

Анализ факторов, предрасполагающих к развитию делирия у больных алкоголизмом в условиях стационара

ИУТИН В.Г.

засл. врач РФ, к.м.н., зам. главного врача, Наркологическая клиническая больница №17 Департамента здравоохранения г. Москвы

ХАРЬКОВОЙ О.А.

зав. отделением реанимации и интенсивной терапии,

РЫХЛЕЦКИЙ П.З.

Наркологическая клиническая больница №17 Департамента здравоохранения г. Москвы
к.м.н., зав. отделением реанимации и интенсивной терапии,
Наркологическая клиническая больница №17 Департамента здравоохранения г. Москвы

В исследовании анализируются предикторы алкогольных психозов (АП). Авторы приходят к выводу о том, что АП — закономерное проявление алкоголизма, а алкогольный делирий — один из логических вариантов развития абстинентного синдрома, но в стационарных условиях он может развиваться как вопреки лечению, так и в связи с терапией в результате неверной врачебной тактики. Основным условием предотвращения АП является точный выбор терапевтической тактики.

На фоне стабильно высокого уровня распространенности алкоголизма в стране (1,6% общей численности населения) последние годы наблюдается значительный рост АП, с достаточным основанием считающихся во взрослом населении индикатором распространенности алкоголизма [3, 5, 7]. Рост числа зарегистрированных в амбулаторной сети больных АП коррелирует с увеличением количества случаев их госпитализации. Показатель госпитализации больных АП за 1999—2003 гг. стал больше в 1,6 раза [8]. По некоторым данным, в отделениях психореаниматологии удельный вес острых АП составляет больше половины лечившихся [10]. Диагностика АП в НКБ № 17 отражает общую количественную тенденцию. Так, если в 1997—1999 гг. в структуре заболеваний АП составляли 0,2—0,3% лечившихся от алкоголизма, то в 2003—2004 гг. этот показатель вырос до 1,3—1,5%, а в отделениях реанимации и интенсивной терапии больницы (ОРИТ) удельный вес АП составляет от 60 до 80% от заболеваний алкогольной этиологии. Очевидно, что в структуре АП основным является делирий (по нашим статистическим данным за последние 3 года — 75,2%, а за 2004 г. — 84,3%). Существенным обстоятельством является то, что алкогольные психозы не являются прямым показанием для госпитализации в НКБ № 17, где они возникают в основном уже в процессе стационарного лечения больных, поступивших с алкогольным абстинентным синдромом (ААС). Следовательно, есть возможность анализа факторов риска их развития в ходе лечения ААС и разработки мер предупреждения, что и определило цель нашего исследования.

Материал и методы исследования

Методом сплошного наблюдения и клинико-статистического анализа изучены 145 больных (мужчин), поступивших в наркологические отделения НКБ №17 с ААС и переведенных в ОРИТ в связи с развитием делирия.

Исследование проводилось по следующим показателям:

- возраст;
- продолжительность злоупотребления алкоголем;
- темп формирования прогрессивности;
- уровень толерантности;

- степень тяжести абстинентного синдрома;
- наличие в анамнезе алкогольных психозов, черепно-мозговых травм, эпилептических припадков;
- наличие сопутствующих заболеваний и осложнений: сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, энцефалопатий;
- сроки лечения в наркологических отделениях, объем инфузионной терапии и частота применения нейролептиков до развития делирия.

Анализ статистических результатов исследования, в частности по возрастной характеристике, подтверждает данные исследователей о существенном смещении частоты развития делирия в молодом возрасте [7, 11]. По нашим данным, 31,0% больных с алкогольными делириями — это лица до 40 лет. Соответственно мы не увидели прямой зависимости частоты развития делирия от длительности злоупотребления алкоголем, весьма характерной ранее [4, 6, 9, 12, 13, 19]. По нашим данным, около 30% делириантов имеет алкогольный «опыт» менее 10 лет. Вместе с тем, как установлено, тяжесть психических расстройств в период абстиненции напрямую зависит от темпа прогрессивности и уровня толерантности: чем они выше, тем вероятнее психотическое осложнение ААС. При низкой прогрессивности больные с делириозными состояниями составили только 5,5% от общего числа наблюдавшихся больных. К полученным результатам, касающимся зависимости частоты развития психозов от степени тяжести ААС, мы относимся критически, так как эти данные часто отражают недостаточную динамическую оценку выраженности психопатологических проявлений. Психопатологические симптомы, как правило, нарастают от момента госпитализации до развития психозов, в большинстве случаев (62,8%) манифестирующих на 2—3-и сутки, а у 13,1% — больных еще позднее, однако динамика степени тяжести абстиненции в историях болезни часто объективно не регистрируется.

