

Клиническая коморбидность психоневрологических проявлений алкоголизма у женщин

БОХАН Н.А.¹

д.м.н., профессор, зам. директора по научной работе НИИПЗ СО РАМН,
руководитель отделения аддитивных состояний;
главный внештатный нарколог г.Томска,
e-mail: redo@mail.tomsknet.ru

МАНДЕЛЬ А.И.¹

д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник отделения аддитивных состояний НИИПЗ СО РАМН, Томск

АНКУДИНОВА И.Э.²

к.м.н., главный врач клиники НИИ физиологии СО РАМН, Новосибирск

ТРЕСКОВА И.А.¹

врач невролог отделения аддитивных состояний НИИПЗ СО РАМН, Томск

КИСЕЛЬ Н.И.¹

врач психиатр-нарколог отделения аддитивных состояний НИИПЗ СО РАМН, Томск

¹ — Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ психического здоровья Сибирского отделения РАМН, 634014, Томск, ул.Алеутская, 4, тел.: (382-2) 72-43-79, факс: (382-2) 72-44-25, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru

² — Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ физиологии Сибирского отделения РАМН, 630117, г.Новосибирск, ул. Арбузова 6, т/ф.: 332-50-10, e-mail: kif@inbox.ru

Проведённое клинико-неврологическое исследование 155 женщин, страдающих алкоголизмом, выявило широкий спектр осложнений, связанных с хронической алкогольной интоксикацией — от вегетативной дисфункции до «неврологического дефицита», которые выражаются астеническим синдромом, вестибулярными нарушениями, растущей прогрессивностью психоорганических расстройств, а также разнообразной рассеянной неврологической симптоматикой.

Ключевые слова: алкоголизм у женщин, неврологические расстройства, коморбидность, прогрессивность

Введение

Произошедшие за последние десятилетия социально-экономические перемены (увеличение занятости женщин, изменение их социального статуса, модификация социальных норм и расширение социальной приемлемости потребления алкоголя) способствовали сокращению гендерных различий в распространённости потребления алкоголя. Число женщин, страдающих алкогольной зависимостью, значительно возросло при стойкой тенденции к снижению возрастного порога, соответственно актуальность исследования особенностей женского алкоголизма в настоящее время высока как никогда [7, 10, 12, 23].

Данные современных исследований свидетельствуют о том, что женщины более подвержены алкогольиндуцированному повреждению мозга, чем мужчины. Мнестические функции у женщин ухудшаются раньше и в большей степени, чем у мужчин. Кроме ослабления памяти женщины хуже выполняют когнитивные тесты, у них быстрее снижается объём перцептивного внимания, выявлена тенденция к более раннему снижению вербального интеллекта [11]. Су-

ществуют доказательства того, что поведенческие аспекты алкоголизма прогрессируют более быстрыми темпами среди женщин [17].

При сопоставлении токсикогенной симптоматики, соматоневрологической патологии и когнитивных нарушений у женщин установлено, что алкоголизм, осложнённый алкогольными психозами, отличается повышенной чувствительностью нервной ткани и печени к действию алкоголя, цирроз печени и атрофия мозга развиваются на несколько лет раньше, чем у мужчин, употребляющих такие же дозы этанола [1, 15, 18, 24].

Известно, что неврологические осложнения связаны как с прямым токсическим действием алкоголя, так и с его опосредованным действием (через нарушение питания или нарушение водно-электролитного баланса, поражение печени). Важную роль играют индивидуальная чувствительность и сопутствующие заболевания. Поэтому чёткое соответствие между тяжестью алкоголизма (или количеством потребленного спирта) и выраженностью неврологических проявлений прослеживается не всегда. При этом на ранних стадиях заболевания преобладают функциональные изменения, позволяющие достаточно быст-

рое восстановление нарушенных функций благодаря прекращению употребления алкоголя и лечению, а для более поздних стадий характерны структурные изменения в головном мозге, связанные не только с алкогольной интоксикацией, но и с преморбидными и коморбидными расстройствами неалкогольного генеза [6]. Это подтверждается научными исследованиями, которые выявили нейропсихологические нарушения в виде диффузной мозговой дефицитарности, специфичной для хронической алкогольной интоксикации и алкогольной энцефалопатии наряду с нарушениями, отражающими локальный характер мозговых повреждений (лобных, теменных, височных структур) и связанными, скорее всего, с патологическими факторами неалкогольной природы [22].

