

Дуже Х. В., Шкробот С. І., Шаран М. В., Гаджальський В. В.

ДВНЗ «Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України» (м. Тернопіль)

### Клініко-нейровізуалізаційні особливості у пацієнтів із енцефалопатіями алкогольного генезу

Вживання алкоголю є на третьому місці після тютюнопаління та високого артеріального тиску з-поміж факторів ризику розвитку цереброваскулярних захворювань, та становить значну медико-соціальну проблему сучасного суспільства. Сучасні дослідження наводять дані про постійне зростання поширеності алкоголізму у більшості країн світу, разом з тенденцією до омолодження цієї проблеми. В результаті хронічної алкогольної інтоксикації відбуваються процеси оксидативного та нітрузуючого стресу, що веде до нейронального ушкодження. Клінічно це може проявлятися виникненням неврологічного дефіциту та появою когнітивних порушень, розладами емоційно-вольової сфери, поведінковими порушеннями. Є дані і про те, що спектр супутньої патології в цієї категорії осіб є значно ширшим, і водночас загострення хронічної патології відбуваються частіше, ніж в осіб, які не вживають алкоголь. Діагностичні труднощі можуть виникати внаслідок поєднання тяжкості суб'єктивних та невиразності об'єктивних проявів у конкретного пацієнта, браку наукових напрацювань щодо поглибленого аналізу нейровізуалізаційних змін при енцефалопатіях інтоксикаційного генезу.

**Мета роботи:** дослідити клінічні та нейровізуалізаційні зміни у пацієнтів із енцефалопатіями алкогольного генезу.

**Матеріали та методи.** Обстежено 97 пацієнтів з енцефалопатіями алкогольного генезу, з них 15,1 % — жінок, та 84,9 % — чоловіків віком від 31 до 79 років. Середній вік хворих становив  $(51,00 \pm 9,77)$  років. Брали до уваги соціальні фактори: 65,34 % пацієнтів не мають постійної роботи та не перебувають на обліку у центрі зайнятості, 29,29 % хворих мають інвалідність, 12,37 % хворих працюють розумово та 8,24 % — фізично. Лише 12,37 % хворих спостерігаються в нарколога. 37,14 % хворих проконсультовано психіатром (за добровільною згодою). Застосовували загальноприйняте клініко-неврологічне обстеження. Оцінку когнітивної сфери здійснювали за Монреальською шкалою (MoCA-тест). Проводили нейровізуалізаційне обстеження — комп'ютерну томографію (КТ) або магнітно-резонансну томографію (МРТ) головного мозку (Siemens Magnetom Avanto 1,5t). Оброблення результатів проводили за допомогою програми Microsoft Excel 2011 та комп'ютерної програми Statistica 13.0.

**Результати.** Серед найпоширеніших скарг у пацієнтів були: головний біль — у 39,2 %, слабкість кінцівок — у 16,5 %, затерпання кінцівок — у 43,3 %, головокружіння — у 25,8 %, порушення ходи — у 51,5 %, епіпади — у 18,6 %, зниження уваги — у 16,5 %, зниження пам'яті — у 44,3 %, біль в кінцівках — у 12,4 %, загальна слабкість — у 22,7 % та розлади сну — у 9,3 % хворих, важкість в голо-

ві — у 8,2 %, шум в голові — у 3,2 %, коливання артеріального тиску — у 7,2 %, напади втрати свідомості — у 5,2 %, втомлюваність — у 7,2 %, сповільненість рухів — у 6,2 %, скутість — у 4,1 %, дратівливість — у 6,2 %, галюцинації — у 1,03 %. За результатами неврологічного обстеження ми виокремили такі синдроми: когнітивних порушень — у 57,7 % хворих, аміостатичний — у 37,1 %, судомний — у 29,9 %, астеничний — у 32 %, сенситивної атаксії — у 27,8 %, цефалгічний — у 23,7 %, мозочково-сенситивної атаксії — у 20,6 %, псевдобульбарний — у 16,5 %, рухових розладів — у 15,5 %, пірамідно-рефлекторної недостатності — у 14,4 %, загально-мозковий — у 14,4 %, вестибулярний — у 11,3 %, бульбарний — у 7,2 %, чутливих розладів — у 7,2 %, менінгеальний — у 8,2 %, психоорганічний — у 4,1 % пацієнтів.

За результатами нейровізуалізаційного обстеження найпоширенішою знахідкою були атрофічні зміни, які виявлялись у 43,3 % пацієнтів. Зокрема, розширення борозен виявляли у 64,94 %, розширення бокових шлуночків — у 44,32 %, поодинокі та численні вогнища — у 15,46 %, кісти — у 14,4 %, явища гліозу — у 26,80 %, асиметрію шлуночків — у 3,1 %, вентрикуломегалію — у 2,1 %, лейкоареоз — у 1,03 %, енцефаломаліяційні зміни — у 1,03 % хворих.

Аналізуючи результати Монреальської шкали, у 16,49 % пацієнтів виявили помірні когнітивні порушення, у 54,63 % — легкий когнітивний дефіцит. Не виявлено когнітивних порушень у 28,86 % обстежуваних.

Супутню патологію виявили у 77,31 % хворих. Зокрема, серцево-судинні захворювання — 23,7 %, хронічне обструктивне захворювання легень та інші хвороби дихальної системи — 12,37 %, хвороби нирок — 2,06 %, хвороби шлунково-кишкового тракту — 18,55 %, ЛОР-патологію — 2,06 %, хвороби очей — 39,17 %, цукровий діабет — 2,06 %, полінейропатію — 53,60 %.

**Висновки.** Отже, серед обстежуваних пацієнтів переважали пацієнти середнього віку відповідно до вікової класифікації ВООЗ. Більшість пацієнтів (65,34 %), незважаючи на активний у соціальному та професійному плані вік, не мають постійної роботи, а третина (29,29 %) — мають інвалідність. Основними скаргами у пацієнтів з енцефалопатіями інтоксикаційного генезу були порушення ходи (51,5 %), зниження пам'яті (44,3 %), затерпання кінцівок (43,3 %) та головний біль (39,2 %). Провідними синдромами були когнітивні порушення (57,7 %), аміостатичний (37,1 %), астеничний (32 %) та судомний (29,9 %). Близько половини пацієнтів мали нейровізуалізаційні зміни за даними МРТ головного мозку, серед яких переважали атрофічні порушення, кісти та розширення бокових шлуночків.