

**Неотложные состояния  
в психиатрии и наркологии  
Часть 1**

- **Согласно государственному образовательному стандарту врач - выпускник по специальности 040100 «лечебное дело» подготовлен для диагностики и оказания первой помощи при неотложных состояниях**
- **Готовность оказать необходимую медицинскую помощь**
- **отражена в «Клятве врача»**
- **Согласно статье 124 УК РФ: «Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью, наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового»**

# Учебные требования

- В экзаменационных билетах отсутствуют вопросы по большинству разделов темы «неотложные состояния», однако, при ответе на любой экзаменационный вопрос, экзаменатор вправе проверить знания студента по неотложным состояниям в рамках данного вопроса
- На экзамене каждому студенту предлагается для обсуждения ситуационная задача по теме «неотложные состояния»
- Экзаменатор вправе задавать студенту вопросы по смежным дисциплинам, касающимся оказания неотложной помощи (неврология, терапия, хирургия, реаниматология и др.)
- В виду важности данной темы неудовлетворительный ответ по вопросам оказания неотложной помощи ведет к неудовлетворительной оценке за экзамен независимо от оценок по другим вопросам билета
- Подготовка по теме «неотложные состояния» может проводиться как по данной учебной презентации так и по другим современным руководствам по психиатрии, наркологии, реаниматологии, интенсивной терапии, токсикологии и др.

Список литературы:

-Сумин С.А., Неотложные состояния, изд. 2002, 2006гг

Арвинский Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. М.: Медицина, 1979

**Неотложное состояние – это состояние, которое представляет угрозу для жизни пациента и поэтому требует проведения неотлагательных мер по диагностике, лечению и определению дальнейшей тактики ведения больного.**

- Неотложные состояния в психиатрии и наркологии отличаются частым сочетанием выраженных психических и соматических нарушений, что требует от врача, оказывающего помощь, достаточных знаний как психиатрии, так и других разделов медицины (терапия, неврология и др)
- Неотложные соматические состояния часто протекают с присоединением выраженных психических расстройств
- Применение современных психотропных препаратов для планового лечения психических расстройств может сопровождаться развитием

# Виды медицинской помощи при неотложных состояниях

- Первая медицинская – оказывается лицами, не имеющими медицинского образования

- Доврачебная (фельдшерская) – оказывается медработниками со средним медицинским образованием

- Первая врачебная (врач общего профиля – оказывается в любых условиях)

- Квалифицированная (общехирургическая, общетерапевтическая – оказывается при наличии необходимых условий)

- Специализированная (психиатр, нарколог, невролог, анестезиолог-реаниматолог)



ЭТИМИ ВИДАМИ  
ПОМОЩИ  
ОБЯЗАН  
ВЛАДЕТЬ  
ЛЮБОЙ ВРАЧ

# Тактика медицинской помощи при неотложных состояниях

## в психиатрии и наркологии (1)

Зависит от тяжести состояния больного и условий оказания помощи:

- 1) При необходимости реанимационные мероприятия должны **проводиться безотлагательно в положенном объеме**
- 2) Если больной нуждается в экстренной терапевтической, хирургической, токсикологической помощи – она должна быть оказана **в первую очередь в положенном объеме**
- 3) После выполнения экстренных диагностических и лечебных манипуляций **больной должен быть осмотрен психиатром:**
  - В стационаре общего профиля – при наличии штатного психиатра-консультанта он должен немедленно осмотреть больного
  - Вне стационара (дома, на улице, в амбулаторном учреждении) или в стационаре при отсутствии психиатра-консультанта – вызов бригады скорой психиатрической помощи (СПП)

# Тактика медицинской помощи при неотложных состояниях

## в психиатрии и наркологии (2)

Решение о переводе или госпитализации пациента в психиатрический стационар (психосоматическое отделение), особенно если больной отказывается от госпитализации, может быть принято только врачом-психиатром

- В психиатрический стационар переводятся (госпитализируются) пациенты, соматическая патология которых не определяет тяжесть состояния и не требует нахождения в соматическом стационаре

- При сочетании тяжелой соматической патологии с тяжелой психической патологией пациент переводится (госпитализируется) в специализированное психосоматическое отделение (ПСО)