На доминирующую роль соматических заболеваний и органической почвы в развитии алкогольных психозов указывают все исследователи, занимающиеся проблемой их этиопатогенеза. Наши данные еще раз подтверждают, что экзогенная вредность, непосредственное влияние алкоголя на мозг не является единственной причиной делирия. У половины наблюдавшихся больных в анамнезе пе-

ренесенные черепно-мозговые травмы (53%), эпилептические припадки (14,5%), алкогольные психозы (19,7%) либо их сочетания. Практически у всех больных (96,5%) выявлены соматические заболевания: болезни сердечно-сосудистой системы (у 57,9% больных, во всех случаях с кардиомиопатией) и желудочно-кишечного тракта (у 34,5% больных диагностировались токсические поражения печени, хронические панкреатиты) — более чем в половине случаев в сочетании с энцефалопатией (55,1%). Очевидно, что в развитии делирия ведущими причинными факторами являются нарушения нейрофизиологических и биоэнергетических механизмов, метаболических и обменных процессов, но изучение этих факторов не вошло в задачу нашего исследования.

В процессе стационарного лечения особое значение в развитии делирия имеют терапевтические факторы. Анализ показывает, что в результате недооценки динамики тяжести алкогольного абстинентного синдрома и степени выраженности соматоневрологических проявлений в наркологических отделениях больницы более чем в половине случаев (51,0%) инфузионная терапия исследованным больным проводилась неадекватно, а в 13,1% случаев не применялась вообще. Вопрос о целесообразности применения нейролептиков в лечении синдрома отмены при алкоголизме остается дискуссионным. Хотя современными исследователями убедительно доказано, что их назначение в остром периоде абстиненции усиливает интоксикацию, ухудшает состояние больного, декомпенсирует соматические заболевания, особенно на фоне энцефалопатии, усугубляет ее неврологические проявления, повышает вероятность судорожных припадков, провоцирует делирий, а у пожилых, ослабленных и истощенных больных может приводить к летальным осложнениям [1, 5, 14–18]. Вместе с тем, при некоторых состояниях (выраженные психопатоподобные, аффективные расстройства, коморбидные с эндогенными заболеваниями состояния, резистентность к другим терапевтическим средствам) назначение нейролептиков является, по мнению многих исследователей, оправданным [2, 3, 20]. Следовательно, определяющим в терапевтической тактике при назначении нейролептиков является индивидуальный подход. Однако в изученных нами клинических случаях дифференцированного решения в их применении не просматривается. Нейролептики, как правило, включаются в лечебную программу с момента поступления больного в стационар без учета возраста больного, степени тяжести и структуры ААС, особенностей психического и соматического состояний, выраженности энцефалопатии, при отсутствии явных признаков психопатологического радикала, без объективного обоснования целесообразности их применения. Это относится, в том числе, к препаратам широкого антипсихотического спектра действия, включая депонированные их формы (в 67,6% наблюдавшихся больных применялись как моносредства, так и сочетания нейролептиков).

Таким образом, на основании результатов исследования определяются 3 группы предрасполагающих факторов развития делирия в процессе стационарного лечения ААС.

1. Анамнестические факторы:

- быстрый темп прогрессивности;
- высокий уровень толерантности;

- указания в анамнезе на перенесенные ранее повторные и (или) тяжелые черепно-мозговые травмы, алкогольные психозы, эпилептические припадки.

2. Клинические факторы:

- заболевания сердечно-сосудистой системы;
- патология печени и поджелудочной железы;
- энцефалопатические и эпилептические синдромы.

3. Терапевтические факторы:

- недостаточный учет индивидуальных анамнестических и клинических данных при выборе терапевтических программ;
- неадекватное применение (или неприменение) инфузионной терапии;
- недифференцированное применение в остром абстинентном периоде нейролептиков, особенно с выраженной холинолитической активностью и широким спектром антипсихотического действия.

