

Нарушения зрительных функций у больных хроническим алкоголизмом

МОШЕТОВА Л.К.

д.м.н., профессор, академик РАМН, зав. кафедрой офтальмологии с курсом детской офтальмологии и курсом офтальмоонкологии и орбитальной патологии РМАПО

САВЧЕНКО Л.М.

к.м.н., профессор кафедры наркологии РМАПО

ГУСОВА М.К.

аспирант кафедры офтальмологии РМАПО

ТУМАНОВА А.В.

главный врач межрайонного наркологического диспансера, г. Железнодорожный

Проведено обследование органа зрения у 92 больных хроническим алкоголизмом. Офтальмологическое обследование включало офтальмоскопию, периметрию на белый, красный, зеленый цвета. По результатам исследования органа зрения все пациенты были разделены на 3 группы. У больных 1-й группы наблюдались незначительные изменения на глазном дне, исчезающие к концу лечения. Концентрическое сужение периферического поля зрения наблюдалось у больных 2-й и 3-й групп. Следует отметить, что стойкие нарушения со стороны органа зрения сохраняются у пациентов, перенесших алкогольные психозы.

Введение

Клиническая практика свидетельствует о том, что поражения органа зрения при хронической интоксикации алкоголем носят полиморфный характер и проявляются снижением остроты зрения, нарушением восприятия света, цвета, темновой адаптации и другими изменениями вплоть до атрофии зрительно-нервного аппарата с полной утратой зрения [3, 4].

Анализ доступной литературы показал, что наиболее часто в клинике встречается частичная атрофия зрительного нерва [2], обозначаемая в большинстве случаев как *табачно-алкогольная амблиопия*. Под этим термином, как правило, подразумевается токсический неврит зрительного нерва с вовлечением в процесс папило-макулярного пучка. При этом большинство исследователей единодушно указывает на тот факт, что степень поражения органа зрения нарастает в зависимости от выраженности и тяжести хронической интоксикации алкоголем, не проводя, однако, четкой корреляции нарушений зрения со стадией алкогольной болезни.

Объект и методы исследования

Нами было проведено обследование 92 больных алкоголизмом, находящихся на стационарном лечении в Межрайонном наркологическом диспансере г. Железнодорожного Московской области, в возрасте от 20 до 67 лет. Среди больных преобладали лица в четвертом (42 чел.) и пятом (30 чел.) десятилетиях. Состояние органа зрения у каждого из них исследовалось трижды: в постинтоксикационном периоде (на 2—3-и сутки после поступления), через 5—7 дней после купирования состояния постинтоксикации или абстинентного синдрома и через месяц от начала лечения.

Всем пациентам проводили визометрию, периметрию на белый, зеленый и красный цвета, исследование критической частоты слияния мельканий (КЧСМ), офтальмоскопию, т.е. те обследования, которые были возможны в условиях наркологического отделения.

Результаты и обсуждение

По результатам исследования органа зрения больные были разделены на 3 группы.

Первую группу составили 20 больных алкоголизмом, у которых не обнаружено каких-либо нарушений со стороны органа зрения.

Вторая группа насчитывала 48 больных и характеризовалась наличием нарушений со стороны органа зрения, но исчезновением их к концу 1-го, началу 2-го месяца лечения.

Третья группа больных состояла из 24 чел., у которых нарушения органа зрения оказались стойкими. Следует отметить, что практически у всех больных возраст начала злоупотребления алкоголем составлял от 20 до 25 лет, все они употребляли водку, купленную в коммерческих ларьках.

Возраст больных 1-й группы от 25 до 35 лет с длительностью злоупотребления алкоголем от 5 до 10 лет, с 1—2-й и 2-й стадиями заболевания и суточным потреблением алкоголя в среднем 500—700 мл водки. Форма употребления алкоголя у больных этой группы характеризовалась псевдозапойными состояниями длительностью от 2—3 до 4—5 дней.

Клинические проявления алкоголизма у больных 2-й группы характеризовались наличием 2-й развернутой стадии заболевания с длительностью злоупотребления алкоголем от 10 до 17 лет. Суточное потребление алкоголя составляло у них от 700 до 1200 мл водки, форма злоупотребления алкоголем — постоянная (11 больных) или псевдозапойная, с длительностью периодов употребления алкоголя до 6—7 дней. У 19 из 48 больных этой группы было диагностировано поражение печени в форме алкогольной жировой дистрофии или алкогольного персистирующего гепатита. У 21 больного в анамнезе имели место abortивные делириозные эпизоды, у восьми — очерченные алкогольный делирий.

