

КЛИНИЧЕСКАЯ КОМПЕНСАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

И. Д. Даренский

Москва, НИИ наркологии МЗ РФ

Проведен анализ эффективности различных методов терапии психоорганического синдрома у больных алкоголизмом. Делаются выводы о неоднородности синдрома, его обратимости, даются рекомендации к дифференцированному использованию методов коррекции.

Одним из облигатных проявлений алкоголизма является снижение функционального состояния коры головного мозга с нарушением познавательной деятельности больных [1, 9]. В свою очередь, именно деградация психики и ее необратимость являются основной причиной значительного снижения или даже потери трудоспособности больных [2]. Изучение возможности смягчения отдельных дефицитарных психоорганических расстройств и ее специфики при алкоголизме имеет важное теоретическое и практическое значение. Известно, что интеллектуально-мнестические нарушения по психоорганическому типу имеют различную структуру и механизмы формирования [15]. Неудачи в устранении дефицитарных расстройств объясняются именно незнанием их природы и неиспользованием дифференцированных методов лечения. Представления о принципиальной частичной их обратимости с указанием конкретных патофизиологических механизмов развития позволяют несколько иначе оценить прогноз реабилитации больных с алкогольной энцефалопатией [16]. В таком случае успешность реабилитации во многом зависит от использования средств, уменьшающих выраженность негатив-

ных расстройств, т. е. значение в данном случае приобретает медицинский этап реабилитации [10]. Речь идет не о когнитивно-психотерапевтической коррекции с устранением функционального компонента интеллектуально-мнестической недостаточности и улучшением целенаправленности в организации психической деятельности [15]. Имеется в виду влияние на патофизиологические механизмы психоорганических расстройств. В частности, в лечении психических органических нарушений хорошо зарекомендовали себя ноотропы [4]. Ноотропные препараты обнаруживают атипичные психостимулирующие свойства, способствуют улучшению межнейронных связей. Помимо ноотропов, способность смягчать выраженность дефицитарных расстройств приписывается таким средствам лечения, как электротранквилизация [13, 8] и использованию иммуномодуляторов [12].

Материалы и методы

Цель работы состояла в определении возможности снижения выраженности дефицитарных психоорганических расстройств при алкоголизме и, при наличии таковой возможности, — сравнить особенности дей-

ствия пираретама, электротранквилизации и иммуномодулятора тактивина на высшие корковые функции, а также их способности стабилизации ремиссии у больных алкоголизмом (БА). С этой целью было предпринято клиническое и нейропсихологическое обследование и лечение 200 БА – мужчин в условиях наркологического стационара. В обследование включались БА в возрасте от 25 до 43 лет, длительностью заболевания от 7 до 12 лет, страдающих алкоголизмом I и II стадии в фазе ремиссии. Все БА имели различные признаки хронической алкогольной энцефалопатии [2]. Все внимание сосредотачивалось на клинической специфике расстройств, чтобы понять механизм возникновения и действия метода лечения. Клиническая картина заболевания у наблюдаемых больных характеризовалась угнетением витального тонуса, снижением или отсутствием инициативы, эмоциональными расстройствами с депрессивными переживаниями, придающими соответствующую окраску дефицитарной симптоматике. Больные наблюдались практически на протяжении всего алкогольного цикла, начиная с момента поступления в состоянии алкогольной абстиненции, фазы становления ремиссии по миновании раннего постинтоксикационного периода, что составляло 3-4 недели после последнего употребления алкоголя, и кончая фазой устойчивой ремиссии. В период обследования больные получали адекватное фазе лечение: дезинтоксикационное и симптоматическое – в фазу абстиненции, восстановительное – в фазу становления и “плато” ремиссии.