Если в клинической картине доминирует тяжелое соматическое состояние или оно угрожает жизни больного – пациент продолжает лечение (госпитализируется) в соматическом стационаре (отделении

# Документальное оформление консультации психиатра

- Во всех случаях показания к консультации психиатра должны быть отражены врачом в истории болезни (амбулаторной карте) в виде психического статуса и предварительного синдромального диагноза

(например: *делириозный синдром, депрессивный синдром с суицидными намерениями, параноидный синдром* )



Если состояние больного позволяет (особенно если врач сомневается в наличии психотических переживаний у пациента) - следует обсудить консультацию с больным, получить письменное согласие и

- приложить  
его к и\б

# Основные неотложные состояния в психиатрии и наркологии

1. Психомоторное возбуждение
2. Суицидальное и аутоагрессивное поведение
3. Судорожный синдром и эпилептический статус
4. Неалкогольный (соматогенный) делирий
5. Аментивный синдром
6. Алкогольный делирий (осложненный и не осложненный)
7. Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике
8. Синдромы выключения сознания
9. Отказ от еды
10. Острые осложнения при применении психотропных препаратов
11. Отравления психотропными препаратами
12. Тяжелое (глубокое) алкогольное опьянение
13. Передозировка опиатов или опиоидов
14. Основные виды абстинентных синдромов
15. Панические атаки и вегетативные кризы

# Психомоторное возбуждение (1)

- **Резкое повышение двигательной и речевой (не всегда) активности, связанное с изменением психического состояния больного**
- Является неотложным состоянием в тех случаях, когда обусловлено психотическими расстройствами, выявляемыми у пациента

## Наиболее часто встречаются следующие виды:

- **Галлюцинаторное** – вызвано галлюцинаторными переживаниями угрожающего или пугающего характера и вытекает из содержания галлюцинаций
  - **в связи со зрительными галлюцинациями** – в рамках синдромов помрачения сознания (делирий, сумеречное помрачение сознания) – встречается наиболее часто
  - **в связи со слуховыми галлюцинациями** - в рамках галлюцинозов органической и эндогенной (параноидная шизофрения) природы
- **Дисфорическое** – соответствует проявлениям дисфории при эпилепсии и органических заболеваниях головного мозга
- **Тревожное** – при ажитированной депрессии
- **Депрессивное** (депрессивный раптус) – внезапное возбуждение с аутоагрессивными действиями при меланхолической депрессии
- **Маниакальное** – в рамках маниакального синдрома
- **Аффективно-шоковое** – в рамках реактивных гиперкинетических психозов в ответ на

# Психомоторное возбуждение (2)

В общемедицинской практике наиболее часто встречается **галлюцинаторное возбуждение в рамках делирия** – при различных тяжелых соматических и инфекционных заболеваниях (см. далее в разделе «делирий»)

Кроме указанных вариантов психомоторное возбуждение может сопровождать ряд тяжелых соматических состояний, которые нельзя однозначно отнести к вышеперечисленным случаям:

- 
- Гипертонический криз и острая гипертензивная энцефалопатия
- Алкогольный и героиновый абстинентный синдром
- Небольшие ишемические инсульты лобной и затылочной локализации (часто протекают без параличей, что затрудняет диагностику)
- Заболевания, сопровождающиеся острой дыхательной недостаточностью I-II степени
- Заболевания и травмы, сопровождающиеся выраженным болевым синдромом
- Инфаркт миокарда

Некоторые инфекционные заболевания (бешенство, столбняк и др.)

Некоторые отравления (ФОС, летучие растворители, психостимуляторы, галлюциногены и др.)

Возможность данных состояний необходимо учитывать

в процессе оказания неотложной помощи больным

# Неотложная помощь при психомоторном возбуждении

**1. Физическое удержание больного** – проводится силами медицинского персонала

максимально бережно (допустимо удержание за конечности, прижатие за плечи к кровати или полу; допустима фиксация туловища и конечностей с помощью простыни, одеяла) – врач обязан находиться с больным все время удержания и контролировать отсутствие осложнений (сдавление сосудов и нервов, вывихи, затруднение дыхания из-за нарушения экскурсии грудной клетки).

