

Количественная характеристика потребления этанола при развитии разных типов течения алкогольной болезни

НИКОЛАЕНКО В.Н. к.м.н., главный нарколог Комитета по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга

В результате обследования 320 больных алкоголизмом мужчин были установлены статистически достоверные различия в скорости роста массивности месячных объемов потребляемого алкоголя (ПА) при разных типах течения алкогольной болезни. Так, при злокачественном, быстропрогредиентном типе заболевания в течение 3–5 лет месячный объем ПА достигал 20–30 л/мес 40% об. алкоголя, в то время как при умеренно прогредиентном варианте алкоголизма после 12–20 лет злоупотребления спиртным объем ежемесячного ПА колебался в пределах 4–16 л/мес.

Полученные данные предположительно являются косвенным отражением различной активности биохимических спиртокисляющих систем и толерантности к алкоголю у больных алкоголизмом с различными темпами течения заболевания. Подчеркивается практическая значимость выявленных различий ПА для терапии.

В здоровом организме процессы расхода и восполнения энергоресурсов сбалансированы. Регулярное употребление различных доз алкоголя приносит дополнительный энерговклад в жизнеобеспечение организма, что должно приводить к перераспределению окислительного потенциала его энергообеспечивающих систем.

Известно, что зависимость от такого энергосодержащего продукта, как алкоголь (синдром алкогольной зависимости), может сформироваться у лиц, употребляющих как большие, так и относительно малые дозы спиртного. В наркологической клинике резистентность организма к действию психоактивных веществ в основном отождествляется с толерантностью к ним. Однако механизмы индивидуальной устойчивости к действию алкоголя остаются пока малоизученными.

В многочисленных определениях понятия *болезнь* общим является указание на нарушение жизнедеятельности организма, основой которой является обмен веществ и энергетический обмен [8]. С целью изучения взаимосвязи между характером массивности злоупотребления таким энергонесущим продуктом, как алкоголь, формированием и течением алкогольного заболевания в клинике лечения больных алкоголизмом НИИ им. В.М. Бехтерева было проведено исследование объемов спиртного, потреблявшегося больными алкоголизмом мужчинами с различными типами течения заболевания.

Материал и методы

Было обследовано 320 мужчин в возрасте от 23 до 64 лет, имевших все признаки развернутой стадии алкоголизма [3] и/или синдрома алкогольной зависимости (по МКБ-10). Продолжительность заболевания, принимая во внимание давность возникновения алкогольного абстинентного синдрома (ААС) колебалась у них от 3 до 32 лет. В анамнезе у 12,2% (39 чел.) в структуре ААС имелись судорожные припадки, а у 10% (32 чел.) — острые алкогольные психозы. Ранее по поводу алкоголизма лечились 49% (157 чел.) больных, составивших обследуемую группу, из них ремиссию свыше года имели 35,7% (56 чел.) больных.

Для разделения больных на группы использовалась классификация типов течения болезни, применяемая в клинике института, дополненная показателем алкоголизации — объемом ПА, отражавшим количество употребившихся пациентами алкогольных напитков в течение

месяца (л/мес), в пересчете на 40-градусный алкоголь, т.е. содержащих 40 объемных процентов (об. %) чистого алкоголя.

Клинический метод исследования больных дополнялся данными специально разработанной анкеты-опросника, в которой, с учетом возраста, фиксировались: суточные дозы употреблявшегося спиртного, темпы нарастания доз, ритм смены периодов злоупотребления и воздержания, а также характер опьянения. Опрос больных проводился уже после устранения интоксикационной симптоматики и проявлений ААС.

Осознавая относительную точность сведений, сообщаемых пациентами, необходимо подчеркнуть тем не менее, что это единственный способ получения информации об истории возникновения, развития и течения заболевания — анамнез заболевания. При определенной подготовке и усилиях исследователя сбор анамнеза является достаточно информативным и достоверным методом [2], широко используемым как в России, так и за рубежом при обследовании больных алкоголизмом [3, 9].

Результаты и их обсуждение

В результате проведенной работы все обследованные по типу течения (прогредиентности) заболевания были разделены на 4 группы (табл. 1). В 1-ю группу со злокачественным типом течения включены 16,5% больных в возрасте от 23 до 27 лет с давностью сформировавшегося ААС 4,2 1,1 года и величиной ПА 26,4 4,1 л/мес. Вторую группу с выраженно-прогредиентным типом течения составили 32,7% больных в возрасте от 28 до 47 лет с давностью ААС 8,4 3,1 года и ПА 22,3 5,2 л/мес. Умеренно прогредиентный тип течения заболевания (3-я группа) выявлен у 25,4% пациентов в возрасте от 32 до 54 лет с давностью ААС 16,1 4,2 года и ПА 10,3 6,3 л/мес. Слабо прогредиентный тип течения (4-я группа) выявлен также у 25,4% пациентов в возрасте от 41 до 64 лет, с давностью ААС 18,3 7,3 года и ПА 15,3 4,7 л/мес.

