

МЕДИЧНІ НАУКИ

Виноградова А.С.

студентка;

Рощупкина Т.Н.

ассистент,

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНЫМИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В настоящее время во всех странах мира, включая высокоразвитые, отмечается непрерывный рост заболеваемости хроническим алкоголизмом. Злоупотребление алкоголем является одним из пяти наиболее важных факторов риска развития как заболеваний, так и последующего выхода на инвалидность [1].

Связь между алкоголем и судорогами была выявлена и описана врачами еще во времена Гиппократы. В настоящее время многие источники указывают, что у 20–40 % пациентов судорожные приступы связаны с приемом алкоголя [2; 3; 4]. Выпивка может вызвать острое алкогольное метаболическое расстройство (например, гипогликемию и гипонатриемию), что в свою очередь приводит к развитию пароксизмальных расстройств в виде судорог. Это может создать ситуацию, ведущую к церебральной травме, или ускорить припадки у пациентов с идиопатической или посттравматической эпилепсией [3; 4]. Длительное злоупотребление алкоголем, особенно его суррогатами, может вызвать судорожные припадки, которые пагубно влияют на организм в целом и в конечном итоге оканчиваются летальным исходом [1; 4].

Целью нашего исследования было выявить клинические особенности пациентов с пароксизмальными расстройствами, спровоцированными злоупотреблением алкоголем, проанализировать закономерности возникновения судорожных припадков, определить связь с длительностью приема алкоголя, а также, используя нейровизуализационные методы исследования, выявить неврологические нарушения.

Исследовали 100 пациентов мужского пола, страдающих алкоголизмом, которые обратились в Харьковскую областную клиническую наркологическую больницу с жалобами на возникновение судорожных приступов. Мы детально собрали особенности злоупотребления алкоголем каждого пациента (продолжительность употребления и вид алкоголя, количество употребления его в сутки, интервал употребления алкоголя), а также определили при поступлении в стационар уровень содержания алкоголя в крови. Для каждого пациента проводились тесты на выявление нарушений употребления алкоголя (AUDIT), для выявления лиц с опасными и вредными образцами потребления

алкоголя. Собирали семейный анамнез алкогольной зависимости и эпилепсии у родственников. Все пациенты, у которых была известная провокационная причина эпилептического припадка (например, субдуральная гематома, дисэлектролитимия и гипогликемия), злоупотребление психоактивными веществами, кроме алкоголя, были исключены из исследования. Пациенты прошли физикальное обследование, биохимическое исследование функций печени и почек. Электролиты сыворотки, натрия, калия, кальция и магния исследовались у всех пациентов. Компьютерная томография (КТ) головного мозга и электроэнцефалография была выполнена у всех пациентов, чтобы исключить травму головы и любую другую провоцирующую причину пароксизмального приступа.

Средний возраст пациентов составил 43,7 года. Средняя продолжительность употребления алкоголя составляла 17 лет. Средний балл AUDIT составил 21,9, что указывает на серьезную проблему с алкоголем, вплоть до алкогольной зависимости. Средняя продолжительность употребления алкоголя составляла 17,16 года, при этом 24% пациентов употребляли алкоголь более 20 лет. 27 пациентов (27%), у которых была атрофия коры головного мозга при КТ, имели среднюю продолжительность употребления алкоголя 23,62 года по сравнению с 14,55 годами у пациентов без атрофии коры ($P < 0,001$). 22 пациента (22%) имели кластеризацию в текущем эпизоде, из которых 18 имели атрофию коры головного мозга. Почти у 88% пациентов были генерализованные тонико – клонические судорожные приступы. У 12% пациентов, у которых наблюдались парциальные приступы, была выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ). В результате стало обнаружение лобной фокальной кортикальной дисплазии у одного пациента.

КТ головного мозга пациентов свидетельствует о развитии атрофии коры больших полушарий, связанной с продолжительностью употребления алкоголя, указывает на повышенный риск кластеризации (появление нескольких приступов). Парциальные приступы также могут возникать вследствие злоупотребления алкоголем (8,3% парциальных приступов в структуре всех пароксизмальных расстройств, связанных с злоупотреблением алкоголем). Генерализованные судорожные приступы чаще встречаются у пациентов в течение первых 6 часов после приема алкоголя либо проявляются как симптомы отмены алкоголя. ЭЭГ головы помогает идентифицировать эту небольшую подгруппу (~ 1%) пациентов, которым может потребоваться длительный прием противосудорожных препаратов.

Список использованных источников:

1. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II. *Addiction*. 1993; p.791–804.
2. Samokhvalov AV, Irving H, Mohapatra S, Rehm J. Alcohol consumption, unprovoked seizures, and epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Epilepsia*. 2010; p.77–84.
3. Murthy P, Taly AB, Jayakumar PN. Seizures in patients with alcohol dependence. *Ger J Psychiatry*. 2007;10:54–7.

4. Hillbom ME. Occurrence of cerebral seizures provoked by alcohol abuse. *Epilepsia*. 1980;21:459–66.

Гріненко П.О.

студентка,

Науковий керівник: Новікова І.М.

викладач,

Донецький національний медичний університет МОЗ України

ЗНАЧЕННЯ В'ЯЗКОСТІ КРОВІ У ПРОФІЛАКТИЦІ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Профілактика патологій серцево-судинної системи здатна запобігти багатьом небезпечним захворюванням. Реологічні характеристики крові такі, як в'язкість та підвищена турбулентність течії, відіграють велику роль в профілактиці та лікуванні багатьох серцево-судинних (СС) захворювань. Однак українські лікарі ще недостатньо уваги приділяють цьому питанню, намагаючись вирішити проблему, зміцнюючи серцевий м'яз та, розширюючи судини.

Визначити залежність між виникненням СС захворювань та зміною в'язкості крові. Довести необхідність і перспективність визначення в'язкості крові у діагностиці серцево-судинної системи.

Використаний проблемно-орієнтований аналіз інформаційних джерел.

Аналіз наукових статей [1-11] показав, що в'язкість крові (ВК) та її основні детермінанти пов'язані з підвищеним ризиком серцево-судинних захворювань. При згущенні крові спостерігається ускладнення основної транспортної функції, що призводить до порушення окисно-відновних процесів у всіх органах і тканинах, головному мозку, печінці, нирках та ін. Визначено, що середній рівень ВК і плазми, гематокриту і фібриногену вірогідно вище у тих осіб, які пережили несприятливі події (інфаркти, інсульти), ніж у тих, у кого їх не було. Оцінка параметрів запалення і в'язкості крові у поєднанні може покращити прогнозування серцево-судинного ризику.

На сьогодні серцево-судинні захворювання займають перше місце серед усіх захворювань в Україні (рис. 1).

Погіршення плинних властивостей крові, збільшення ВК спостерігається при артеріальній гіпертензії (АГ).

Ряд клінічних досліджень [1] показав значущу позитивну кореляцію між виразністю АГ і ВК. Визначено, що нормалізація середнього артеріального тиску і загального холестерину хворих АГ високого ризику серцево-судинних ускладнень супроводжувалося зниженням рівня в'язкості крові та плазми. Накоплені численні дані щодо впливу реологічних властивостей крові на прогресування атеросклерозу [2]. Особливу роль відіграє підвищена в'язкість крові у поєднанні з дисліпідемією [3]. Вплив на ВК і плазми може бути одним з