В целом, неврологические и нейропсихологические проявления алкоголизма достаточно подробно изучены и неоднократно описаны [4, 5, 8, 14] (табл. 1). Но, как правило, они отражают особенности клиники и динамики алкоголизма у мужчин, в результате чего часть теоретических положений из области знаний об алкоголизме у мужчин экстраполируются на алкоголизм у женщин, искажая клиническую действительность [13].

В связи с вышеизложенным целью настоящего исследования был анализ коморбидных неврологических расстройств интоксикационного генеза у женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

Пациенты и методы исследования

Проведено клинико-неврологическое обследование 155 женщин, страдающих алкоголизмом и проходивших лечение в отделении аддиктивных состояний НИИ психического здоровья СО РАМН, из которых у 53 (средний возраст $39,5 \pm 8,2$ года) были выявлены неврологические расстройства интоксикационного генеза различной степени тяжести.

В исследование не включались пациентки, у которых хроническая алкогольная интоксикация ограничивалась преходящими вегетативно-сосудистыми нарушениями в рамках синдрома отмены.

Динамика клинической картины алкогольной зависимости у обследованных женщин следующая:

- первая проба алкоголя состоялась в среднем в $15,8 \pm 1,8$ года (минимальный возраст 12 лет);
- систематически женщины начинали употреблять алкоголь с $24,1 \pm 4,8$ года;
- возраст манифестации амнестических форм опьянения составил $30,9 \pm 7,2$ года;
- к $32,1 \pm 6,9$ годам в клинике алкогольной зависимости формировался синдром отмены;
- впервые за наркологической помощью женщины обратились в $35,9 \pm 7,8$ года;
- продолжительность систематического употребления алкоголя в $56,3\%$ составляла от 5 до 10 лет и более;
- в $54,7\%$ случаев женщины обращались за наркологической помощью повторно.

Таблица 1

Обзор исследований психоневрологических расстройств при алкоголизме

Авторы	Нозология, синдром	Основной вывод исследования
Лукачер Г.А., Махова Т.А., 1989 [14].	Психоорганический синдром и неврологические симптомы. Внутрочерепная гипертензия	Не наблюдается параллелизма между психическими и неврологическими расстройствами, которые регрессируют быстрее. Гипертензионный синдром развивается у 35% больных алкоголизмом и обусловлен гиперпродукцией спинномозговой жидкости
Шток В.Н., Левин О.С., 2006 [21].	Поражение нервной системы при алкоголизме	Важную роль играют индивидуальная чувствительность и сопутствующие заболевания. Поэтому четкое соответствие между тяжестью алкоголизма (или количеством потребленного спирта) и выраженностью неврологических проявлений прослеживается не всегда.
Тархан А.У., 2009 [22].	Нейрокогнитивные расстройства	Нейропсихологические нарушения в виде диффузной мозговой дефицитарности характерны для хронической алкогольной интоксикации; нарушения, отражающие локальный характер мозговых повреждений — с патологическими факторами неалкогольной природы
Сергеев В.А., 2004 [19].	Токсико-травматическая энцефалопатия	Отягощающее влияние алкоголизма на течение травматической болезни головного мозга проявляется в более выраженной и стойкой психопатизации, снижении памяти и интеллекта, энцефалопатической симптоматике.
Камянов И.М., 1989 [9].	Вестибуловегетативный синдром и депрессия	Противоречие между наличием "вестибулярных" жалоб и отсутствием симптоматики можно рассматривать, как проявление скрытых депрессивных расстройств.
Ангельчева О.И., 2006 [2].	Алкогольная полиневропатия. Алкогольная миопатия.	У 40—60% лиц, злоупотребляющих алкоголем, развивается хроническая алкогольная миопатия. Частота алкогольной полиневропатии колеблется от 9—30% до 60—67% (субклиническое поражение).

