

УДК: 616.8-055.2

Судорожный синдром у больных алкоголизмом

Г.М. Кушнир

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Ключевые слова: судорожный синдром, эпилепсия, алкоголизм

Среди многообразия неврологических проблем, связанных с алкоголизмом, видное место занимают пароксизмальные нарушения и, прежде всего, судорожные состояния. Судорожный статус является серьезнейшим фактором риска преждевременной смерти больного. При этом, в одних случаях алкоголизм является причинным фактором судорожных состояний, в других — следствием (на это есть биологические и психологические предпосылки), в третьих — случайным сочетанием [2,3].

В возникновении припадков у больных алкоголизмом имеют значение сложное переплетение различных патогенетических механизмов токсического, метаболического, эпилептического, сосудистого характера. Не следует забывать, что у алкоголиков с таким же успехом, а может быть, и чаще, чем у других смертных, может возникнуть инсульт, абсцесс мозга, менингит, травматическая гематома и т.д. И все эти заболевания могут стать причиной возникновения судорожных состояний. Кстати, это не настолько уникальная

ситуация. Ведь у больных сахарным диабетом или остеохондрозом позвоночника могут происходить события, совсем не связанные с этими заболеваниями.

В данной таблице представлены некоторые патогенетические комбинации, лежащие в основе судорожных припадков у больных алкоголизмом.

У больных алкоголизмом, наряду с диагностическими сложностями, возникают трудности и лечебного свойства. Ведь главное в лечении этих больных — это полный отказ от употребления алкоголя, что в большинстве случаев неосуществимо. Прием антиконвульсантов на протяжении многих месяцев и лет — нереален в силу психической деградации и в силу экономических проблем, и, наконец, насколько полезна комбинация алкоголя и антиконвульсантов — большой вопрос. Поражение ЖКТ, печени и почек у больных алкоголизмом создает дополнительное препятствие в адекватной фармакокинетике и биотрансформации достаточно токсичных противосудорожных препаратов.

Чаще всего эпилептические

припадки связаны с абстинентным синдромом - **абстинентные, «ромовые» припадки** (85% всех случаев эпилептиформных припадков) [2]. В большинстве случаев возникают спустя 12-48 часов (редко - спустя 96 часов) после прекращения приема или уменьшения привычной дозы алкоголя на фоне других проявлений абстинентного синдрома (тремор, раздражительность, нарушения сна). Обычно они бывают генерализованными тонико-клоническими, непродолжительными и не повторяются более одного-двух раз. Эпилептический статус возникает редко и требует исключения дополнительных факторов (ЧМТ, менингита, гипогликемии, гипонатриемии). Вне периода абстиненции судороги не возникают. Примерно у трети пациентов, перенесших абстинентный судорожный припадок, впоследствии развивается делирий. Нередко (почти у 50% больных белой горячкой) они наблюдаются и на высоте психоза.

Если анамнез и характер припадков достаточно типичны, нет необходимости в дальнейшем обследовании и назначении противо-

Варианты судорожных припадков у больных алкоголизмом.

Алкогольная эпилепсия	Абстинентные припадки Припадки, спровоцированные приемом алкоголя
Идиопатическая эпилепсия	
Симптоматическая эпилепсия	Травматическая Сосудистая (последствия мозгового инсульта, ДЭП, сосудистая мальформация) Врожденные аномалии головного мозга Последствия перинатальной патологии головного мозга Факоматозы
Ситуационно обусловленные судороги	Энцефалит Менингит Острая цереброваскулярная патология Опухоль Черепно-мозговая травма (ушиб, сдавление) Острые токсические энцефалопатии Лекарственные энцефалопатии Передозировка или отмена веществ с наркотическим действием
Метаболические расстройства	Печеночная недостаточность Уремия Гипогликемия Диабетический кетоацидоз
Судорожный синкоп	
Психогенные припадки	

судорожных препаратов. Еще раз следует подчеркнуть, что такова тактика при типичных абстинентных припадках. Ведь это ситуационно обусловленные судороги. Не будет абстиненции - не будет и припадков. Следует иметь в виду, что с началом запоя, если и назначены препараты, больные прекра-

щают прием антиконвульсанта, в результате алкогольная абстиненция наслаивается на лекарственную абстиненцию и может спровоцировать эпилептический статус (!)

