

5. Березин Ф. Б., Безносук Е. В., Соколова Е. Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний. // Рос. мед. журн. — 1998. — № 2. — 43-49 с.
6. Дробижев М. Ю. Нозогении (психогенные реакции) у больных соматической патологией. Дисс. д.м.н. — М. — 2001. — 298 с.
7. Смулевич А. Б. Депрессия в общей медицинской практике. — М. — 2000. — 160 с.

8. Снежневский А. В. Руководство по психиатрии. - М. - 1983. - Т. 2. - 544 с.
9. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (мет. рук-во). — М. — 1990. — 74 с.
10. Taylor G. Опросник по алекситимии «TAS-26». — 1984.
11. Яхин К. К., Менделевич Д. М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (Метод. рекомен.). — Казань, 1978. — 23 с.

Когнитивные расстройства у лиц, злоупотребляющих алкоголем

Ю. П. СИВОЛАП, И. В. ДАМУЛИН, В. А. САВЧЕНКОВ, М. В. ЯНУШКЕВИЧ, А. А. ИВАНОВ, С. В. МЕНДЕЛЕВИЧ.

Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Систематическое злоупотребление алкоголем во всех случаях приводит к развитию поражения нервной системы, проявляющееся широким спектром неврологических и психических расстройств, в том числе когнитивными нарушениями [1, 2]. Грубая необратимая когнитивная дисфункция определяет психический облик больных и служит главной причиной стойкой утраты трудоспособности при корсаковском психозе и алкогольной деменции.

Тяжелые неврологические расстройства с выраженными когнитивными нарушениями выявляются и при некоторых из выделяемых Н. Г. Шумским (1999) редких форм алкогольной энцефалопатии [4]:

- энцефалопатия с картиной бери-бери;
- алкогольная пеллагра;
- алкогольная мозжечковая атрофия;
- болезнь Маркиафавы-Биньями;
- центральный миелолиз моста.

Развитие острых алкогольных психозов, алкогольной энцефалопатии и, следовательно, когнитивной дисфункции принято связывать со следующими основными патогенетическими факторами [2, 5-7]:

- алиментарный (обусловленный нарушениями питания) дефицит тиамина (витамина В₁), других витаминов, а также электролитов и белков (алиментарный фактор);
- снижение содержания ГАМК в ткани мозга (ГАМКергический фактор);
- патологически повышенная активность глутамата с развитием эксцитотоксических эффектов и повреждением мозговой ткани (глутаматергический фактор).

К числу второстепенных факторов металкольного поражения мозга относятся поражение печени и снижение ее функции, прямое токсическое влияние алкоголя и его метаболитов, а также повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера.

В соответствии с перечисленными патогенетическими факторами, лечение острых алкогольных расстройств (в том числе синдрома отмены алкоголя), предупреждение развития алкогольной энцефалопатии и стойкого когнитивного дефицита проводится с применением следующих лекарственных препаратов [1, 2]:

- тиамин (витамин В₁) и другие витамины;
- ионы калия и магния (в составе растворов для внутривенной капельной инфузии);
- ГАМК-ергические средства (производные бензодиазепа, барбитураты, клометиазол, карбамазепин).

Стойкий когнитивный дефицит, развившийся в структуре корсаковского психоза и других форм тяжелой энцефалопатии, представляет показания для назначения мемантина (акатинола), а также ингибиторов холинэстеразы.

Отдельные клинические наблюдения показывают, что своевременное введения мемантина в лечебные схемы позволяет добиться практически полной редукции острых форм корсаковского психоза и с восстановлением когнитивных функций [3].

Наряду с перечисленными выше нечастыми, тяжелыми и, как правило, необратимыми формами металкольного поражения мозга у лиц, злоупотребляющих алкоголем, обнаруживаются значительно более распространенные, но при этом относительно доброкачественные и нередко обратимые проявления когнитивной дисфункции. В порядке убывания частоты и нарастания тяжести этих нарушений можно выделить их следующие разновидности.

1. Легкое снижение общей интеллектуальной продуктивности у лиц с относительно доброкачественными формами алкоголизма и металкольного поражения ЦНС.

2. Стойкие когнитивные расстройства средней тяжести у лиц с выраженными признаками алкогольной энцефалопатии, не достигающей степени деменции.

3. Выраженные, но при этом обратимые когнитивные расстройства, развивающиеся в раннем постпсихотическом периоде алкогольного делирия.

Комплексная (неврологическая, психопатологическая, нейропсихологическая и патопсихологическая) оценка перечисленных форм когнитивных расстройств, обусловленных металкольным поражением ЦНС, составляет одну из задач предпринятого нами клинического исследования.

В ходе исследования ожидается подтверждение правомерности следующих предварительных гипотез.

1. Симптомы когнитивной дисфункции различной степени тяжести (в том числе стертые и субклинические проявления) возникают у всех лиц, страдающих алкоголизмом в период активного злоупотребления алкоголем и в постабстинентный период.

2. Когнитивные нарушения ассоциированы с некоторыми видами эмоциональных расстройств.

3. Когнитивный дефицит, наряду с психологическими и органическими факторами, лежит в основе алкогольной анозогнозии и изменений личности по алкогольному типу.

4. Отдельные формы когнитивной дисфункции в постпсихотическом периоде алкогольного делирия обладают гомологическим сходством с острыми доброкачественными вариантами корсаковской болезни.

5. Применение мемантина при относительно доброкачественных формах когнитивных нарушений, обусловленных злоупотреблением алкоголем, способно приводить к их редукции и предотвращать развитие стойкого когнитивного дефицита.

Помимо проверки правомерности перечисленных предварительных гипотез, в ходе исследования планируется уточнение роли поражения мозжечка и лобной дисфункции в развитии когнитивных и эмоциональных расстройств у больных алкоголизмом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дамулин И. В. Когнитивные расстройства при алкоголизме. Русский медицинский журнал. — 2005; 13 (12): 785-788.
2. Сиволап Ю. П. Алкогольная болезнь мозга (к вопросу систематике металкольных психозов). Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. — 2006; 106 (5): 4-9.
3. Сиволап Ю. П., Савченков В. А., Янушкевич М. В., Яковчук А. М. Клиническое наблюдение благоприятного исхода энцефалопатии Вернике. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. — 2006; 2: 28-29.
4. Шумский Н. Г. Алкогольные (металкольные) психозы. — В кн.: Руководство по психиатрии (под ред. А. С. Тиганова). — В 2 томах. — М.: Медицина, 1999. — Т. 2. — С. 304-338.
5. Thomson A. D., Cook C. C. H., Touquet R., Henry J. A. The royal college of physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke's encephalopathy in the accident and emergency department. Alcohol-Alcohol. — 2002; 37 (6): 513-521.
6. Victor M., Adams R. D., Collins G. H. The Wernicke-Korsakoff syndrome and related neurological disorders due to alcoholism and malnutrition. — 2d ed. — Philadelphia: F. A. Davis, 1989. — 217 p.
7. Vittadini G., Buonocore M., Colli G., et al. Alcoholic polyneuropathy: a clinical and epidemiological study. Alcohol-Alcohol. — 2001; 36 (5): 393-400.