Результаты исследования и их обсуждение

Обследуемые поступали в абстинентном состоянии, поэтому для всех были характерны вегетативные проявления в виде общей слабости, потливости, головных болей, дрожи в теле, тремора дистальных отделов конечностей. Следует отметить преобладание диффузной мышечной гипотонии в отличие от больных алкоголизмом мужского пола, у которых в абстинентном состоянии наблюдалась оппозиционная гипертония либо отсутствовали изменения мышечного тонуса, что может быть следствием более выраженного астенического синдрома у женщин. Неврологическая составляющая психовегетативного синдрома — симптом Хвостека — как проявление повышенной нервно-мышечной возбудимости, довольно часто встречается в период абстиненции, но крайне редко сочетается с аксиальными рефлексамы (синдром Мариеску—Радовичи), являющимися в большей степени проявлениями органических расстройств [16]. В 11 случаях (21%) проявления синдрома вегетосудистой дистонии (СВД) сочетались со статолокомоторной атаксией, а в семи случаях (14%) описанные нарушения дополнялись симптомами алкогольной полинейропатии с гипергидрозом, гипотермией, цианозом и пастозностью дистальных отделов конечностей; парестезиями и диффузной мышечной гипотонией; гипостезией по типу «носков и перчаток»; выпадением ахилловых, а иногда и коленных рефлексов; в ряде случаев судорогами в кистях, стопах, слабостью, преимущественно в нижних конечностях (табл. 2). Согласно исследованиям, у 40—60% лиц, злоупотребляющих алкоголем, развивается хроническая алкогольная миопатия, которая характеризуется избирательным поражением мышечных волокон 2-го типа (белые гликолитические волокна) тазового и плечевого пояса и проявляется проксимальной мышечной слабостью, выявляемой при подъёме из глубокого приседания, снижением объема мышечной массы, миалгиями, нарушением ходьбы, крампи [3]. В различных сочетаниях данные симптомы наблюдались у наших пациенток и чаще всего выражались в гипотро-

фии дельтовидных, лопаточных мышц, снижении силы, болевом синдроме (табл. 2).

В 22 случаях (43%) алкоголизм сочетался с дисциркуляторной энцефалопатией сосудистого генеза. При этом больные отмечали выраженные головные боли на фоне колебаний артериального давления; шум, звон в ушах, пошатывание при ходьбе. Неврологический осмотр выявлял диффузную микроочаговую симптоматику. Сочетание с хронической алкогольной интоксикацией способствовало формированию нейропсихологических расстройств в виде снижения интеллекта, нарастающего когнитивного дефицита, астении, тревожно-депрессивных расстройств, расстройств адаптации. Следует заметить, что часть пациентов не предъявляла неврологических жалоб, несмотря на присутствие рассеянной органической симптоматики и вегетативных проявлений. Возможно, это связано с алкогольной анозогнозией, которую можно рассматривать и как проявление психоорганического синдрома, и как отражение алкогольных изменений личности.

На закрытые ЧМТ различной степени тяжести в анамнезе указывали 6 пациенток (10%), в дальнейшем они отмечали усугубление абстинентной симптоматики на фоне продолжающейся алкоголизации. Кроме того, отягощающее влияние алкоголизма на течение травматической болезни головного мозга проявляется в более выраженной и стойкой психопатизации, снижении памяти и интеллекта, энцефалопатической симптоматике. Следует отметить, что среди обследованных больных не наблюдалось алкогольного эпилептического синдрома, хотя имеются данные, указывающие на значительную вероятность развития эпилептических пароксизмов у лиц с хроническим алкоголизмом, перенесших ЧМТ, что определяется как степенью тяжести самой травмы, так и давностью процесса хронической алкогольной интоксикации, а также более ранним формированием прогрессивных форм алкоголизма [6, 19].