Учитывая тот факт, что «ромовые» припадки часто являются предвестником алкогольного дели-

рия, который обычно возникает спустя 1-3 суток после припадков, целесообразно назначение феназема, диазема, коррекция водно-электролитных расстройств, назначение витамина В₁ и препаратов калия (особенно при назначении растворов глюкозы), а также сульфата магния (для коррек-

ции часто возникающей при этом гипомагнемии). Следует помнить, что абстиненция может спровоцировать припадок у больного с иным заболеванием головного мозга, например, с опухолью.

Гораздо реже, чем абстинентные припадки, наблюдаются **припадки, спровоцированные приемом алкоголя**. Эти судороги обычно имеют парциальное начало с последующей генерализацией. Нередко развивается эпилептический статус, во время которого больной может погибнуть. Эти больные требуют тщательного обследования для исключения иных причин припадков. Отличительными особенностями алкогольной эпилепсии (к которой относят случаи абстинентных и обзусных припадков) являются возникновение на поздних этапах алкоголизма (конец II - переход к III стадии), прямая связь с алкогольной интоксикацией (в период ремиссии алкоголизма припадки прекращаются) и развитие психической деградации по алкогольному, а не по эпилептическому типу.

Другой вариант эпилептических припадков у больных алкоголизмом - это **комбинация алкоголизма с идиопатической эпилепсией**. Здесь роль алкоголизма заключается в обострении и утяжелении симптоматики эпилептической болезни, что особенно заметно при ее первоначально доброкачественном течении. В этих случаях эпилептические припадки возникают изредка и в периоды трезвости, но при злоупотреблении алкоголем, особенно после запоев, резко учащаются. Abortивные и неразвернутые формы припадков замечаются большими, иногда серийными, вплоть до эпистатуса. В клинической картине большое место начинают занимать дисфорические состояния. Психическая деградация формируется по эпилептическому типу, однако в ее структуре более выражены не торпидность, а взрывчатость и brutальность.

Алкоголизм у больных идиопатической эпилепсией характеризуется тяжелым течением, отличаясь быстрым формированием, запойным типом злоупотребления спиртным и измененными формами алкогольного опьянения (возбуждение, агрессия, амнезия). Такие особенности алкоголизма, по-видимому связаны с влиянием генетического фактора: алкоголизм, в частности его запойные формы, чаще, чем в общей популяции, встречаются среди родственников больных идиопатической эпилепсией.

При нейровизуализационном обследовании (МРТ) головного мозга признаков органического поражения нервной системы не выявляется, если не считать характерной для алкоголизма атрофии мозга [4]. Такие больные нуждаются в систематическом противосудорожном лечении - постоянном приеме вальпроатов или карбамазепинов.

Наконец, самый сложный для диагностики вариант - сочетание алкоголизма с симптоматической эпилепсией или с ситуационно обусловленными судорогами.

О **симптоматической эпилепсии** следует говорить в тех случаях, когда в основе повторяющихся не менее 2 раз с интервалом не менее 24 часов припадков лежит органическое поражение головного мозга, чаще всего последствия травмы мозга, перенесенного инсульта, дисциркуляторная энцефалопатия, врожденные аномалии или перинатальная патология головного мозга, факотомозы, последствия энцефалитов, и т.д. [1,5].

Ситуационно обусловленные судороги - это спровоцированные припадки, которые могут возникать вследствие острого поражения головного мозга (энцефалита, менингита, абсцесса, инсульта или черепно-мозговой травмы), опухолей головного мозга, острого отравления в т.ч. лекарственными препаратами либо их отмена и т.д. Необходимо учиты-

вать, что больные алкоголизмом предрасположены к развитию субдуральных гематом и менингитов.

Основой диагностики таких судорожных припадков является учет анамнестических данных, что является достаточно сложной задачей, характера припадков, (парциальность или вторичная генерализация, нарастание частоты и длительности, склонность к серийности и статусу, транзиторный постприпадочный неврологический дефицит), неврологический статус в интериктальном (межприпадочном) периоде. Важное значение здесь приобретает оценка данных исследования цереброспинальной жидкости, глазного дна, общего анализа крови, серологических данных, ЭЭГ и особенно нейровизуализация мозга (КТ, МРТ, МРА). В ряде случаев возникает необходимость в эхокардиографии, ультразвуковой доплерографии сосудов головного мозга.

