

# ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

*А.А. Бальберт, В.Н. Самойлова, В.В. Ямпольская, В.С. Мякотных*  
ГОУ ВПО УГМА Росздрава, Свердловский областной клинический  
психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург

Церебральные коммоционные повреждения (сотрясения и легкие ушибы головного мозга) составляют до 81% всех современных боевых черепно-мозговых травм. Получение в боевых условиях даже легкой боевой закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) приводит к появлению стойких посттравматических изменений [5,6,7], которые, в свою очередь, являются благодатной почвой для формирования алкогольной зависимости. Число пациентов Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн с сочетанием алкогольной зависимости и последствиями легкой боевой ЗЧМТ выросло в период с 1997 по 2004 гг. на 77.42% [7]. Аффекты злости, агрессии создают фон для выбывания «афганцев» и «чеченцев» из процесса лечения, способствуют рецидиву болезни, провоцируют прием алкоголя для самолечения, улучшения настроения, социальной адаптации, увеличивают риск суицидов. Причины начала употребления алкоголя нашими пациентами озвучиваются ими как: «действует как снотворное», «помогает пережить трудности в жизни», «помогает снять головную боль» и т.д. Вопросы формирования сочетанной церебральной алкогольно-травматической патологии остаются недостаточно изученными.

**Цель исследования** - оценить вклад системы перекисного окисления липидов (ПОЛ) в патогенез сочетанной церебральной патологии, оценить темпы старения пациентов, изучить особенности вегетативного регулирования деятельности сердечно-сосудистой системы.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 48 пациентов в возрасте 26 – 55 лет ( $m=39,9\pm 2,82$ ), перенесших боевую ЗЧМТ и имеющие алкогольную зависимость 2-й степени, сформированную после получения травмы. Давность ЗЧМТ 4 – 17 лет тому назад. Группой сравнения послужили также участники современных войн с последствиями боевой ЗЧМТ, но без проявлений алкогольной зависимости, в количестве 28 человек в возрасте 26 – 51 лет ( $m=37,8\pm 2,69$ ).

Исследование вегетативной нервной системы проводилось с помощью стандартных методов [1,2] на аппаратном комплексе «Вегетотестер» (г.

Иваново). Определение состояния ПОЛ и антиокислительной активности (АОА) системы крови, биологического возраста (БВ) пациентов производилось также известными методами [3,4].

**Результаты и их обсуждение.** При исследовании состояния вегетативной нервной системы, вегетативной регуляции у 28 пациентов с последствиями боевой ЗЧМТ, но без алкогольной зависимости, во всех случаях выявлена дисфункция неспецифических систем головного мозга с тенденцией к симпатикотонии и недостаточность защитно-приспособительных механизмов. Среди 48 пациентов с сочетанной патологией в большинстве случаев ( $n=38$ ; 79,17%) выявлен повышенный тонус парасимпатической системы, более высокие адаптационные возможности и хорошая стрессовая устойчивость организма, что скорее всего объясняется адаптационным действием алкоголя. Этот феномен является временно позитивным и с течением времени сменяется тяжелыми негативными последствиями алкогольной зависимости с развитием интоксикационно-травматической энцефалопатии.

Выявлено достоверное ускорение процессов старения организма в целом при усилении ПОЛ, угнетении АОА и повышении показателей БВ. При должном среднем БВ у пациентов с сочетанной патологией  $37,96 \pm 2,95$  лет истинный БВ составил  $51,41 \pm 4,25$  лет ( $p < 0,01$ ); у пациентов только с последствиями ЗЧМТ данные показатели составили соответственно  $36,44 \pm 2,65$  и  $44,03 \pm 3,2$  лет ( $p < 0,05$ ). В группе пациентов с сочетанной патологией достоверно ( $p < 0,01$ ) повышены показатели диеновой конъюгации -  $4,085 \pm 0,29$  отн. ед. против  $2,517 \pm 0,18$  отн. ед. у лиц с только последствиями ЗЧМТ. Выявлено также уменьшение ( $p < 0,01$ ) средних показателей активности пероксидазы -  $14,43 \pm 1,05$  мкКат/г против  $32,82 \pm 2,39$  мкКат/г у пациентов только с последствиями ЗЧМТ.

Нами наблюдалось чередование, периодическое доминирование в разное время клинических проявлений то одного, то другого заболевания: при ремиссиях хронического алкоголизма на первое место выступают клинические проявления последствий ЗЧМТ, а при компенсации последствий ЗЧМТ доминируют симптомы хронического алкоголизма. Выделены следующие особенности клиники и течения алкогольной зависимости у пациентов, перенесших легкую боевую ЗЧМТ.

1. Патологическое влечение к алкоголю и степень его выраженности зависят от самочувствия пациентов (интенсивность головных болей, метеозависимость, нарушения сна). Наличие ситуации, нарушающей течение привычной жизни и адаптацию в ней, резко актуализирует патологическое влечение к алкоголю и заканчивается, как правило, рецидивом.

2. Абстинентный синдром формируется высокими темпами, т.е. через 4 – 5 лет, а в некоторых случаях и через 2 – 3 года от начала злоупотребления алкоголем. В абстинентном синдроме часто присоединяется ярко выраженная неврологическая симптоматика, быстро формируется психоорганический синдром. На выходе из абстинентного синдрома очень часто отмечается нарастание аффективных расстройств.

