

Осложнения ИМ.

Разрывы сердца

Разрывы миокарда.

- разрывы свободной стенки сердца (80% от общего числа разрывов)
- разрывы межжелудочковой перегородки (15%),
- разрывы сосочковых мышц (5%)

Разрывы сердца

- Частота составляет около **4%** у лиц до **50 лет**, **20%** — у больных в возрасте **50—59 лет**, более **30%** — у лиц старше **60 лет**
- Вероятность разрыва сердца **не зависит от размера зоны некроза**

Разрывы сердца. Факторы риска.

- Пожилой возраст
- Женский пол
- Первый передний обширный трансмуральный ИМ с более чем 20% зоной поражения ЛЖ
- Слабое развитие коллатерального кровообращения
- Нижняя локализация ИМ
- Наличие АГ или СД в анамнезе
- Чрезмерная двигательная активность в острый период ИМ
- Проведение ТЛТ позднее 14 ч от начала развития ИМ

Разрывы сердца

- Со временем **риск развития разрыва снижается** по мере формирования постинфарктного рубца
- Разрывы сердца являются причиной **летальности в 15% случаев**
и занимают **3-е место после ФЖ и КШ**

Разрывы сердца обычно происходят

- в интервале от первых суток ИМ до 3 недель
- имеют два пика **в первые 24 ч** и на 4—7-й день от начала ИМ

Подавляющая часть больных с разрывами сердца гибнет от гемоперикарда в течение нескольких минут

Разрывы сердца могут быть

По времени:

- **ранними** (возникают чаще, в 80% случаев), пик — 3—5-й дни ИМ, когда еще нет рубцевания,
- **поздними** — вследствие истончения некротизированного участка.

По расположению:

- **наружными,**
- **внутренними,**

Разрывы сердца могут быть

По течению:

- **медленнотекущими,**
- **подострыми** (в течение нескольких часов с клиническими симптомами нарастающей тампонады сердца, когда еще возможно помочь больному),
- **острыми, одномоментными** (с острой гемотампонадой)

Разрывы сердца

- Важнейший клинический признак разрывов сердца – **внезапное ухудшение состояния больного вплоть до ВС.**
- Для внутренних разрывов сердца характерно значительное **изменение аускультативной картины** – появление систолического шума, обычно грубого и занимающего всю или почти всю систолу.
- Максимум шума и области его распространения зависят от локализации и геометрии разрыва, и при возможности использования инструментальных методов характер звуковой картины имеет меньшее значение для дифференциальной диагностики.

Разрывы сердца

- Из инструментальных методов при разрывах сердца наибольшее значение имеет **УЗИ (как трансторакальное, так и чреспищеводное)**.
- Важную дополнительную информацию может дать **катетеризация правых отделов сердца и ЛА**.
- КАГ рекомендуют проводить непосредственно перед хирургическим вмешательством – единственным эффективным методом лечения разрывов сердца, к которому следует прибегать как можно раньше, даже если гемодинамика больного относительно стабильна.

Разрыв МЖП

- При разрыве МЖП больной может пожаловаться на внезапно **появившуюся боль в груди, одышку, слабость.**
- Ранее не выслушивавшийся грубый систолический шум, наиболее выраженный в V точке (в редких случаях разрыва МЖП аускультативная картина меняется мало).
- **УЗИ сердца:** выявление собственно дефекта МЖП, потока крови слева направо, признаки перегрузки ПЖ.

Разрыв МЖП

- Быстро нарастающая лево- и правожелудочковая недостаточности, сопровождающаяся отеком легких и, нередко, картиной шока.
- При небольших размерах гемодинамика может оставаться относительно стабильной.
- Размер разрыва, как правило, со временем увеличивается, а гемодинамика существенно ухудшается.
- Летальность даже при хирургическом лечении высока (до 50%), но она существенно ниже, чем у больных, которые лечатся консервативно (до 90%).