Необходимо подчеркнуть, что клинически выделенные группы значительно различались по возрасту. Так, средний возраст пациентов в 1-й группе составлял 25 0,8, во 2-й — 37 4,8, в 3-й — 42 5,8 и в 4-й — 52 7,9 года.

Приведенные данные показывают, что быстрее всего формировалась алкогольная зависимость и заболевание

Массивность злоупотребления алкоголем при различных типах течения алкоголизма

Показатели	Группы больных алкоголизмом с различным типом течения заболевания			
	Злокачественный тип течения	Выраженно прогрессивный тип течения	Умеренно прогрессивный тип течения	Слабо прогрессивный тип течения
Возраст больных (лет)	23—27	28—47	32—54	41—64
Продолжительность ААС (лет)	4,2 1,1	8,4 3,1	16,4 4,2	18,2 7,9
Показатель алкоголизации — ПА (л/мес)	26,4 4,1	22,3 5,2	10,0 6,3 P _{1,3} 0,05 P _{2,3} 0,05	15,3 4,7 P _{1,4} 0,1 P _{2,4} 0,5
Количество больных (% от всех обследованных)	16,5%	32,7%	25,4%	25,4%
Примечание. P _{1,3} ; P _{2,3} ; P _{1,4} — вероятность различий, соответственно, между: 1-й и 3-й группами больных; 2-й и 3-й группами; 1-й и 4-й группами.				

протекало злокачественнее у пациентов 1-й группы, у которых сроки формирования ААС были самыми короткими. В этой группе также отмечалось самое массивное ежемесячное ПА. Сроки формирования АЗ и продолжительность компенсированного злоупотребления во 2-, 3- и 4-й группах были значительно длиннее.

Слабо прогрессивный тип течения алкоголизма был выявлен у больных 4-й группы, состоявшей в основном из лиц пожилого возраста. Хотя эта группа и характеризовалась самым продолжительным периодом АЗ, индекс ПА был почти в 2 раза меньше, чем в 1-й и 2-й группах. Конечно, эти данные только подтверждают мнение о том, что злоупотребление алкоголем, начавшееся в молодые годы, приводит к быстрому формированию алкогольной зависимости, стремительному росту толерантности, ослаблению и утрате количественного и ситуационного контроля, что отражается в величине ПА и показателях ранней психосоматической и социально-трудовой декомпенсации. У мужчин старшего возраста (3-я и 4-я группы) сроки формирования и развития перечисленной симптоматики “растягиваются” на многие годы.

Представляется необходимым указать на существенную возрастную неоднородность групп. Так, если в 1-й группах в возрасте составляла лишь 4 года, то во 2-й по достижении 19 лет, а в 3-й и 4-й даже 22 и 24 лет соответственно наряду с преобладанием в этих (3- и 4-й) группах пациентов старших возрастов.

Отличия изучаемых показателей в каждой из указанных групп можно было бы объяснить биологическими особенностями возрастных групп, различиями уровней личностной и социальной зрелости или индивидуальной чувствительности пациентов к алкоголю. Предпринимались попытки связать скорость прогрессивности заболевания с активностью ферментативных систем, утилизирующих в организме алкоголь.

Однако анамнестическое изучение наследственности, образовательного уровня и социально-трудового статуса не выявило достоверных различий в выделенных группах больных. Проведенные нами ранее исследования активности алкогольдегидрогеназы крови в разных возрастных группах больных алкоголизмом не установили заметной зависимости активности этого фермента от возраста [5].

Таким образом, проведенное исследование позволяет считать, что темпы развития алкоголизма до настоящего поступления в клинику, зависят от возраста начала зло-

употребления, изначальной толерантности к спиртному и динамики роста массивности потребления алкоголя.

Последний из перечисленных факторов, по-видимому, играет ведущую роль как в становлении заболевания, так и в особенностях его проявления. Хотя периоды трезвости (воздержания) и злоупотребления алкоголем имели значительные индивидуальные различия, но самые короткие периоды ремиссий установлены у больных 1-й группы. Строгая периодичность алкоголизации и воздержания отмечалась в каждой группе лишь в единичных случаях.