**2. Из лекарственных препаратов допустимо применение транквилизаторов:**

- **S.Diazepam 0.5% - 4.0 в\м** или

- **S.Phenazepam 0.1% - 2.0-4.0 в\м**

Перед применением транквилизаторов любой врач обязан исключить состояния при которых транквилизаторы противопоказаны.

Внутривенное введение не разрешается из-за риска нанесения травмы возбужденному больному и риска остановки дыхания

Введение больших доз транквилизаторов, превышающих рекомендованные, для врача общей практики недопустимо.

**3. Вызвать бригаду СМП или психиатра-консультанта стационара**

4. После применения транквилизаторов и до приезда СМП (прихода психиатра-консультанта) **продолжать** (именно врач, а не медсестра) **наблюдение за больным.**

5. В **мед.документации** необходимо описательно **отразить состояние больного**, указать **предварительный синдромальный диагноз** и указать, что удержание и транквилизаторы были

# Суицидальное и аутоагрессивное поведение (1)

- **В подавляющем большинстве случаев обусловлено депрессивными переживаниями различной природы (реактивными, эндогенными и др.)**

Наиболее высокий риск суицида при меланхолических и ажитированных депрессиях, суицидальные действия при депрессии указывают на её тяжесть (среднетяжелая или тяжелая (психотическая))

- Реже может быть связано с **бредовыми переживаниями** параноидного характера или **слуховыми галлюцинациями** (особенно императивными)

Достаточно редко возникает у практически здоровых лиц в ответ на тяжелые

- психотравмирующие обстоятельства

**В группе риска пациенты с алкогольной и наркотической зависимостью, пациенты в абстинентном состоянии** (связано с депрессивной окраской состояния, выраженными колебаниями настроения и тягостными переживаниями в абстиненции)

- Незавершенная суицидальная попытка может привести больного в соматический стационар (хирургия, травматология, токсикология) – **в этом случае в стационаре высока вероятность повторной попытки !!!**

- Возможно совершение первой суицидной попытки в стационаре, особенно при ухудшении соматического состояния или если больной узнает о наличии у себя тяжелого заболевания (злокачественное новообразование, ВИЧ-инфекция)

**Все пациенты, госпитализированные после суицидной попытки, должны быть**

- **осмотрены психиатром !!!**

# Суицидальное и аутоагрессивное поведение (2)

- При выявлении у больного признаков психотического расстройства (идеи виновности, ипохондрический бред, стойкие суицидные намерения, галлюцинации) следует **обеспечить постоянное наблюдение за больным** (отдельная палата или изолятор с постом медсестры), забрать у пациента возможные орудия совершения суицида (упаковки лекарств, колюще-режущие предметы, стеклянную посуду) и
- **организовать срочную консультацию психиатра**

При **развитии психомоторного возбуждения** (депрессивный раптус) – см. в

- соответствующем разделе

**При отсутствии явных признаков психотических переживаний**, при подозрении врача на демонстративный характер суицидных действий все равно **следует обсудить возможность консультации данного больного с психиатром** (психиатром-консультантом стационара при его наличии или дежурным психиатром СПП – по телефону; для продуктивного общения с дежурным психиатром СПП необходимо

- **грамотно описать психический статус пациента !!!)**

## **НЕ ДОПУСТИМО (!!!):**

- Оставлять больного с суицидальным поведением без наблюдения или под наблюдением
- соседей по палате или родственников без мед.персонала (врач, медсестра)
- Игнорировать стойкое и выраженное снижение настроения у пациента
- Сообщать пациенту о диагнозе тяжёлого заболевания без обсуждения последующей
- тактики действий и отношения пациента к своей болезни

# Судорожный синдром (1)

Врач любой специальности может столкнуться с судорожным синдромом (припадком) и обязан оказать неотложную помощь.

- Чаще всего встречаются единичные генерализованные судорожные припадки, они могут возникать при эпилепсии или (чаще) иметь симптоматический характер (на фоне абстинентного синдрома, интоксикаций, высокой лихорадки, различной патологии мозга и церебральных сосудов или как реакция на введение некоторых лекарственных препаратов – витаминов (особенно группа «В» и никотиновая кислота), антибиотиков, аналептиков, антигистаминных и др.).