Неврологический осмотр таких больных выявлял более отчетливую очаговую симптоматику; достаточ-

Таблица 2

Неврологические расстройства при алкогольной зависимости у женщин

Синдромы	Количество случаев	Процентное соотношение
СВД и дистальная полинейропатия	7	15%
СВД и мозжечково-атактический синдром	11	21%
Токсико-ишемическая энцефалопатия на фоне гипертонической болезни	22	43%
Токсико-травматическая энцефалопатия	6	10%
Вестибуловегетативный синдром на фоне вертебрально-базиллярной дисциркуляции	5	7%
Компрессионно-ишемическая лучевая нейропатия	1	2%
Последствия токсической энцефалопатии Гайе—Вернике	1	2%

но стойкими были проявления «менингизма»: тяжесть в голове в утренние часы, болезненные движения и лёгкое ограничение динамики глазных яблок, которые сочетались с явлениями флеботании в картине глазного дна. Согласно научным исследованиям, гипертензионный синдром наблюдается у 35% пациентов, страдающих алкоголизмом. Это обусловлено гиперпродукцией спинномозговой жидкости в результате гиперемии сосудистых сплетений, вызываемой острой алкогольной интоксикацией. По мнению других исследователей, внутричерепная гипертензия является следствием венозного застоя, развивающегося при хроническом алкоголизме [9]. При этом больные не отмечают выраженных головных болей, что связано, по-видимому, либо с действием алкоголя на барорецепторы твёрдой мозговой оболочки, являющиеся окончаниями тройничного нерва, либо с постепенным развитием внутричерепной гипертензии [14].

Неврологические расстройства сопровождались характерными для психоорганического синдрома в рамках токсико-травматической энцефалопатии психическими нарушениями от астении до психопатоподобных состояний в виде эксплозивности, сменяющейся эйфорией: благодушно-приподнятым настроением, легковесностью суждений, некритичностью, расторможенностью влечений.

У пяти пациенток (7%) в постабстинентном синдроме наблюдалось усиление вестибулярной дисциркуляции на фоне вертебральной недостаточности. Вегетативные нарушения, включающие вестибуло-вегетативно-сосудистый синдром, встречаются почти у половины больных, страдающих вертебробазилярной дисциркуляцией, что во многом определяет клиническую картину: вазомоторные вегетативно-ирритативные проявления, а также «неврологический дефицит». Данная симптоматика дополняет уже имеющиеся постинтоксикационные мозжечковые нарушения. В ряде случаев, несмотря на проводимое лечение и наличие жалоб на нестабильность при ходьбе, ощущение нарушения равновесия, чувство проваливания, пелены перед глазами, эти больные оставались устойчивыми в позе Ромберга, а ПНП и ПКП выполняли без промахивания. Осложнением длительных запоев могут быть и мононевропатии. В частности, одна из пациенток поступила с симптомами компрессионно-ишемической лучевой нейропатии с выраженным парезом и гипотрофией мышц правой кисти, которая развилась после длительного давления на фоне продолжительной алкогольной интоксикации.

Одним из наиболее тяжёлых состояний, связанных с токсическим действием алкоголя и дефицитом тиамина, является острая алкогольная энцефалопатия Гайе—Вернике. Мы имели дело с пациенткой, у которой сохранялись выраженные остаточные явления

энцефалопатии Вернике спустя год от начала заболевания и проявлялись в виде смешанной мозжечково-вестибулярной атаксии, умеренного сенсомоторного дистального тетрапареза, болевого синдрома, когнитивных расстройств.

Хроническая алкогольная энцефалопатия в соответствии с МКБ-10 включает церебральные расстройства, основанные на структурных изменениях головного мозга, как-то: корсаковский амнестический синдром, алкогольная дегенерация мозжечка, болезнь Маркьяфавы—Биньями и т.д. Но среди больных с корсаковским психозом отмечается отчётливое преобладание мужчин [20], а в клинической реальности женского алкоголизма мы имеем дело с менее выраженными проявлениями воздействия хронической алкогольной интоксикации на центральную и периферическую нервные системы, не осложнёнными психотическими формами. Хроническая алкогольная энцефалопатия в нашем случае — это фон, на котором могут развиваться более тяжёлые психоневрологические расстройства.