Разрыв МЖП

- Рекомендуется в/в инфузия препаратов, обладающих положительным инотропным действием, и вазодилататоров (препарат выбора – нитропруссид натрия), дозировки которых подбираются индивидуально, в зависимости от клинической картины и параметров центральной гемодинамики, для исследования которых оправдан инвазивный контроль.
- Внутриаортальная баллонная контрпульсация и другие методы вспомогательного кровообращения, на фоне которых желательно проводить и КАГ.

Инфаркт сосочковой мышцы; разрыв сосочковой мышцы

- В силу анатомических особенностей чаще наблюдается инфаркт и разрыв задней сосочковой мышцы у больных с диафрагмальным поражением.
- Резкое нарастание признаков недостаточности ЛЖ у пациента с ранее относительно стабильной гемодинамикой.
- Бурное нарастание отека легких, который во многих случаях сопровождается и шоком.

Инфаркт сосочковой мышцы; разрыв сосочковой мышцы

- Выраженный систолический шум как проявление митральной регургитации.
- УЗИ сердца: картина дисфункции или разрыва сосочковой мышцы, разрыва хорд, большая амплитуда движения стенок ЛЖ, митральная регургитация 3-4 ст.
- Больные нуждаются в хирургическом лечении (при разрыве папиллярной мышцы – всегда).

Разрыв наружной стенки ЛЖ (внешний разрыв сердца)

- Наиболее часто встречающийся вариант разрыва сердца при ИМ (до 5-6% госпитализированных с ИМпST).
- Ведет к развитию тампонады сердца и быстрой смерти больного.
- В редких случаях внешний разрыв сердца приводит к излиянию крови в ограниченное спайками пространство полости перикарда с образованием так называемой «ложной» *аневризмы сердца*

Разрыв наружной стенки ЛЖ (внешний разрыв сердца)

- Внешний разрыв сердца чаще наблюдают при первом обширном переднем ИМ.
- Он более характерен для лиц пожилого возраста, скорее женщин, чем мужчин, и страдающих СД.
- Своевременное применение реперфузионной терапии уменьшает частоту внешних разрывов сердца.

Разрыв наружной стенки ЛЖ (внешний разрыв сердца)

- Дальнейшее во многом зависит от темпов развития разрыва.
- Если он останавливается на стадии надрыва (нетрансмурального) или узкого щелевидного разрыва, через который поступает в полость перикарда минимальное количество крови, процесс может приостановиться или растянуться на несколько часов – время, достаточное для уточнения диагноза (в первую очередь УЗИ) и подготовки оперативного вмешательства.

Разрыв наружной стенки ЛЖ (внешний разрыв сердца)

- В большинстве случаев внешние разрывы сердца быстро приводят к тампонаде сердца, электромеханической диссоциации и скоропостижной смерти.
- Описаны отдельные случаи успешного оперативного вмешательства (экстренный перикардиоцентез с возвратом крови больному и последующая пластика разрыва), даже при катастрофически быстром развитии

ТАМПОНАДА СЕРДЦА

1. **тяжелый, некупируемый болевой приступ** (что может симулировать повторный ИМ, особенно на фоне нового подъема сегмента ST),
2. **сильное волнение,**
3. **нарушение сознания** или его кратковременная потеря,
4. **резкий цианоз лица и верхней половины туловища** («синий воротник»),
5. **набухание шейных вен,**
6. **глухость тонов сердца и шум трения перикарда,**
7. **сердечно-сосудистый коллапс** (последующее внезапное исчезновение АД и пульса (или парадоксальный пульс)),
8. **ареактивный КШ** и выраженная острая правожелудочковая недостаточность (ОПЖН),
9. **остановка дыхания.**

Тампонада сердца. ЭКГ.

- повторное **повышение сегмента ST**
- или вне зоны ИМ **появление нового зубца Q** в двух и более отведениях,
- или **возвращение отрицательного зубца T к изолинии** (псевдонормализация).
- сохраняется **электрическая активность миокарда** - брадикардия (часто предшествует разрыву миокарда), эктопический ритм (идиовентрикулярный желудочковый), малая амплитуда комплексов QRS, высокие зубцы T в V1-6

Осложнения ИМ

Аневризмы сердца

Аневризма сердца.