3. Толерантность к алкоголю стремительно растет, стадия «плато» толерантности протекает значительно быстрее, чем в классическом варианте. 3-я. энцефалопатическая стадия может сформироваться за 2,5 – 3 года, тогда как в классическом варианте – за 10 лет.

4. Характерной особенностью у «травматиков» является употребление слабоалкогольных напитков, но толерантность при этом возрастает в 6 – 7 раз от исходной, причем это происходит на любой стадии алкоголизма.

5. Чаще всего встречаются измененные формы простого алкогольного опьянения, они определяются преморбидом личности: а) астеники – присутствует раздражительность, гневливость, эмоциональная лабильность в опьянении; б) аффективно неустойчивые – в опьянении возникают суицидальные мысли и попытки, тоскливо-дисфорическое состояние; в) возбудимые личности – склонность к дракам, социально опасные действия в опьянении; г) эпилептоидные – злобность, дисфории; д) истерики – демонстративность, агрессивность, любой ценой хотят быть в центре внимания.

6. У пациентов с сочетанной патологией в подавляющем большинстве случаев превалирует постоянная форма употребления алкоголя и биджинговая форма – неукротимое, неуправляемое пьянство, зачастую многодневное до месяца и дольше.

7. Ремиссии нестойкие, их средняя продолжительность 6 месяцев. На качество и продолжительность ремиссий оказывает огромное влияние степень компенсации последствий ЗЧМТ и уровень социальной адаптации.

8. Комплекс лечебных мероприятий должен осуществляться поэтапно, включая в себя амбулаторный, стационарный этапы с обязательной последующей реабилитацией. Лечение должно быть направлено на снижение активности ПОЛ, усиление АОО, профилактику ускоренного старения, полиорганной недостаточности, снижение аффективной неустойчивости.

Выводы:

1. Сочетанная алкогольно-травматическая церебральная патология, сформированная на основе бывшего боевой ЗЧМТ, имеет отчетливые клинико-патогенетические особенности, свидетельствующие о нозологической самостоятельности данного варианта патологии.

2. Лечение указанной патологии должно быть комплексным, полидисциплинарным, учитывающим многие звенья сложной патогенетической цепи.

Баевский Р.М., Лаубе В., Берсенева А.П. Исследование механизмов вегетативной регуляции кровообращения на основе ортостатического тестирования с использованием математического анализа ритма сердца // Вестник Удмуртского университета. - 1995. - № 3. - С.13 – 20.

Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. и др. Заболевания вегетативной нервной системы / Под ред. А.М.Вейна. М.: Медицина 1991. - 543 с.

Журавлев А.И., Шерстнев М.П. // Лабораторное дело. - 1985 - № 10. - С. 586 - 587.

Мещанинов В.Н., Гаврилов И.В. Методика определения биологического возраста человека : Информационное письмо.- Екатеринбург, 1995.- 6 с.

Мякотных В.С. Патология нервной системы у ветеранов Афганистана.- Екатеринбург: Изд. «Наука», 1994.- 278 с.

Шогам И.Н. Отдаленные последствия легкой закрытой черепно-мозговой травмы // Ж. невропатол. и психиатр.- 1991.- №6. – С. 55 – 59.

Ямпольская В.В. Особенности клиники и течения алкогольной зависимости у лиц, перенесших боевую закрытую черепно-мозговую травму // Вопросы медицинской и социальной помощи участникам войн, вооруженных конфликтов, лицам пожилого и старческого возраста.- Екатеринбург: Изд. УГМА, 2003.- С. 154 – 157.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «ПОЛИСОРБ МП»**

*Г. М. Барташевич*

ГОУ ВПО УГМА Росздрава, кафедра внутренних болезней №1,  
Поликлиника «Ваш семейный доктор», г. Екатеринбург

**Цель** – оценка энтеросорбции как метода лечения различных заболеваний. Для изучения эффективности и переносимости препарата «Полисорб МП» были включены 30 пациентов на базе поликлиники «Ваш семейный доктор».

**Критерии включения:** 1. дети в возрасте 3-15 лет с ДС - 9; 2. взрослые с ДС - 7; 3. синдром Жильбера – 2; 3. аллергическая реакция – 4; 4. похмельный синдром – 3; 5. онкологическое заболевание – 1; 6. беременность – 4.

**Критерии исключения:** 1. пациенты с язвенной болезнью желудка и ДПК ; 2. желудочно-кишечные кровотечения; 3. атония кишечника;

**Описание и фармакологические свойства препарата:** Полисорб МП (ПМП) – неорганический, неселективный энтеросорбент на основе высокодисперсного кремнезема. Сорбционная емкость препарата - 300 м<sup>2</sup>/г. В просвете ЖКТ препарат связывает и выводит из организма эндо- и экзогенные токсины, микроорганизмы, антигены, пищевые и иные аллергены, яды, соли тяжелых металлов, радионуклиды, алкоголь. ПМП сорбирует избыток билирубина, холестерина и липидных комплексов, метаболитов азотистого обмена. Препарат не обладает эмбриотоксическим и тератогенным действием. Побочного действия препарат не имеет.

**Способ применения и дозы:** терапевтическая доза П МП - 100-200 мг/кг массы тела в сутки. П МП принимают в виде водной взвеси.

**Результаты исследования:** 1. на фоне диеты №4 у детей с ДС назначен ПМП в зависимости от массы тела и возраста: дети 2-7 лет – 2-5 г/сут; 7-14 лет – 5-7 г/сут. Срок лечения - 3,7 дня. Длительность ДС - 3,6 дня.