения почти не отличались от данных контроля.

В периоде голодания в начале 3-й стадии у больных алкоголизмом отмечалась тенденция к возрастанию количества точных попаданий (Кт), снижению ошибочных попаданий (Кош) и достоверному повышению коэффициента координации Ск. У больных шизофренией сдвиги показателей координации имели лишь характер тенденции.

В периоде восстановительного питания, также в начале 3-й стадии у больных алкоголизмом сохранялась тенденция к возрастанию Кт и достоверно уменьшалось Кош и повышался коэффициент координации Ск. У больных шизофренией в этот срок лечения наблюдалась незначительная тенденция к повышению Кт, тенденция к увеличению Кош с некоторым превышением исходной величины и незначительное повышение Ск.

Показатель тремора до лечения у больных обеих групп достоверно превышал данные контрольной группы здоровых, причём у больных 2-й группы он был выражен достоверно больше по сравнению с 3-й группой больных.

В периоде голодания, в начале 3-й стадии, у больных алкоголизмом показатель тремора достоверно снижался по отношению к исходному уровню и ещё более (достоверно) снизился в начале 3-й стадии периода восстановительного питания, удерживаясь по средним цифровым данным выше величины контроля. У больных шизофренией этот показатель обнаружил аналогичную достоверную динамику в те же сроки периодов голодания и восстановительного питания. Но в периоде питания показатель тремора по средним данным выявил тенденцию к уменьшению ниже уровня здоровых лиц.

Данные исследования координации у больных алкоголизмом до лечения свидетельствовали о нарушениях у них процессов согласования, взаимоупорядочения активности мышц тела, связанных с центральной нервной системой, в том числе с функциями соразмерности, точности, направленности, подвижности ЦНС и внимания. РДТ способствует улучшению координации больных алкоголизмом, приближая её к показателям здоровых. У больных шизофренией после лечебного голодания отмечается лишь тенденция к улучшению координации.

Тремор до лечения отмечался у больных алкоголизмом, у которых он являлся патологическим, и был значительно повышен у больных шизофренией. В процессе РДТ, как в периоде голодания, так и в периоде восстановительного питания, отмечалось значительное уменьшение тремора с приближением его к норме у больных алкоголизмом и до нормального уровня у больных шизофренией. Следовательно, РДТ оказывает у больных алкоголизмом и шизофренией нормализующее влияние на показатели координации и тремора, что, возможно, связано с нормализующим воздействием РДТ на эмоциональное состояние и гипоталамические структуры.

Электрофизиологические исследования в процессе РДТ были проведены также у больных хроническим алкоголизмом в сравнении с группой больных шизофренией и опубликованы в ряде работ (клиническое ведение больных и запись электроэнцефалограммы осуществлены нами). В данной статье приводим отдельные ссылки из 2 публикаций.

В статье большой группы авторов (К.Судаков с соавт., 1986) указывалось: «Установлено, что при редукции патологической симптоматики более достоверные положительные сдвиги происходили в параметрах, характеризующих реакцию активации. Поскольку неспецифическая кортикальная активация модулируется лобными долями и их медиобазальными отделами, то обнаруженные изменения активационных процессов могут, вероятно, указывать на неполноценность этих контролируемых механизмов. Неполноценность лобных структур может явиться предпосылкой для возникновения неконтролируемых доминантных состояний, которые на основании клинических данных предполагаются у больных обеих групп».

Вместе с тем выявлены различия в электроэнцефалографических коррелятах двух выбранных нами типов доминантных состояний, более определённо проявляющиеся в периоде активации. У больных шизофренией – правой со стойкими субдепрессивными

расстройствами обнаружено преимущественное доминирование правого полушария с фокусом в теменно-затылочной зоне коры, что можно расценивать как преобладание нарушений сенсорного синтеза высших абстрактно-логических речевых форм интеллектуальной деятельности.

Наличие патологически устойчивых функциональных констелляций нейронов в задних отделах правого полушария при депрессиях предполагается и другими исследователями. Это может быть понято, если исходить из представлений о большой функциональной связи правого полушария с лимбическими структурами, участвующими в формировании эмоций.