- ИМ в 10-15% случаев осложняется развитием аневризмы.
- Чаще А. располагается на передней стенке левого желудочка у верхушки сердца.
- Различают острую и хроническую А.
- Острая А. с. развивается в первые дни после обширного ИМ **в следствие выпячивания** в участке миомаляции сохранившихся слоев стенки сердца **под влиянием повышения внутрижелудочкового** давления во время систолы, а также **увеличенного кровенаполнения** желудочка в диастоле.

Симптомы, течение острой аневризмы сердца.

- Клиническая картина нередко укладывается в картину **тяжелого, часто затянувшегося инфаркта миокарда.**
- Клиническая картина острой аневризмы характеризуется **появлением прекардиальной патологической пульсации в III, IV межреберьях слева у грудины, шума трения перикарда, систолического шума , ритма галопа**
- Острая А сердца может **осложниться разрывом стенки с последующей тампонадой сердца.**

Острая аневризма ЛЖ

- При острой аневризме ЛЖ увеличивается вероятность разрыва сердца, а также таких осложнений, как СН, нарушения ритма сердца, перикардит, тромбоз полости ЛЖ, периферические ТЭ.

Острая аневризма ЛЖ

- УЗИ сердца, которое позволяет не только уточнить особенности геометрии и локальной сократительной функции ЛЖ, но и оценить такие сопутствующие осложнения как перикардит и *тромбоз полости ЛЖ*.
- Для профилактики ТЭ при обширных передних ИМ, тромбе в полости ЛЖ рекомендуется продленный курс лечения антикоагулянтами (парентеральное введение с переходом на прием антагонистов витамина К в дозе, обеспечивающей поддержание МНО в диапазоне 2,0-3,0), который может продолжаться до исчезновения тромба (как правило не более 6 месяцев)

Острая аневризма ЛЖ

- Применение пероральных антикоагулянтов на фоне двойной антитромбоцитарной терапии оправдано преимущественно у больных, подвергнутых коронарному стентированию.
- Оптимальная продолжительность тройной антитромботической терапии не известна.
- В таких случаях следует особенно тщательно контролировать ситуацию с учетом факторов риска кровотечений.
- УЗ контроль проводится чаще, чтобы прекратить тройную терапию, как только это станет возможным.

Хроническая аневризма сердца

- Образуется **из острой** вследствие замещения ее стенок рубцовой тканью
- Может развиваться в **более поздний период** после возникновения ИМ, когда некротизированный участок сердечной мышцы замещается **соединительнотканым рубцом**.
- **Если рубец** захватывает большую часть **толщи стенки** и имеет значительное протяжение, то под действием давления крови этот участок **постепенно выпячивается**.
-

Хроническая аневризма сердца. Виды.

1. Мышечные А
 2. Фиброзно-мышечные А
 3. Фиброзные А.
- Наиболее часты **фиброзно-мышечные и фиброзные А.**
 - **Мышечные А** развиваются при резко выраженных **дистрофических изменениях миокарда** и локализуются **у верхушки сердца.**

Хроническая А.

- Характерно наличие **пристеночных тромбов**
- Поверхностные слои тромбов, обращенные в полость сердца, представляют **более свежие тромботические наслоения.**
- Пристеночные тромбы **образуются в самом начале формирования выпячивания стенки сердца** (возникновение связано с изменением гемодинамических условий и свертывающей системы крови, а также с реактивными процессами в эндокарде при его ишемии).

Аневризмы сердца.

- **Образованию А способствуют артериальная гипертония и повышенная физическая нагрузка.**
- **В преобладающем большинстве случаев в клинике наблюдаются постинфарктные аневризмы левого желудочка сердца.**
- **По форме различают аневризмы диффузные, мешковидные, грибовидные и так называемые аневризмы в аневризме.**

Клиника хронической аневризмы сердца

Клиника полиморфна и часто недостаточно ярко выражена, особенно при небольших размерах аневризматического мешка и при аневризме диффузной формы, которую **часто трудно отличить от обширного рубца миокарда.**

Клиника хронической аневризмы сердца

- Прекардиальная пульсация в III и IV межреберьях слева от грудины, выше верхушечного толчка,
- систолический шум в области аневризмы сердца,

Диагностика хронической аневризмы сердца

- «Застывшая» ЭКГ (отсутствие динамики изменений ЭКГ по сравнению с начальными ее изменениями при инфаркте миокарда)

ЭКГ при аневризме ЛЖ.

