

Антипина Е.О.¹, Авдей Г.М.², Орловская Т.Ю.¹, Хоперский П.Г.¹

¹Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

²Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛОПОЛИНЕЙРОПАТИЯ У ПАЦИЕНТКИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Актуальность. Алкоголизм у женщин развивается в 5 раз реже, чем у мужчин. Вместе с тем в последние годы отмечается тенденция к уменьшению различия в мужской и женской заболеваемости и угрожающий рост женского алкоголизма. Женский алкоголизм протекает наиболее злокачественно. К факторам негативного прогноза относят: сочетание алкоголизма матери и отца, возраст начала злоупотребления алкоголем до 25 лет, преобладание неустойчивых и эпилептоидных черт характера. Клиническими проявлениями алкогольного поражения нервной системы являются: острая алкогольная интоксикация, синдромы отмены приема алкоголя, деменция, энцефалопатия Вернике, корсаковский синдром, алкогольная церебеллярная дегенерация, полинейропатия, миопатия, эпилепсия.

Цель. Представить клинический случай дисметаболической энцефаломиелополинейропатии у пациентки молодого возраста, страдающей синдромом зависимости от алкоголя (СЗА).

Методы исследования. Анализ клинических, инструментальных, лабораторных данных.

Результаты и их обсуждение. Пациентка Д., 30 лет, переведена в неврологическое отделение Гродненской университетской клиники из Волковысской ЦРБ (ВЦРБ). Жалобы при поступлении: на слабость в ногах, невозможность ходить. До поступления в ВЦРБ пациентка 2 недели злоупотребляла алкоголем. На фоне отмены алкоголя дома у нее случились генерализованные судорожные припадки, в связи с чем находилась на лечении в реанимационном, затем неврологическом отделении ВЦРБ. Алкоголем злоупотребляет с 15 лет. Мать пациентки умерла от причин, связанных с алкоголем, отец страдает СЗА. Перенесенные заболевания: вирусный гепатит С. Неврологически:

В сознании. Дезориентирована во времени, частично ориентирована в месте. Простые инструкции выполняет. Критика к своему состоянию снижена, когнитивно снижена (MMSE 12). Черепные нервы: норма. Выраженный нижний вялый парапарез. Рефлексы с рук: D=S, с ног не вызываются. Симптом Бабинского с 2 сторон. Гипестезия «по типу чулок». В позе Ромберга не стоит. Координаторные пробы выполняет с атаксией нижними конечностями. Менингеальных знаков нет. Осмотр психиатра-нарколога: F10.241, в анамнезе X61 (2021 г.). Отклонения от нормы в лабораторных показателях: АсАТ – 135, АлАТ – 70, СРБ 8,5, ферритин 375, СОЭ 38. ЭКГ: ритм синусовый, 110 уд/мин, тахикардия. УЗИ внутренних органов: гепатомегалия. Эхокардиография: гипертрофия миокарда межжелудочковой перегородки; камеры сердца не расширены; сократительная способность миокарда сохранена. МРТ головного мозга: МР-признаки умеренно выраженных дегенеративных изменений головного мозга. Проведенное лечение: витамины В1, В12, эмоксипин, аминалон, ипидакрин, карбамазепин, метопролол, фраксипарин, омепразол; физиотерапия. Неврологический статус при выписке прежний. Рекомендован курс реабилитации, наблюдение у психиатра-нарколога по месту жительства.

Подход к лечению и реабилитации алкоголизма должен быть комплексным, объединяющим опыт и усилия служб, имеющих отношение к социальной и медицинской помощи. Привлечение врачей широкого профиля к ранней диагностике осложнений от алкоголя и их коррекции – путь к первичной и вторичной профилактике хронического алкоголизма.