В отличие от этого наблюдающиеся у больных алкоголизмом более симметричные изменения при активации, а также глобальные сдвиги на уровне межполушарных связей, вероятно, зависят от ведущей роли глобо-

стойкому подавлению патологической доминанты и лишь способствовало переходу её в скрытую форму. Это подтверждалось и клиническими данными, указывающими на возможность быстрого восстановления влечения к алкоголю у больных в дальнейшем.

Устойчивость патологической мотивации при алкоголизме по отношению к воздействию РДТ может быть обусловлена стойким изменением активности гипоталамических структур, играющих основную роль в механизмах развития патологического влечения к алкоголю».

Обобщая результаты лабораторных исследований у больных алкоголизмом, следует отметить, что, по данным биохимических исследований, во время голодания активизируется тиреотропная функция гипофиза и функциональная активность щитовидной железы, однако в периоде восстановительного питания уровень тироксинсвязывающих

ведение разгрузочно-диетической терапии с целью избавления от алкогольной зависимости и ведение трезвого образа жизни.

3. Активное участие пациентов в лечебном процессе, их взаимная поддержка, соблюдение необходимого при РДТ режима и строгого соблюдения восстановительного диетического питания.

4. Закономерности динамики клинического состояния:

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

– во 2-й стадии голодания – редукция вегетоневрологических проявлений (нормализация ночного сна, исчезновение тремора, пошатывания) с выравниванием аффективного фона;

– в 3-й стадии голодания – проявление

## Разгрузочно-диетическая терапия больных алкоголизмом

Таблица 3

Динамика показателей координации и тремора в процессе разгрузочно-диетической терапии больных алкоголизмом и шизофренией

Группа обследованных	Время исследования	Показатели координации и тремора			
		координация			тремор, ЕД за 60 с
		КТ (за 60 с)	Кош (за 60 с)	Ск, %	
1-я (контроль), n = 26		147,15 ± 3,26	11,65 ± 1,41 2P 0,05	92,28 ± 0,77 2P 0,001	56,40 ± 9,38 2P 0,001 3P 0,01
2-я, n = 12	Исходный	157,00 ± 7,86	19,00 ± 3,33	82,50 ± 1,64	157,00 ± 12,40
	Голодание (10-15 сут)	166,00 ± 5,46	12,00 ± 2,34	94,10 ± 1,00 P 0,01	110,00 ± 9,40 P 0,01
	Питание (10-15 сут)	177,00 ± 6,12	7,00 ± 1,55 P 0,01	95,90 ± 0,79 P 0,001	97,00 ± 7,35 P 0,001
3-я, n = 16	Исходный	140,00 ± 6,32	11,30 ± 2,74	90,30 ± 2,64	92,40 ± 7,36
	Голодание (10-15 сут)	150,00 ± 6,74	8,50 ± 1,79	95,00 ± 0,68	60,00 ± 8,40 P 0,01
	Питание (10-15 сут)	155,00 ± 10,57	13,00 ± 3,57	93,30 ± 1,71	49,70 ± 8,90 P 0,001

**Примечание.** P рассчитано по отношению к исходному фону своей группы, 2P – по отношению 2-й группы к контролю, 3P – по отношению 3-й группы к контролю.

**Обозначения:** Кт – количество точных попаданий в точечные контакты за 60; Кош – количество ошибочных попаданий в плато за 60; Ск – коэффициент координации; Тремор – степень тремора в ЕД за 60.

ких срединных структур в возникновении устойчивой психофизической зависимости от алкоголя».

В работе М.Титаевой с соавт. (1999), посвящённой изучению ЭЭГ-коррелятов взаимодействия пищевой доминанты (лечебное голодание) и патологических устойчивых состояний у больных шизофренией и алкоголизмом, в заключении отмечалось:

«В настоящем исследовании прослежена динамика ЭЭГ-особенностей двух типов устойчивых патологических состояний при их взаимодействии с достаточно сильной, длительно существующей пищевой доминантой, создаваемой лечебным голоданием (РДТ). Основные данные получены на основании изучения системы взаимосвязей активированных светом ЭЭГ (методом знаковой корреляции). Обнаружен факт увеличения выраженности патологических констелляций взаимосвязей ЭЭГ под влиянием внешнего раздражителя (до и в начале РДТ), что согласуется с известными представлениями о свойствах доминантных очагов».