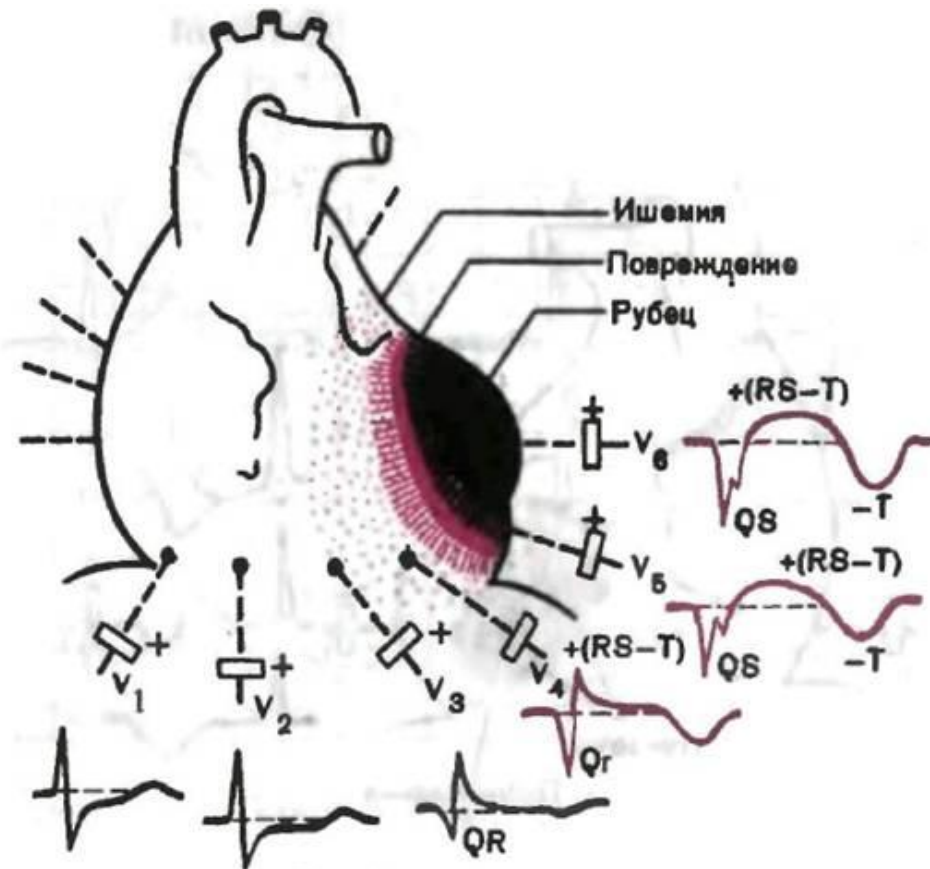
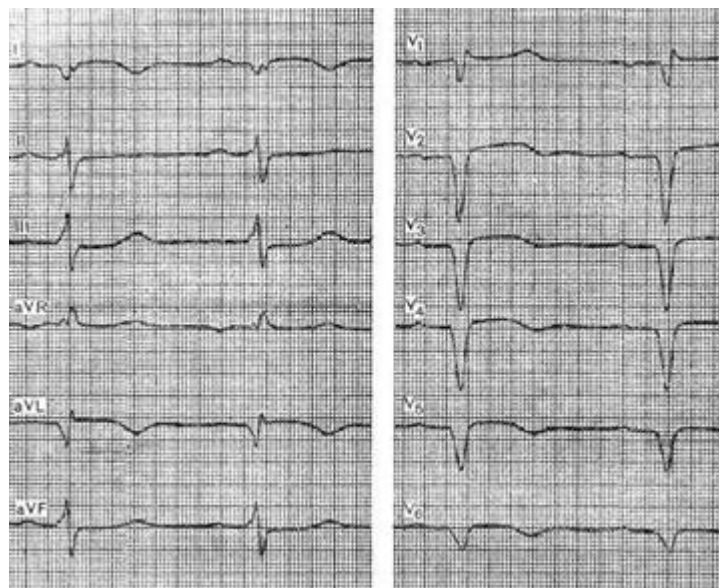


Рис. 8.16. ЭКГ при аневризме левого желудочка.