Для объяснения обнаруженных фактов можно высказать ряд предположений. Так, одно из них заключается в том, что прием массивных доз алкоголя и быстрый темп их нарастания зависят от индивидуальных генетических особенностей больных алкоголизмом, которые сказываются на состоянии медиаторных систем в центральной нервной системе [1] и при сформированной зависимости от алкоголя успешно компенсируют этот статус лишь приемами спиртного [4, 7]. При этом важную роль в патогенезе может играть состояние клеточных мембран, так как при частом потреблении массивных доз алкоголя происходит их “разжижение”, нарушающее проницаемость мембран, их возбудимость и все виды обмена веществ в клетках [10], что также, по-видимому, компенсируется регулярными приемами увеличивающихся доз спиртного. Формируется замкнутый порочный круг зависимости, вызывая злокачественное течение болезни. Вместе с тем, в зрелом возрасте адаптивные возможности организма снижаются и такие пациенты уже не могут употреблять большие дозы алкоголя, что замедляет скорость развития заболевания.

Другое предположение связано с тем, что в молодом возрасте, когда жизненный опыт незначителен и влияние социальных ограничителей слабо, организм обладает высокими окислительно-восстановительными возможностями, для алкогольных эксцессов в компаниях часто свойственен дух соперничества, что приводит к потреблению массивных доз спиртного и продолжительным периодам злоупотребления. Завершаются они, как правило, лишь из-за выраженной симптоматики отравления, появляющейся вследствие истощения спиртоксилирующих систем организма [6].

Длительное избыточное потребление алкоголя ведет, в конечном счете, к торможению и деградации системы эндогенного синтеза необходимых метаболитов [7] и к

адаптационному усилению механизмов катаболизма этанола и ацетальдегида, т.е. к такой ситуации в обмене веществ, когда внешний источник поступления этанола в организм становится жизненно необходимым [4].

Высказанные предположения не исключают других толкований полученных фактов и необходимости дальнейших исследований роли возрастного фактора, доз принимаемого спиртного и темпов нарастания алкоголизации в развитии самой алкогольной болезни. При проведении таких исследований особое внимание следует уделять анализу биохимической индивидуальности пациентов.

Список литературы

1. Анохина И.П., Коган Б.М. Функциональные изменения нейро-медиаторных систем при хроническом алкоголизме // Итоги науки и техники. ВИНТИ, Токсикология. — 1984. — Т. 13. — С. 151—178.
2. Древалъ А.В. Диагностика болезней: Метод интервью. — М., 1994. — 160 с.
3. Иванец Н.Н., Нойман. // Руководство по психиатрии / Под ред. Морозова Г.В. В 2-х томах. Алкоголизм. Т. 2. — М., 1988. — С. 113—143.
4. Кершенгольц Б.М. Основные биохимические механизмы влияния экзогенного этанола на обмен веществ в организме // Этанол и его метаболиты в высших организмах. — Якутск: ЯНИ СО АН СССР. — 1990. — С. 106—125.
5. Николаенко В.Н. О возможной роли алкогольдегидрогеназы в формировании этанолзависимости человека // Доклады Академии наук. — 1998. — Т. 363, №1. — С. 130—132.
6. Николаенко В.Н. Роль алкогольдегидрогеназы крови в патологическом влечении к алкоголю // Военно-медицинский журнал. — 2000. — Т. СССXXI, №12. — С. 4—6.
7. Островский Ю.М., Сатановская В.И., Садовник М.Н. Биологический компонент в генезе алкоголизма. — Минск: Наука и техника. — 1986. — 93 с.
8. Уголев А.М., Ротбиль О.С. Гормоны пищеварительной системы: функция, патология, теория функциональных блоков / РАН, отделение физиологии. — М.: Наука. — 1995. — 283 с.
9. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Г., Хайман С.Е. Наркология. — СПб., 1998. — 317 с.
10. Шабанов П.Д., Калишевич С.Ю. // Биология алкоголизма. — СПб., 1998. — 272 с.

QUANTITY CHARACTERISTIC OF MONTHLY ALCOHOL CONSUMED BY ALCOHOL-DEPENDENT PATIENTS WITH DIFFERENT TYPES OF DISEASE PROGRESSION

NIKOLAENKO V.N. Cand.med.sci., head narcologist of the Sankt-Peterburg Health Comitee

A difference in the growth rate of monthly volumes of consumed alcohol massiveness in different types of the alcoholism course was determined as a result of the examination of 320 males with alcohol dependence. It was established that in malignant type of the disease progression the monthly volume of consumed alcohol (CA) reached 20 to 30 l of 40 volume per cent strong alcohol per month (l/mo), whereas in the moderately progressive type of the disease course CA fluctuated within the limits of 4 to 16 l/mo after 12 to 20 years of alcohol abuse. The significance of the findings considerable difference in the rate of disease course and massiveness of alcohol consumed in persons with the same diagnosis. The results of the study may be an indirect reflection of the activity of alcohol-oxidizing systems.