Перестройка деятельности мозга, происходящая при конкурентном взаимодействии патологического и лечебного доминирующих состояний, сопровождалась прежде всего изменениями в эмоциональной сфере. Эти клинические факты, отмеченные у больных 2 групп, находятся в соответствии с известными данными о биологической роли эмоций во всех адаптивных реакциях организма».

И далее:

«У больных с наркоманической стадией алкоголизма возникающее на РДТ уменьшение эмоционально-мотивационных расстройств сочеталось с более слабыми, недостоверными изменениями мощности  $\theta$ -диапазона в начале лечебного голодания и преходящей редукцией отклонений в кросскорреляционных связях, активированных светом ЭЭГ. На конечных стадиях лечения у этого типа больных частично восстанавливалась исходная патологическая картина системы взаимосвязей активированной светом ЭЭГ, несмотря на определённую динамику мощности её частотных диапазонов, с тенденцией к увеличению  $\alpha$ -активности в конце восстановительного питания (как и у 1-й группы больных).  
...РДТ здесь не приводило к достаточно

глобулинов снижается до исходных цифр. Содержание других гормонов (тестостерона, эстрогенов, прогестерона, кортизола в крови и 17КС, 17ОКС в моче), снижаясь в периоде голодания, выявляло тенденцию к увеличению в периоде восстановительного питания, но уровень тестостерона, эстрогенов, прогестерона оставался ниже данных исходного фона».

Полученные данные свидетельствуют о снижении адаптационных возможностей, выявляющихся в процессе стрессорного терапевтического воздействия, о сниженной потенциальной возможности, о наличии более выраженных гормональных дисфункций у больных алкоголизмом».

По данным физиологических исследований, оценка динамики показателей сенсорных реакций во время РДТ у больных алкоголизмом, динамики показателей двигательных функций подтверждает проявление при воздействии этого стрессового метода эффектов активации и нормализации. Лечебное голодание способствует улучшению и нормализации показателей координации и тремора больных алкоголизмом, приближая их к показателям здоровых, то есть оказывает нормализующее влияние, что, возможно, связано с нормализующим воздействием РДТ на эмоциональное состояние и гипоталамические структуры».

Рассмотрение данных электроэнцефалографических исследований у больных алкоголизмом свидетельствует о происходящей во время голодания перестройке деятельности мозга, об изменениях при активации, о глобальных сдвигах на уровне межполушарных связей, об изменениях в эмоциональной сфере и переходе патологической доминанты в скрытую форму».

Таким образом, разработка современного эффективного варианта разгрузочно-диетической терапии больных преимущественно с I начальной («неврастенической») и II средней («наркоманической») стадиями хронического алкоголизма должна учитывать и включать выявленные ранее отечественными учёными и врачами клинические и лабораторные наблюдения, особенности и эффекты. К ним могут быть отнесены:

1. Установка на полное воздержание от приёма алкоголя и трезвый образ жизни.
2. Положительная настроенность на про-

полного отсутствия влечения к алкоголю (феномен «выраженной редукции влечения к алкоголю») с ровным настроением в течение недели, сменяющееся появлением физической астении;

– в 1-2-й стадиях восстановительного питания – эмоциональное оживление с выраженной гипертимонностью, часто с эйфорическим оттенком (при наличии знаков органического поражения ЦМС), психической расторможенности, кратковременным появлением (возвращением) влечения к алкоголю;

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

5. Динамика личностных особенностей под действием РДТ: от некритичной, «алкогольной» оценки своего заболевания до восстановления критически осознанного понимания алкогольной зависимости. Переоценка ценностей от алкогольно изменённой личности до уменьшения эгоцентризма и восстановления интересов к семье, жизни окружающих людей, работе».

6. Оздоровление соматического статуса с избавлением от имевшихся «болезней адаптации», нарушениях эндокринных функций, остаточных явлений поражения ЦНС и сопровождающих нервно-психических нарушений, обусловленных, в том числе, дисфункциями гипоталамо-лимбического уровня».

7. Проведение в динамике РДТ психотерапевтических методов (рациональная, гипнотическая, суггестивная психотерапия) с учётом повышения психотерапевтической доступности и податливости к психотерапии, эффектов «активации» и «нормализации», особенно на заключительном этапе лечения – с целью доминирования отрицательного отношения к алкоголю и установки на трезвый образ жизни».

Валерий ГУРВИЧ,  
кандидат медицинских наук.

Московский НИИ психиатрии  
Минздрава России.