Третью группу характеризовали следующие клинические проявления алкоголизма: 2—3-я и 3-я стадии заболевания с длительностью злоупотребления алкоголем до 20 и более лет с безремиссионным течением заболевания. На момент обследования толерантность у большинства из них имела тенденцию к снижению, но составляла, как правило, около 500—700 мл водки. Однако у 12 больных имело место более заметное снижение толерантности. Форма употребления алкоголя чаще всего была либо «перебегающей», либо приближалась к истинным запоям с падением толерантности к концу запоя. У всех больных было диагностировано алкогольное поражение печени в виде хронического алкогольного персистирующего или

прогрессирующего гепатита. У 14 больных имели место развернутые алкогольные делирии.

Больные 1-й группы наблюдались в остром периоде интоксикации, у них отмечались незначительные изменения на глазном дне в виде «алкогольной ангиопатии» сужения артерий, расширения вен сетчатки ($a/v=2/5$), но эти изменения исчезали к моменту повторного осмотра на 5–7-е сутки и носили функциональный характер.

Во 2-й группе больных снижение остроты зрения от 0,4 до 0,1 определялось у 23 пациентов, в пределах нормы у 11 пациентов, в пределах сотых у 14 пациентов. При офтальмоскопическом обследовании отмечаются изменения цвета дисков зрительных нервов и изменение калибра сосудов сетчатки (сужение или расширение, неравномерность диаметра, извитость) на глазном дне, преобладали явления оптического неврита с умеренно выраженной гиперемией диска зрительного нерва. При определении поля зрения на белый цвет у 48 больных были выявлены различные дефекты. Так, у 21 больного определены центральные скотомы в 5–300 от центра фиксации, которые носили абсолютный или относительный характер. Периферическое сужение границ поля зрения отмечено у шести обследованных, а увеличение размеров слепого пятна у 17 чел. При проведении периметрии на зеленый цвет выявили небольшое сужение периферических границ на 5–100 у большинства обследованных. Следует отметить то, что к концу лечения вышеперечисленные изменения исчезали.

У больных 3-й группы острота зрения от 0,4 до 0,1 определялась у 10 пациентов, в пределах сотых — у 13 пациентов. При офтальмоскопическом обследовании была диагностирована частичная деколорация диска зрительного нерва. У 14 больных, перенесших алкогольный делирий, выявлено концентрическое сужение периферического поля зрения на красный, несколько меньше — на зеле-

ный цвет. У семи больных выявлены центральные скотомы в 5–300 от центра фиксации, увеличение размеров слепого пятна у пяти больных. Показатели КЧСМ 22–34 Гц при интоксикации алкоголем, по нашим данным, несколько выше, чем при патологии зрительного нерва неалкогольной этиологии. Анализ полученных результатов показал значительное сужение периферических границ поля зрения и зависимость этих изменений от стадии алкогольного заболевания. В третьей группе больных изменения оказались стойкими, несмотря на проведенный курс терапии.

Согласно приведенным, далеко не полным данным, наиболее тяжелым органическим поражением глаз при хроническом алкоголизме, угрожающим потерей зрения, является частичная атрофия зрительных нервов. В случае прогрессирования алкоголизма прогрессируют изменения со стороны органа зрения, следствием которого является частичная атрофия зрительных нервов. Результаты проведенных нами исследований свидетельствуют о диагностической значимости выявления офтальмологических проявлений хронического алкоголизма для своевременного проведения лечения в наиболее ранние сроки заболевания, когда изменения носят функциональный характер и обратимы.

Список литературы

1. Иванец Н.Н. Лекции по наркологии. — М.: Нолидж, 2000.
2. Линник Л.Ф., Шигина Н.А., Куман И.Г. и др. Лечение первичной атрофии зрительного нерва на фоне сосудистой недостаточности методом магнитостимуляции// Офтальмохирургия. — 1992. — №3. — С. 57–62.
3. Можеренков В.П., Шамсулла Базай. Токсическое поражение зрительного нерва// Вестник офтальмологии. — 1996. — №1. — С. 54–55.
4. Скрипниченко З.М. О вредном влиянии алкоголя на орган зрения// Вестник офтальмологии. — 1987. — №3. — С. 73–75.

MOSHETOVA L.K.	Dr.med.sci., professor, Academician RAMS, Russian Medical Academy of Postgraduate education, Moscow
SAVCHENKO L.M	Dr.med.sci., professor, Russian Medical Academy of Postgraduate education, Moscow
GUSOVA M.K.	Postgraduate researcher, Russian Medical Academy of Postgraduate education
TUMANOVA A.V.	narcology dispensary, Geleznodorogny, Moscow region

A function of the eye has been studied in 92 patients who suffered from chronic alcoholism. The study was performed with the help of ophthalmoscope, perimeter for white, green, red colors. The patients were divided into 3 groups. In 20 patients with the first stage of chronic alcoholism no pathology of peripheral vision was found. Concentric constriction of peripheral vision of various degree for white is recorded in all patients and in almost all for red and green at 2, 3 group. Especially strong disorders of both peripheral vision and vision are recorded in patients who suffered prolonged alcoholic psychosis in the past.