
КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

Тесленко О.О., Григорова А.О., Тесленко Н.І.
Харківський національний медичний університет

Широко відомо, що у більшості випадків при хронічній алкогольній інтоксикації (ХАІ) патологія нервової системи визначає клініку та прогноз захворювання, чим й обумовлено актуальність вивчення її основних сучасних клініко-діагностичних та патогенетичних закономірностей формування та розвитку.

У дослідження залучено 120 чоловіків віком 20–53 років із ХАІ поза абстинентного синдрому, які зловживали алкоголем 5 років та більше. Урахування лише тільки основних неврологічних синдромів, які виділено у обстежених, свідчить про багаторівневу зацікавленість нервової системи та раннє формування її порушень із наступним прогресивним перебігом. Клінічна картина хронічної енцефалопатії визначалася наявністю комплексу об'єктивних і суб'єктивних неврологічних розладів і була виявлена у всіх обстежених. Її основні синдроми складаються: астенічний (100%), атактичний (75,8%), цефалгічний (65,8%), пірамідний (50,8%), аміостатичний (35%), пароксизмальні розлади. Так, найпоширеніший атактичний симптомокомплекс представлено вестібуло-атактичними (28,3%) і мозочково-атактичними (47,5%) порушеннями. Із збільшенням термінів зловживання алкоголем відзначалося зростання частоти і виразності його симптомів. Особливістю цефалгічного синдрому є поліморфність, мінливість, у більшості випадків зв'язок з відсутністю прийому спиртного, на тлі емоційного стану астенічного, тривожно-депресивного характеру. У клінічному оформленні головного болю приймають участь вазомоторні механізми, токсико-метаболічні порушення, венозна дисгемія, внутрішньочерепна гіпертензія, які підтверджені інструментальними та біохімічними дослідженнями. У хворих із меншими строками зловживання алкоголем (до 10 років) цефалгічний синдром переважав у вигляді сполучення вазомоторної й токсико-дисметаболічної цефалгії. При прогресуванні захворювання найчастіше діагностували цефалгії напруження, гіпертензійну цефалгію, а також цефалгію, яка пов'язана із венозною дисциркуляцією, що підтверджувалося додатковими методами обстеження. Особливістю пірамідного синдрому була помірна його маніфестація. Найчастіше відзначали ураження VII і XII пари ЧМН за центральним типом, широко були представлені субкортикальні рефлексії і координаційні сінкінезії в області обличчя хворих. Окорухові порушення, що виявлені в 76,7% хворих, свідчать про зацікавленість стовбурних структур і наявність лікворної дисциркуляції. У 35% пацієнтів спостерігали легкий акінетико-ригідний синдром, що вказує про залучення в патологічний процес підкіркових утворень головного мозку. Серед пароксизмальних розладів відзначали судомний синдром (15% хворих) та синдром амнезії, що набувала вигляду палімпсестів і мала місце у всіх пацієнтів. Найбільш яскраві прояви вегетативної дисфункції були в емоційній сфері. Було виділено два типи плинну ВСД – перманентний (18,3%), який частіше мав місце в хворих з меншими строками зловживання і пароксизмальний (42,5%), який переважав при більш значній тривалості захворювання зі збільшенням кількості пароксизмів, що вказує на тенденцію до прогресування. Диссомнічний синдром ми спостерігали в 57,5% хворих. Когнітивні розлади мали тенденцію до прогресивності та насамперед виявлялися у вигляді розладів пам'яті переважно на поточні події, порушення уваги, неможливості зосередження.

Рекомендована література:

1. Тесленко О.О. Особливості алкогольної енцефаломієлополінейропатії: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.15 / Харків, 2003. – 20 с.
2. Полищук Е.А. Алкогольная интоксикация в клинике неотложной нейрохирургии и неврологии / Е.А.Полищук, Г.А. Педаченко, Л.Л. Полищук. – Киев. – 2000. – 208 с.
3. Руководство по наркологии / [под ред. Н.Н. Иванца]. – М.:ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2002. – Т. 2. – 504 с.
4. Алкогольная и наркотическая зависимость (Практическое руководство для врачей) / [Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н.]. М.:ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2002. – 328 с.