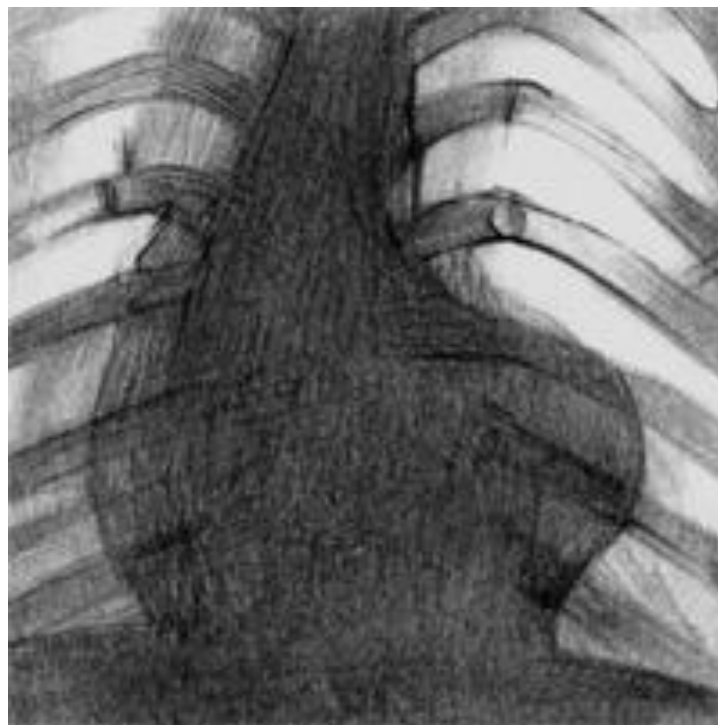
ЭКГ при аневризме ЛЖ.



Диагностика хронической аневризмы сердца

- Рентгенологические данные (уменьшение амплитуды сокращения сердца, нередко до образования немых зон на рентгенокимограмме, парадоксальная пульсация: во время систолы желудочка — выбухание области аневризмы, во время диастолы — втяжение).

Рентгенография ОГК



Прогноз А.

Среди причин, приводящих к смерти при А.

- первое место занимает: **сердечно-сосудистая недостаточность,**
- второе — **эмболия сосудов мозга,**
- третье — **повторный инфаркт миокарда;**
- реже (особенно при хронической А. с.) причиной смерти является **разрыв сердца.**

Лечение:

- Ввиду безуспешности консервативной терапии больным с А. с. (особенно мешковидной) **показано хирургическое лечение .**

Профилактика А.

- Раннее выявление инфаркта миокарда
- Соблюдении в период его организации строжайшего режима покоя с последующим динамическим врачебным наблюдением за больным.

- Больные с инфарктом миокарда, осложнившимся аневризмой сердца, нуждаются в **строгом и длительном щадящем режиме (6 мес. и больше)** и на длительное время **утрачивают трудоспособность.**
- Значительная часть из них нуждается в переводе на инвалидность I или II группы.

Осложнения ИМ

Артериальные ТЭ

Артериальные ТЭ

У 3-4% больных ИМпСТ.

Предрасполагающими факторами являются:

- обширные передние ИМ, часто сопровождающиеся развитием тромбоза полости ЛЖ,
- локальное атеросклеротическое поражение,
- протромботические изменения со стороны крови,
- СН,
- ФП.