Такой припадок длится обычно 30-90 секунд и имеет характерную клинику

- Так же при эпилепсии могут наблюдаться парциальные припадки с вторичной генерализацией, которые начинаются с ауры и продолжаются как генерализованный судорожный припадок с типичной клиникой
- Единичные парциальные припадки без генерализации в большинстве случаев не требуют неотложной помощи – пациент должен посетить лечащего врача в плановом порядке в случае учащения таких припадков
- **Серия припадков** – несколько припадков за короткий промежуток времени,

# Судорожный синдром (2)

## Во время припадка :

- по возможности упредить падение больного
- необходимо уложить (повернуть) больного на бок и подложить что-нибудь мягкое под голову (одежда, сумка, подушка и др.), удерживать голову аккуратно, без применения большой силы
- нельзя с силой удерживать конечности – может случиться вывих или повреждение связок
- нельзя вставлять твердые предметы и инструменты между зубами (во избежание травмы), допустимо при наличии возможности
- вложить полотенце или тряпку

# Судорожный синдром (3)

## После припадка:

- Проверить проходимость дыхательных путей, при необходимости остановить кровотечение из языка путем прижатия (больной находится в состоянии оглушения)
- Проверить пульс, АД, ЧДД, грубые очаговые и менингеальные симптомы
- Оценить травмы, полученные в ходе припадка (особенно травмы головы)
- Вызвать СП с учетом данных обследования:

-при удовлетворительном состоянии – обычную бригаду

-при нестабильности витальных показателей, наличии

● неврологической симптоматики – реанимационную бригаду,

# Эпилептический статус

- Неотложная помощь на этапе первой врачебной помощи как при повторных припадках
- Перевод в реанимационное отделение

(вызов реанимационной бригады СП)

- 

На этапе специализированной помощи (реанимационная бригада СП, реанимационное отделение):

- 1) при отсутствии эффекта от указанных выше мероприятий: – внутривенное введение раствора тиопентала или гексенала (титрация дозы) со вспомогательной вентиляцией легких при необходимости
- 2) при дальнейшем отсутствии эффекта – общий наркоз, миорелаксанты, эндотрахеальная ИВЛ
- 3) интенсивная терапия в полном объеме (поддержание гемодинамики, контроль газового состава крови, коррекция КЩС и электролитов крови, борьба с отеком мозга, антигипоксанты, нейропротекторы)
- 4) полное физикальное, лабораторное и инструментальное обследование

# Неалкогольный (соматогенный) делирий (1)

- Делирий, развивающийся вторично по отношению к острому соматическому заболеванию или обострению хронического соматического заболевания
- Делирий – универсальный (неспецифический) ответ мозга на повреждающие факторы
- Соматическое заболевание должно быть тяжелым или среднетяжелым
- Не предшествует алкоголизация, наркотизация и абстинентный синдром
- Чаще возникает у пожилых больных и пациентов с исходным органическим поражением головного мозга (сосудистое, ЧМТ, массивная и длительная алкоголизация в прошлом и др.)
- Развивается более чем у четверти пациентов, госпитализированных в реанимационные отделения и отделения интенсивной терапии по различным причинам
- Часто развивается в послеоперационном периоде после полостных операций
- Делирий обычно бывает связан с интоксикацией, высокой лихорадкой, ухудшением показателей системной гемодинамики, дыхательной недостаточностью и др.
- Развитие делирия указывает на неблагоприятное течение соматического заболевания и высокий риск неблагоприятного исхода (переход в оглушение, сопор и кому)
- Значительную роль в развитии может сыграть неосторожное применение многих лекарственных препаратов, особенно с холинолитическими свойствами (димедрол, атропин, платифиллин, тиоридазин, аминазин и др.) и полипрагмазия
- Динамика и прогноз развития см. в разделе ДИНАМИКА ДЕЛИРИЯ И АМЕНЦИИ далее,

# Неалкогольный (соматогенный) делирий (2)

Всегда указывает на ухудшение состояния больного и неблагоприятное течение заболевания, поэтому требует неотложной помощи!!!