Нельзя не отметить роль алкогольного поражения печени в развитии неврологических и психических нарушений. Тяжесть церебрального синдрома зависит от формы и тяжести поражения печени и может колебаться от неврастенической утомляемости и раздражительности до тяжёлого прогрессирующего поражения мозга [18, 22].

Заключение

Проведенное клинико-неврологическое исследование женщин с алкогольной зависимостью выявило широкий спектр проявлений и осложнений, связанных с хронической интоксикацией этанолом (от привычной вегетативной дисфункции до «неврологического дефицита»), которые выражаются достаточно типичными синдромами: вегетативной дистонией, алкогольной полинейропатией, мозжечково-вестибулярными расстройствами, компрессионно-ишемической мононейропатией, хронической алкогольной миопатией, дисциркуляторной энцефалопатией сосудистого либо травматического генеза, вестибуло-вегетативно-сосудистым синдромом, амплифицированным вертебробазилярной дисциркуляцией, психоорганическим синдромом в рамках токсико-травматической энцефалопатии. При этом тяжёлые осложнения алкогольной интоксикации, такие, как энцефалопатия Гайе—Вернике, достаточно редки.

Женщинам, страдающим алкогольной зависимостью, свойственны вестибулярные нарушения различного генеза, растущая прогрессивность психоорганических расстройств, а также алкогольная анозогнозия в виде диссоциации между наличием разнообразной рассеянной симптоматики на фоне соматоневрологи-

ческой патологии, с одной стороны, и незначительными жалобами, некритичным, эйфорическим восприятием своего состояния вследствие алкогольно-органического снижения личности, с другой.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б., Тучкова Н.Е., Кравченко С.Л. Сравнительные результаты магнитно-резонансной томографии головного мозга у больных алкоголизмом женщин и мужчин // Вопросы наркологии. — 2004. — №2. — С. 24—31.
2. Ангельчева И.О. Алкогольная полиневропатия // Неврологический журнал. — 2006. — №6. — С. 51—53.
3. Антропов А.Ю. Особенности клинической картины, основных проявлений и осложнений наследственного и социопатического алкоголизма (I—II стадии) у мужчин // Вопросы наркологии. — 2004. — №4. — С. 28—35.
4. Бохан Н. А., Мандель А. И., Трескова И. А. Неврологические синдромы в наркологической практике: коморбидность, клиника, терапия // Психическое здоровье. — 2007. — №2. — С. 41—45.
5. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. — Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. — 510 с.
6. Гусейнов Г.К., Богомолов Д.В. О влиянии алкогольной интоксикации на спектр непосредственных причин смерти при ЧМТ // Наркология. — 2008. — №4.
7. Егоров А.Ю., Шайдукова Л.К. Современные особенности алкоголизма у женщин: возрастной аспект // Наркология. — 2005. — №9. — С. 49—55.
8. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение. — СПб.: Изд-во Психоневрологического ин-та им. В.М. Бехтерева, 1996. — 196 с.
9. Камянов И.М. Неврологические синдромы в психиатрической клинике. — Рига: Зинате, 1989. — С. 24.
10. Кислицына О.А. Подростки и алкоголь: факторы риска // Вопросы наркологии. — 2009. — №2. — С. 66—76.
11. Козырева А.В. Гендерные особенности интеллектуально-мнестического снижения при алкогольной зависимости // XV Съезд психиатров России (9—12 ноября 2010 г.). Материалы Съезда. — М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. — С. 252—253.
12. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Деятельность наркологической службы и основные показатели заболеваемости в Российской Федерации в 2003—2008 гг. (анализ данных федер-

рального статистического наблюдения) // Вопросы наркологии. — 2009. — №5. — С. 62—77.