Артериальные ТЭ

- Чаще всего наблюдаются (1-1,5%) и имеют наиболее неблагоприятный прогноз ТЭ *мозговых сосудов*.
- Развитие этого осложнения на фоне ТЛТ требует ее прекращения.
- Терапия антикоагулянтами и антиагрегантами (АСК, ингибиторы P2Y₁₂ рецепторов тромбоцитов или их комбинация, но не блокаторы ГП IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов) продолжают в полном объеме.
- При ФП также требуется лечение антикоагулянтами, если это не было сделано до развития ТЭ.

Артериальные ТЭ

- Если источником ТЭ служит распадающаяся бляшка в сонной артерии (данные УЗИ или МРТ), следует рассмотреть вопрос о стентировании соответствующего сосуда.
- Ишемическое нарушение мозгового кровообращения может быть обусловлено не только ТЭ, но и *тромбозом* мелких артерий мозга, а также системными *нарушениями гемодинамики*, ведущими к артериальной гипотензии и развитию ишемического инсульта на фоне предсуществующего стенозирования артерий, снабжающих мозг кровью (в первую очередь сонных и позвоночных).

Артериальные ТЭ периферических артерий

- Чаще ТЭ артерий ног и почек.
- ТЭ бедренной и даже подколенной артерии может сопровождаться тяжелыми болями и существенно влиять на общую гемодинамику.
- В этих случаях наряду с медикаментозной терапией (гепарин, антиагреганты и пр.), решается вопрос и об оперативном лечении – эмболэктомии.
- Эффективность ТЛТ оценивается неоднозначно.

Артериальные ТЭ периферических артерий

- ТЭ *почечных* артерий может сопровождаться болями в поясничной области (иногда выраженными) и в животе, гематурией.
- При поражении крупной ветви почечной артерии может наблюдаться подъем АД, обычно преходящий, и временная олигурия.
- Специального лечения, кроме обезболивания, как правило, не требуется. При массивной гематурии следует прекратить введение антикоагулянтов.
- ТЭ с окклюзией ствола почечной артерии встречается крайне редко.

Артериальные ТЭ периферических артерий

- ТЭ *мезентериальных* артерий проявляется болями в животе, парезом кишечника; при неблагоприятном развитии – некрозом кишечника.
- К этому может присоединиться перитонит.
- У пожилых и ослабленных больных клиническая картина часто стерта и диагноз затруднителен.
- Оперативное вмешательство в этой ситуации переносится тяжело, но является единственным реальным методом лечения.

ТЭЛА

- Диагностируется не более чем в 3-5% случаев.
- Источник эмболов – как правило, тромбы глубоких вен ног и таза.
- При факторах, предрасполагающих к развитию тромбоза глубоких вен таза и ног (СН, хроническое заболевание вен ног и малого таза, ситуации, требующие длительного пребывания на постельном режиме, анамнестические указания на ТЭЛА), рекомендуется их активная профилактика, заключающаяся в использовании антикоагулянтов.

ТЭЛА

- Дополнительный метод профилактики тромбоза вен ног – компрессионная терапия.
- Продолжительность профилактики венозного тромбоза при ИМпST не установлена; ее разумно осуществлять в период госпитализации, как минимум, до прекращения постельного режима.
- Диагностика и лечение ТЭЛА и тромбоза глубоких вен ног проводится по общим правилам.

Осложнения ИМ

С. Дреслера. Перикардит.

Перикардит

- Частое осложнение ИМ, особенно трансмурального.
- Иногда перикардит развивается как следствие медленно прогрессирующего разрыва сердца.
- Появляется в сроки от первых суток до нескольких недель после начала ИМ.
- В последнем случае обычно речь идет об особой его форме (аутоиммунной), известной как составная часть *синдрома Дресслера*.

Перикардит.

КЛИНИКА

- Боль в груди, которая иногда напоминает ишемическую.
- Связана с дыханием и может меняться по интенсивности при перемене положения тела.

Объективно:

- Аускультативный симптом перикардита – шум трения перикарда – выявляется менее чем у половины больных.
- Появление жидкости в перикарде, однако лишь в исключительных случаях выпот столь значителен, что оказывает влияние на гемодинамику.

Перикардит.