## Принципы лечения:

- Перевод пациента в отделение интенсивной терапии (реанимации) при наличии возможности или лечение в палате с постоянным наблюдением – лечение соматогенного делирия проводится только в соматическом стационаре или ПСО (!!!), но не в ПБ

1) Тщательное обследование для выявления нераспознанных сопутствующих состояний

2) Тщательная динамическая оценка состояния больного (включая контроль основных физиологических функций и ключевых лабораторных показателей)

### 3) Интенсивная терапия основного заболевания

(включая поддержание гемодинамики, контроль газового состава крови, коррекция КЩС и электролитов крови, адекватная инфузионная терапия и др.)

4) Дезинтоксикационная терапия по показаниям, включая методы экстракорпоральной детоксикации при необходимости

1. Применение витаминов, антигипоксантов, ноотропов и нейропротекторов (витамины гр. «В», пирацетам, мафусол, глиатилин, милдронат и др.)

6) При необходимости – применение транквилизаторов в\м в небольших дозах (S.Diazepam 0.5% - 2.0 или S.Phenazepam 0.1% - 1.0-2.0) или оксибутирата натрия в\в дробно или в виде медленной инфузии на физ.растворе (в условиях реанимационного отделения)

Возможно применение тиаприда (таблетки и раствор в\м) – 100 мг на ночь

•  
(при необходимости возможно повторное введение так же в малых дозах)

# Аменция

- Чаще развивается при затяжном течении тяжелых соматических заболеваний
- Часто сменяет затяжной соматогенный делирий при отсутствии положительной динамики основного заболевания
- Особенно часто развивается при сепсисе, панкреатитах, ожоговой болезни, при гнойных осложнениях после тяжелых полостных операций, при кахексии у онкологических больных, в терминальных стадиях тяжелых хронических заболеваний
- Отражает выраженное истощение и длительную интоксикацию
- Свидетельствует о крайне неблагоприятном течении заболевания

При отсутствии адекватного лечения основного заболевания заканчивается смертью больного (переход в сопор и кому)

**Лечение (сходно с лечением соматогенного делирия, более интенсивное):**

Проводится **только** в условиях отделения реанимации (интенсивной терапии)

1. **Интенсивная терапия** основного заболевания с применением всех имеющихся в арсенале врача методов (см. соматогенный делирий)
  2. Поиск причин нарастающего ухудшения состояния и неэффективности проводимой терапии (нераспознанные сопутствующие заболевания и осложнения)
  - 3) Обязательное налаживание **парентерального питания** больного
  - 4) **Обязательно применение витаминов парентерально (В1, В6, С)**
- не требует седации, а назначение транквилизаторов может ухудшить состояние пациента и

# Динамика делирия и аменции (динамика синдромов поражения ЦНС)



Нарастание тяжести и неблагоприятного прогноза

## Варианты исходов

Астенический  
синдром

Психоорганический  
синдром

Корсаковский  
синдром

Деменция

Нарастание тяжести и неблагоприятного прогноза

# Алкогольный делирий (1)

- В отличие от соматогенного делирия **всегда связан с алкогольным абстинентным синдромом**, а не просто эпизодом алкоголизации (прием алкоголя без развития абстиненции может способствовать развитию соматогенного делирия)
- Развивается в период с **1-ых по 5-ые сутки** после прекращения алкоголизации
- Обычно в анамнезе есть **указания на перенесенные в прошлом делирии** (такие пациенты требуют особенно тщательного лечения абстинентного синдрома)
- 
- **Может возникать вне связи с соматическими заболеваниями или в связи с ними (но всегда в связи с абстинентным синдромом, в отличие от соматогенного делирия)**
- **Часто провоцируется развитием острого соматического заболевания или травмы во время запоя** (на этом фоне происходит резкий обрыв алкоголизации)
- Часто возникает после экстренных операций (травмы, панкреатит, кровотечения в ЖКТ, перфорация язвы и др.) у больных алкоголизмом в раннем послеоперационном периоде
- Часто начинается после судорожного припадка в абстиненции
- 
- Характерна типичная динамика развития (стадии делирия)
- **Практически всегда «период предвестников» (1 и 2 стадии делирия) длится часы !!!**
- Характерно **выраженное психомоторное возбуждение**
- Обычно начинается как типичный делирий, но **при неправильном лечении может перейти в тяжелопротекающий (мусситирующий, профессиональный)**