При лечении больных симптоматической эпилепсией назначается систематический прием антиконвульсантов (на первом месте карбамазепины) в сочетании с патогенетической терапией. В ряде случаев в настоящее время проводится хирургическое лечение. При ситуационных припадках проводится купирование эпилептического статуса или серии припадков. Необходимости в систематическом приеме антиконвульсантов у этих больных нет. Основное значение приобретает отказ от приема алкоголя (при абстинентных и обзусных припадках) и патогенетическое лечение основного заболевания, включая хирургические методы.

У больных алкоголизмом значительно чаще, чем в общей популяции, наблюдаются **метаболические нарушения**, обусловленные развитием печеночной недостаточности, уремии, гипогликемии, диабетического кетоацидоза, гипоксии. При отсутствии во многих случаях анамнестических данных возникают большие сложно-

сти в трактовке различных судорожных феноменов, развивающихся в дебюте или в разгаре комы. Характерными для метаболитических ком являются астериксис и мультифокальная миоклония. При астериксисе наблюдаются сгибательные и разгибательные размашистые подергивания в дистальных отделах конечностей или приводящие и отводящие движения бедер. Мультифокальные миоклонии проявляются отрывистыми подергиваниями в различных группах мышц, преимущественно в мышцах лица и проксимальных отделах конечностей.

В диагностике наряду с клиническими данными важнейшее значение приобретают параклинические исследования. Очевидно, что противосудорожная терапия здесь не показана, проводится патогенетическая терапия соответствующей комы.

Психогенные припадки (псевдоприпадки) в рамках истерии нередко возникают у больных алкоголизмом в период абсти-

нции, что создает ошибочную иллюзию у врачей об их эпилептическом характере. Припадки происходят всегда в присутствии зрителя. Во время такого припадка нет четкой смены тонической и клонической фаз, больной молотит руками о пол или мотает головой из стороны в сторону, кусает или царапает себя, оказывает сопротивление попыткам врача открыть глаза. Приступ может продолжаться долго (десятки минут). В отличие от эпилептического припадка повреждения не наблюдаются.

Лечение заключается в назначении личностно-ориентированной психотерапии, психотропных препаратов.

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть: широкий спектр неврологических нарушений и, в частности, судорожных состояний, с которыми связан алкоголизм, огромный соблазн найти объяснение судорожным пароксизмам с этих позиций, не должен останавливать врача перед

поисками истинной причины судорожного синдрома у конкретного больного. Только в этом случае могут быть рационально решены вопросы диагностики и адекватного лечения.

Список литературы.

1. Макаров А.Ю., Садыков Е.А., Киселев В.Н. *посттравматическая эпилепсия: диагностика и клинические варианты* // Журнал неврологии и психиатрии. — 2001. - №6. — С. 7-11.
2. *Неврология для врачей общей практики. Под ред. Вейна А.М.* — Эйдос Медиа, 2001. — 504с.
3. Штульман Д.Р., Левин О.С. *Неврология. Справочник практического врача. 2-е изд.* — М.: МЕДпрессинформ, 2002. — 784с.
4. Hajeck M., Stefan H., Jader Ketal. *The increasing role of magnetic resonance spectroscopy in epilepsy* // *Epilepsia*. — 1998. — V.39, suppl 2 — P. 29.
5. Jantos S., Manri J., Jopez J. *at all. Epilepsia symptomatica: Revision of 208 patients* // *Rev. Neurol.* — 1999. — V.28, N9. — P. 846-849.

Судомний синдром у хворих на алкоголізм

Кушнір Г.М.

В статті зведені головні дані о судомному синдромі у хворих на алкоголізм. Подані головні диференційно - діагностичні критерії та підходи до лікування даних станів.

Ключові слова: судомний синдром, епілепсія, алкоголізм.

Convulsive syndrome in patients with alcoholism.

Kushnir G.M.

This article describe different case of convulsive syndrome in patients with alcoholism. There are main diagnostic features and treatment approaches in this article.

Key words: convulsive syndrome, epilepsy, alcoholism.