ЭКГ

- Подъем сегмента ST с характерной вогнутостью и депрессией интервала PR.
- В менее выраженных случаях изменения ЭКГ могут ограничиваться динамикой зубца T.
- Выпотной перикардит может сопровождаться снижением амплитуды зубцов QRS во всех отведениях ЭКГ.

ЭХОКС.

- Накопление жидкости в перикарде, так же как и контроль за изменением ее количества

Перикардит. Лечение.

- АСК, доза которой при упорных болях доходит до 2,0-3,0 г/сут (0,5 г каждые 4-6 ч),
- Парацетамол
- Колхицин.
- Хорошим обезболивающим эффектом обладают нестероидные противовоспалительные препараты, но применение их следует свести к минимуму.
- Мощным анальгетическим действием обладают глюкокортикоиды, однако, их относят к препаратам резерва из-за неблагоприятного влияния на процессы рубцевания и, возможно, увеличения вероятности разрыва сердца.

Пневмонит

- При рентгенологическом исследовании легких могут выявляться **очаги воспалительной инфильтрации.**

ИМ правого желудочка

ИМ правого желудочка

- Изолированный инфаркт ПЖ встречается редко
- Содружественное поражение при ИМпСТ нижней стенки ЛЖ наблюдается не менее, чем у 25% больных.

ИМ правого желудочка.

Клиника.

- Артериальная гипотензия,
- Набухание вен шеи при отсутствии признаков застоя в малом круге.

ИМ правого желудочка.

- ЭКГ в отведении V_1 и, особенно, V_3R и V_4R (элевация ST ≥ 1 мм).
- ЭХОКС (расширение полости ПЖ, невысокое давление в легочной артерии, трикуспидальная регургитация, уменьшение динамики диаметра нижней полой вены в разные фазы дыхания).

ИМ правого желудочка.

- Относительная гиповолемия в отдельных случаях может сопровождаться клинической картиной шока.
- Основной метод лечения – увеличение притока крови к правым отделам сердца (плазмозекспандеры).
- В более тяжелой ситуации – симпатомиметические амины.
- Ликвидация факторов, способствующих гипотензии (мерцание предсердий, АВ блокады и пр.).
- При ИМПЖ следует избегать диуретиков и, особенно, периферических вазодилататоров.

Осложнения ИМ

**Ранняя постинфарктная
стенокардия.**

Ранняя постинфарктная рецидивирующая стенокардия

- Встречается в 10—30% случаев,
- Чаще возникает при неполном, субэндокардиальном «ИМ без зубца Q»
- В сроки от 48 ч до 3—4 недель (обычно в первые 7—14 дней ИМ).

Ранняя постинфарктная рецидивирующая стенокардия

- Появление приступов возвратных болей в сердце **после безболевого периода** вследствие рецидивирующей ишемии или углубления некроза миокарда на границе ИМ или на отдаленном участке (указывая на наличие многососудистого коронарного поражения).

Ранняя постинфарктная рецидивирующая стенокардия

- Возможны фоновые изменения сегмента ST на ЭКГ,
- приступы ОЛЖН,
- появление митральной регургитации и нарушения проводимости.
- Сочетание **изменений сегмента ST—T в тех же отведениях**, что и зубец Q, указывает на окклюзию коронарной артерии или на реокклюзию (исходно реканализированной артерии), или на коронарный спазм.

Ранняя постинфарктная рецидивирующая стенокардия

- **Возникновение болей уже через 24-48 ч после начала инфаркта миокарда на фоне изменения зубца Т и сегмента ST (нередко в тех же отведениях, что и зубец Q) — плохой прогностический признак (увеличивается вероятность смерти).**
- **Летальность возрастает, если эта Ст сочетается с изменениями ЭКГ и гемодинамическими осложнениями.**

Ранняя постинфарктная рецидивирующая стенокардия

О тяжести этой Ст свидетельствуют:

- **возникновение приступов в покое** (без роста АД) или **при минимальной ФН** в первые дни инфаркта миокарда;
- **смещение сегмента ST вне зоны инфаркта миокарда** («ишемия на расстоянии»). При этом прогноз хуже, чем у больных с ишемией в инфарктной зоне;
- **нарушения ритма или гемодинамики в период приступа или сразу после него.**

Лечение. Ранняя постинфарктная рецидивирующая стенокардия

- Сразу ограничивают двигательную активность, пока не будет получен положительный эффект от лечения.
- Вводят внутривенно антиангинальные средства: АБ (чтобы снизить ЧСС до 60 уд/мин), нитраты (повышают дозы антикоагулянтов), иногда БМКК (для предотвращения спазма коронарных артерий).