# Алкогольный делирий (2)

## Тактика ведения:

- При отсутствии серьезной сопутствующей соматической патологии больной после осмотра психиатром бригадой СПП переводится для лечения в психиатрический стационар
- При наличии сопутствующей соматической патологии – см. слайд №6

## Принципы лечения (1):

1) **Тщательное обследование** для выявления нераспознанных сопутствующих состояний (особенно ЧМТ, пневмония, острая патология ЖКТ, отравления лекарственными препаратами и некоторыми токсическими веществами), которые могли спровоцировать делирий и могут привести к неблагоприятному исходу

2) Тщательная **динамическая оценка состояния больного** (включая контроль основных физиологических функций и ключевых лабораторных показателей)

### 3) **Дезинтоксикационная терапия**

-применяются **кристаллоидные растворы – в первую очередь – физиологический раствор** (не менее  $\frac{2}{3}$  всего объема инфузии) с электролитами (хлорид калия 4% - 10-20 мл и сульфат магния 25% - 5-10 мл; или аспаркам (панангин) – 10 мл)

**-объем инфузии определяется строго по состоянию пациента !!!**

**-при дегидратации** (бывает чаще, особенно если отмечается рвота, диарея, гипергидроз) может потребоваться **1.5-2 л жидкости без последующего применения фуросемида при нормальном диурезе !!!** (неоправданное применение петлевых диуретиков – частая причина осложнений и утяжеления состояния больного – фуросемид мало влияет на отёк мозга, однако выводит электролиты больше чем мы вводим)

**- при гипергидратации** (бывает реже, при нарушении функции почек, сопровождается отеками) объем инфузии небольшой (до 1 л) **с последующим обязательным применением фуросемида 2.0 в\в;**

-во всех случаях необходимо контролировать состояние пациента в процессе инфузии, а при наличии

~~возможности – лучше проверять по лабораторным показателям (электролиты и гематокрит)~~

# АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ (3)

## Принципы лечения (2):

### 1. Применение витаминов

-**строго обязательно введение тиамина (В1)** в начале лечения – лучше 2.0-4.0 в\м (если внутривенно – то только струйно, отдельно с другими препаратами; в «капельницу» добавлять нельзя) с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м

-**пиридоксин (В6)** 2.0 – 4.0 в\м – **всегда отдельно с В1**, не ранее чем через несколько часов после В1, с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м (**В1-утром, В6 – вечером**)

- аскорбиновая кислота (С) – внутривенно струйно в процессе инфузии или в\м – 2.0-4.0

**5) Применение бензодиазепиновых транквилизаторов в\м** (лучше перед началом инфузии для успокоения больного т.к. дезинтоксикация в начале часто ведет к усилению тревоги и психомоторного возбуждения)

- в отличие от соматогенного делирия часто требуются большие дозы транквилизаторов, что связано с ускоренным их метаболизмом у больных алкоголизмом

- большие дозы требуются у пациентов с высокой толерантностью к алкоголю, у пациентов, злоупотребляющих транквилизаторами и «Корвалолом» («Валокордином»), при политоксикомании

- S.Phenezepam 0.1% - 3.0-4.0 в\м – при необходимости возможно повторное введение (не более 10 мл\сут)

- S.Diazepam 0.5% - 4.0-6.0 в\м – при необходимости возможно повторное введение (не более 12 мл\сут)

- применять транквилизаторы можно только убедившись в отсутствии тяжелой сопутствующей соматической патологии

- **внутривенное введение нежелательно (не имеет преимуществ, выше риск осложнений)**

- транквилизаторы применяются для лечения делирия, а не для медикаментозного связывания больного

- **недопустимо подменять все направления лечения простой медикаментозной седацией**

- транквилизаторы применяются до выхода из делирия и дальше отменяются (риск зависимости и замедления восстановления функций нервной системы)

- для дополнительной седации можно применять **ФЕНИБУТ (1 т утром и днем, 2-3 т на ночь)** и