Было проведено рандомизированное разделение больных на 4 группы по 50 больных в каждой в соответ-

ствии с получаемым восстановительным лечением. Больные первой группы получали ноотропные препараты и витамин В₁ в традиционных терапевтических дозировках, второй группы – тактивин, третьей группы – электротранквилизацию. Тактивин вводился подкожно один раз в день в течение семи дней в дозе 1,0 [3]. Электротранквилизация состояла в воздействии импульсными токами на головной мозг с помощью аппарата Лэнар в течение 30 минут ежедневно на протяжении 7 дней [5, 6, 7, 8]. Лечение указанными методами обычно хорошо переносилось больными и не приводило ни в одном случае к каким-либо осложнениям. Больные контрольной группы не получали целенаправленного лечения по поводу алкогольной энцефалопатии в указанный период течения заболевания.

Для решения поставленных задач у БА исследовалась интеллектуально-мнестическая деятельность в период ремиссии. Обследование проводилось трижды: 1 – при поступлении; 2 – после завершения дезинтоксикационной терапии и перед началом основного курса лечения, и 3 – сразу после его завершения. Обследование ограничивалось диагностикой признаков органического психосиндрома. Для их дифференцированного и динамического изучения использовались методы: психолого-диагностического эксперимента, диагностико-корректировочного обучающего эксперимента, наблюдения и клинической беседы [11, 14]. Полученные данные были сведены в базу данных ПЭВМ и подвергались статистической обработке с определением критерия Пирсона. В результате была прослежена динамика психоорганического синдрома в процессе терапии.

Результаты и их обсуждение

Отмечено, что выраженность нарушений в психической деятельности БА неравномерна на протяжении алкогольного цикла. Они более выражены при поступлении больных в стационар на фоне алкогольной абстиненции, раннего постинтоксикационного периода и становления ремиссии. С минуванием периода контаминации они уменьшаются, но полностью не исчезают и составляют содержание психоорганических расстройств. Впрочем, это соответствует данным литературы [15]. Изучение закономерностей обратной динамики психоорганического синдрома в период ремиссии показало, что они зависят от метода восстановительного лечения. Изолированное использование ноотропов и витаминов группы В оказалось наиболее эффективным в качестве средств, устраняющих нарушения координации движений, тонкой моторики, грубых мнестических Корсаково-подобных расстройств. Наблюдалась существенная позитивная динамика (84 %), резко повышающая возможности реабилитации больных. В то же время, при менее грубых расстройствах с помощью ноотропов не удавалось достичь качественно нового этапа клинической компенсации в ремиссию (31%). Использование иммуномодулятора тактивина у больных 2 группы способствовало более быстрому и отчетливому восстановлению функции задних отделов головного мозга, теменно-височных и затылочных, и преимущественно характеризовалось нормализацией инструментальных функций с улучшением восприятия, внимания и памяти (73 %). У больных с сужением объема восприятия и внимания после курса лечения регистрировалось повышение точности и скорости зрительного опоз-

навания (67 %). У больных с идеаторной и моторной заторможенностью наблюдались увеличение скорости ответных реакций (55 %), улучшение выполнения пространственных проб с уменьшением времени выполнения и количества ошибок (73 %). При мнестических нарушениях достигалось увеличение объема слухоречевой памяти (73%). Отчетливее и чаще у больных 3 группы, находившихся на электротранквилизации, удавалось купировать аффективные нарушения в виде апатии, дисфории, депрессии и аффективной лабильности, встречавшиеся в клинической картине психоорганического синдрома, с достижением устойчивости аффекта и перманентной позитивной его окраски (63%). При повышении порога психической толерантности у больных с патологически высокой психической реактивностью ненаблюдалось общего депримирующего эффекта, свойственного действию нейролептиков. Наоборот, имело место повышение психического энергетического потенциала с уменьшением выраженности эмоционально-волевого снижения и расширением пространства жизненных интересов, повышением межперсональной активности больных (71%). Преодолевалась истощаемость психических процессов, проявляющаяся в первичных симптомах нарушения широты и устойчивости внимания, работоспособности, утомляемости (85%). Улучшалось самочувствие больных, восприятие текста при чтении на фоне более полного и быстрого его осмысления (88%). После лечения с помощью электротранквилизации существенно повышается интервал изменения психофизиологических параметров, суженный при алкоголизме, в ответ на введение психотропных веществ (92%).