Лечение. Ранняя постинфарктная рецидивирующая стенокардия

- Назначают 1% раствор нитроглицерина (со скоростью 10—15 капель в минуту; обычно достаточно 3—5 внутривенных инфузий), орально — АБ (пропранолол 20-40 мг 2 раза в сутки), ИАПФ.
- Если больной исходно получал эти ЛС, то их применяют в больших дозах.
- Таким больным следует проводить коронарографию.

Ранняя постинфарктная рецидивирующая стенокардия

- Если на фоне этой стенокардии **появились гипотония, ХСН или ЖТ**, то показана срочная катетеризация пораженной коронарной артерии или ее реваскуляризация.
- Как правило, такие больные имеют высокий риск «коронарного события» после выписки из стационара, позднее им необходимы хирургические методы восстановления коронарного кровообращения (ВАБК или АКШ).
- Больные с данным осложнением ИМ имеют худший прогноз с точки зрения риска ВСС, повторных ИМ и эпизодов ОКС.

Психические нарушения . Астения.

- ❖ **Психическая астения выражена в большей степени при длительном пребывании на постельном режиме и у больных пожилого возраста.**
- ❖ **Если не проводить специальных мероприятий, изменения психики усугубляются, становятся стойкими и в дальнейшем могут значительно препятствовать реабилитации вплоть до инвалидизации по психическому состоянию.**

Психические нарушения . Психозы.

- Наблюдаются примерно **в 6 — 7% случаев.**
- Грубые нарушения поведения, резкие вегетативные сдвиги сопровождаются значительным ухудшением соматического состояния, при психозах чаще наступает летальный исход.
- В подавляющем большинстве случаев психозы **развиваются на 1-й неделе заболевания.**
- Длительность их обычно не превышает 2 — 5 дней.

Причины психозов.

- Интоксикации продуктами распада из некротического очага в миокарде,
- Ухудшение церебральной гемодинамики
- Гипоксемия, вызванные нарушением сердечной деятельности.

Психозы.

- Наблюдаются чаще всего у больных с **обширными поражениями миокарда и острой недостаточностью кровообращения (кардиогенный шок, отек легких).**
- К возникновению психоза при ИМ предрасполагают: 1. **поражения головного мозга** различной природы (последствия черепно-мозговых травм, хронический алкоголизм, церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь и др.)
2. **пожилой возраст.**

Психоз.

- Чаще всего возникает в вечерние и ночные часы.
- Протекает в форме делирия.
- Нарушается сознание с потерей ориентировки в окружающей обстановке и во времени.
- Возникают иллюзии и галлюцинации (чаще зрительные).
- Больной испытывает тревогу и страх.
- Нарастает двигательное беспокойство, приводя к двигательному возбуждению (беспрестанные попытки встать с кровати, выбежать в коридор, вылезти в окно и т. д.).

Психоз.

- Нередко делирию предшествует состояние эйфории — **повышенного настроения с отрицанием болезни и грубой переоценкой своих сил и возможностей.**
- У больных старческого возраста иногда наблюдаются так называемые **просоночные состояния**: больной, пробуждаясь ночью, встает, несмотря на строгий постельный режим, и начинает бродить по больничному коридору, не осознавая, что он серьезно болен и находится в больнице.

Психоз. Лечение.

- Внутривенное введение 1-2 мл седуксена (реланиума),
- 1-2 мл 0.25% раствора дроперидола (под контролем АД).
- 1-2 мл галоперидола,
- 1 мл аминазина.