**ТИАПРИД (100-200 мг внутривенно в\м)** или метопролол 25 мг 2 раза в день, возможно дополнительное

# Осложненный и тяжелопротекающий алкогольный делирий (1)

- **Осложненный алкогольный делирий** – присоединение к алкогольному делирию тяжелого острого заболевания или обострения хронического заболевания
- **Тяжелопротекающий делирий** – алкогольный делирий, протекающий с нарастающим угнетением сознания (отёк мозга) и развитием тяжелых вторичных соматовегетативных и неврологических расстройств

## **Признаки утяжеления течения делирия:**

- Обеднение галлюцинаторной симптоматики без прояснения сознания (т.н. «спутанность»)
- Переход в мусситирующий и профессиональный делирий
- Нарастание оглушения, снижение реакции на внешние раздражители
- Психомоторное возбуждение утихает и ограничивается пределами кровати («обирание»)
- Появление фебрильной лихорадки
- Дестабилизация гемодинамических показателей
- Появление грубой атаксии, тяжелого тремора туловища и конечностей
- Появление очаговых неврологических симптомов – в первую очередь – межъядерной офтальмоплегии
- Появление судорожных припадков

-В основе лежит тяжелая дистрофия и массовая гибель нейронов, отёк головного мозга

-Важный элемент патогенеза – дефицит тиамина (В1) – общий с острой энцефалопатией Гайе-Вернике

-Тяжелопротекающий делирий и энцефалопатия Гайе-Вернике часто рассматриваются как единое состояние

## **Причины тяжелого течения делирия:**

- Длительный период алкоголизации (затяжной запой или длительное пьянство) с нарушением питания
- Употребление суррогатов алкоголя и комбинаций алкоголя с токсическими веществами (карбофос, дихлофос) и лекарствами (диуретики, корвалол, так и внечерепной локализации)

# Осложненный и тяжелопротекающий алкогольный делирий (2)

## Принципы лечения:

- **Общие принципы** соответствуют таковым при соматогенном и алкогольном делирии – см. выше (важно правильно и последовательно их выполнять)
- **Тщательное обследование**
  - **Тщательная динамическая оценка состояния больного**
  - **Тщательное последовательное**
- **лечение Особенности**
- проводится **интенсивная терапия в полном объеме в условиях реанимационного отделения** (поддержание гемодинамики, контроль газового состава крови, коррекция КЩС и электролитов крови, адекватная инфузионная терапия и др.)
- ведется **активная дезинтоксикационная терапия с применением методов экстракорпоральной детоксикации**
  - **транквилизаторы не применяются или применяются в минимальных дозах**
  - для умеренной седации (если необходимо) предпочтителен оксипутират натрия т.к. он обладает антигипоксическими свойствами и его действие непродолжительное (**нельзя применять при судорожном синдроме – понижает судорожный порог!!!**)
- применяются **высокие дозы тиамина (В1)** (4.0 в\м три раза в день)
- проводится лечение, направленное на уменьшение отека мозга (**только осмотический диуретик манитол в\в по схеме; дексаметазон для уменьшения проницаемости ГЭБ; при необходимости ИВЛ в режиме гипервентиляции**);
- **фуросемид, мочевина, гипертонический раствор глюкозы категорически противопоказаны!!! – их применение может привести к гибели больного**
- широко применяются антигипоксанты, ноотропы и нейропротекторы
- **при выявлении сопутствующей соматической патологии проводится ее лечение должно быть обоснованным и проводиться строго по показаниям**

# Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике

- Представляет собой **наиболее тяжелый вариант острого алкогольного психоза**
  - Часто рассматривается как наиболее тяжелый, прогностически неблагоприятный вариант течения алкогольного делирия
  - Основные признаки заболевания:
    - Нарастающее угнетение сознания (переход из классического делирия в тяжелопротекающий делирий, глубокое оглушение, сопор и кому)
    - Грубая мозжечковая атаксия
  - Межъядерная офтальмоплегия и выраженный нистагм
- В основе заболевания – тяжелый дефицит тиамина (В1), приводящий к
- дистрофии нейронов головного мозга, отеку мозга и гибели клеток
  - Часто провоцируется введением глюкозы, «сжигающей» остатки тиамина в организме больного и неправильным лечением обычного алкогольного делирия
  - **Лечение проводится по принципам тяжелопротекающего делирия**
- По выходу из острого состояния часто развивается корсаковский синдром или деменция, особенно при несвоевременном лечении**