13. Кравченко С.Л. Течение алкоголизма у женщин: роль терапии // Вопросы наркологии. — 2006. — №4. — С. 11—18.
14. Лукачер Г.Я., Махова Т.А. Неврологические проявления алкоголизма. — М.: Медицина, 1989. — 272 с.
15. Лукин А.А. Клинические особенности алкоголизма у женщин, перенесших алкогольные психозы // Вопросы наркологии. — 2008. — №4. — С. 65—72.
16. Мальцев С.Н. Очерки клинической психоневрологии. — Томск: Изд-во ТГУ, 2001. — 189 с.
17. Овчинников С.В., Цыганков Б.Д., Шапов С.А. и др. Алкоголизм молодых женщин с девиантным поведением (клинико-психологический, социальный и терапевтический аспекты) // Наркология. — 2008. — №3. — С. 67—72.
18. Панченко Л.Ф., Пирожков С.В., Дудко Т.Н. и др. Гендерные различия в динамике соматической патологии у больных алкоголизмом в абстинентном периоде // Вопросы наркологии. — 2008. — №6. — С. 42—47.
19. Сергеев В.А. Сравнительный анализ клинико-динамических характеристик больных с сочетанной патологией — последствиями черепно-мозговых травм и хроническим алкоголизмом // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2004. — №1.
20. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. К 120-летию клиники им. С.С. Корсакова: современное состояние корсаковского учения об алкогольном полиневритическом психозе // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — Алкоголизм. Приложение к журналу. — 2007. — Вып. 1. — С. 12—20.
21. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / Под ред. В.Н. Штока, О.С. Левина. — М.: ООО «Мед. информ. агенство», 2006. — 520 с.
22. Тархан А.У. Нейропсихологическая диагностика минимальной мозговой дефицитарности у больных с алкогольной зависимостью // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2009. — №1 (Наркология). — С. 77—82.
23. Чернобровкина Т.В., Артемчук А.Ф., Сосин И.К., Никифоров И.А. Проблема коморбидности и современные формы алкогольной болезни (клинико-патогенетический аспект) // Наркология. — 2006. — №12. — С. 47—74.
24. Mann K., Ackermann K., Croissant B. et al. Neuroimaging of gender differences in alcohol dependence: are women more vulnerable? // Alcohol. Clin. Exp. Res. — 2005. — Vol. 29, №5. — P. 896—901.

CLINICAL CO-MORBIDITY OF PSYCHONEUROLOGICAL MANIFESTATIONS OF ALCOHOLISM IN WOMEN

BOKHAN N.A.¹

M.D., professor, Head of Addictive States Department,

Deputy Director for Research Work of Mental Health Research Institute SB RAMSci, Tomsk

MANDEL A.I.¹

M.D., professor, Leading Researcher of Addictive States Department of Mental Health Research Institute SB RAMSci, Tomsk

ANKUDINOVA I.E.²

Ph.D., Head Physician of Clinic of Physiology Research Institute SB RAMSci, Novosibirsk

TRESKOVA I.A.¹

neurologist of Addictive States Department of Mental Health Research Institute SB RAMSci, Tomsk

KISEL N.I.¹

psychiatrist-addictologist of Addictive States Department of Mental Health Research Institute SB RAMSci, Tomsk

LYASHENKO G.P.¹

Ph.D., Head of Addictive States Department of Mental Health Research Institute SB RAMSci, Tomsk

¹ — Institution of Russian Academy of Medical Sciences Mental Health Research Institute of Siberian Branch of RAMSci, 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4, tel.: (382-2) 72-43-79, fax: (382-2) 72-44-25, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru

² — Institution of Russian Academy of Medical Sciences Physiology Research Institute of Siberian Branch of RAMSci, 630117, Novosibirsk, Arbuзов Street, 6, tel/fax: 332-50-10, e-mail: kif@inbox.ru

Carried out clinical-neurological investigation of 155 women suffering from alcoholism has revealed broad spectrum of complications associated with chronic alcohol intoxication — from usual vegetative dysfunction to «neurological deficit» — which are expressed by asthenic syndrome, vestibular disturbances, increasing progression of psycho-organic disorders as well as by variable disperse neurological symptoms.

Key words: female alcoholism, neurological disorders, co-morbidity, progression