Выводы

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что дефицитарные психоорганические расстройства при алкогольной энцефалопатии не являются застывшим образованием, а обнаруживают терапевтическую динамику. Это позволяет по-новому взглянуть на сущность негативных расстройств при алкоголизме, которые представляются патофизиологически разнородными и с разной степенью обратимости феноменами. Особенности терапевтической динамики отдельных компонентов психоорганического синдрома зависят не только от давности заболевания, но и от используемого терапевтического средства, топографии приложения его действия и механизмов выздоровления. Представлены патогенетические механизмы действия, терапевтические возможности и показания к применению ноотропов, иммуномодуляторов и электротранквилизации – как новых средств клинической компенсации дефицитарных расстройств. В свою очередь, восстановление психических функций, повышение психической компенсации направлено на повышение успеха и ускорения реабилитации и ресоциализации БА с явлениями энцефалопатии. Обнаруженная положительная динамика у БА позволяет рекомендовать включение названных методов в реабилитационные мероприятия в стационарных и амбулаторных условиях. Врачебно-трудовая экспертиза больных с явлениями алкогольной энцефалопатии должна строиться с учетом структуры дефицитарных расстройств и потенциальной их обратимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева В. В. // Матер. 8-го Всесоюз. съезда невропатологов, психиатров и наркологов. – М.: – 1988. – Т. 1. – С. 318-320.
2. Войтенко Р. М. Справочник документов по ВТЭ и трудоустройству инвалидов. – М., 1981.
3. Гамалея Н. Б., Даренский И. Д., Горшкова Е. Т., Мондрус К. А. // Вопросы наркологии. – 1994. – N1. – С. 18-22.
4. Гриненко А. Я., Крупицкий Е. М., Шабанов П. Д. и др. Нетрадиционные методы лечения алкоголизма – СПб.: Гиппократ, 1993.
5. Даренский И. Д. // Врач. – 1990, №8. – С. 41.
6. Даренский И. Д. Применение ТЭС в наркологической практике: (Метод. рек.) – М., 1990. – 23 с.
7. Даренский И. Д. Способ изменения функциональной активности одного из полушарий головного мозга. Заявка на изобретение N93031218/032325.
8. Даренский И. Д. // Мед. помощь. – 1994. – N2. – С.8.
9. Евсеев Н. Ф., Козлова А. А. //Алкоголизм: Респ. сб. науч. тр. 2-й мед. инт. – М., 1988. – С. 1820.
10. Кондрашенко А. Т., Скугаревский А. Ф. Алкоголизм. – Минск: Медицина, 1983.
11. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. – М.: МГУ, 1973.
12. Потапова Т. Ф. // Материалы 8-го Всесоюз. съезда невропатологов, психиатров и наркологов. – М., 1988. – Т.1. – С. 418-420.
13. Применение электротранквилизации (центральной электроанальгезии) аппаратами типа "Лэнар" в лечебнопрофилактических учреждениях (Метод. рек.) / Под ред. Э. М. Каструбина. – М. – 1988. – С.12.
14. Хомская Е. Д. Нейропсихология. – М.: МГУ, 1987.
15. Худик В. А. Динамика интеллектуально-мнестических и личностных нарушений у больных алкоголизмом: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1984. – 19 с.
16. Reed R. J., Grant I., Rourke S. B. // Alc. Clin. Exp. Research. – 1992. – Vol. 16, № 4. – P. 677-683.

CLINICAL COMPENSATION OF PATIENTS WITH ALCOHOLICS' ENCEPHALOPATHIA Darenski I.D.

The article contains the analysis of the effect of different therapy approaches of alcoholics' encephalopathia. The author makes the conclusions about the syndrom's heterogeneity and reversibility; gives advice for using the corrections approaches.