Заключение

АП — закономерное проявление алкоголизма, а алкогольный делирий — один из логических вариантов развития ААС, но в стационарных условиях он может развиваться как вопреки лечению, так и в связи с терапией в результате неверной врачебной тактики. Указанные выше предрасполагающие факторы развития делирия дают основание определить необходимые меры по предупреждению возникновения алкогольных психозов в ходе лечения. Основным условием их предотвращения является точный выбор терапевтической тактики, раннее начало комплексного лечения с этиопатогенетически обоснованным назначением лекарственных средств для конкретного больного, в полной зависимости от особенностей его психического и соматического состояния, тяжести болезненных проявлений. Для индивидуального дифференцированного подхода в терапии необходимо тщательное изучение анамнеза, своевременное соматоневрологическое (в том числе инструментально-лабораторное) обследование, динамическое наблюдение за клиническими проявлениями ААС с адекватной оценкой его выраженности от момента поступления пациента в стационар до купирования. Последнее достигается многократными осмотрами больного в остром периоде абстиненции для оценки эффективности проводимой терапии с оперативной ее коррекцией, своевременным выполнением диагностических исследований, в том числе простейших (измерение температуры тела, пульса, АД, ЧДД, контроль объема вводимых жидкостей, диуреза и т.д.) и при необходимости — привлечением консультантов. Выполнение этих мероприятий будет способствовать обеспечению оптимальных условий для профилактики психотических состояний и тяжелых соматоневрологических осложнений у больных алкоголизмом, позитивно влиять на течение заболевания.

Список литературы

1. Алкогольный абстинентный синдром/ Под ред. В.В. Афанасьева. — СПб.: Интермедика, 2002. — 336 с.
2. Винникова М.А., Яхонтова М.А., Захаров Е.Б. Фармакотерапия алкогольного абстинентного синдрома// Вопросы наркологии. — 2004. — № 6. — С. 3–10.
3. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М.: Миклош, 2003. — 215 с.
4. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. — М.: Медицина, 1965. — 319 с.

5. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Металкогольные (алкогольные) психозы: Руководство по наркологии/ Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — Т. 1. — С. 233—268.
6. Качаев А.К., Иванец Н.Н., Шумский Н.Г. Алкоголизм: Руководство для врачей/ Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.Я. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. — С. 225—307.
7. Кошкина Е.А. Эпидемиология наркологических заболеваний: Руководство по наркологии/ Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — Т. 1. — С. 8—32.
8. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Распространенность основных наркологических заболеваний в России в 1999—2003 гг.// Вопросы наркологии. — 2004. — №2. — С. 54—67.
9. Майбурд В.Д. Некоторые предрасполагающие факторы в развитии и течении белой горячки/ Алкоголизм и неалкогольные наркомании/ Труды института им. В.М. Бехтерева. — Л., 1970. — Т.57. — С. 99—107.
10. Нельсон А.И. Клиническая систематика ургентной патологии у пациентов подразделений психореаниматологии/ Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии/ Сб. научн. работ, посвященный 20-летию организации кафедры психиатрии и наркологии факультета последипломного образования МГСМУ/ Под ред. Б.Д. Цыганкова. — М., 2002. — С. 150—152.
11. Огурцов П.П., Жиров И.В. Неотложная алкогольная патология. — СПб.: Невский Диалект, 2002. — 118 с.
12. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. — Л.: Медицина, 1971. — 390 с.
13. Рогинская Р.М., Штерева Л.В. К вопросу о профилактике белой горячки в стадии абстиненции// Проблемы алкоголизма/ Материалы Второй конференции врачей психиатр. б-цы № 5. — Л.: Медицина, 1971. — С. 24—26.
14. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии/ Под ред. Н.М. Жарикова. — М.: Медицина, 2000. — 352 с.
15. Стрелец Н.В. Острые психозы у больных хроническим алкоголизмом и опийными наркоманиями, развивающимися в ходе стационарного лечения: Лекции по наркологии/ Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — С. 283—294.
16. Стрелец Н.В., Уткин С.И., Деревлев Н.Н. Комплексная терапия неотложных состояний в наркологии/ Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркоманий. — М.: Анахарсис, 2001. — С. 51—69.
17. Чирко В.В., Польшковский А.А. Терапия неотложных состояний при хроническом алкоголизме// Лекции по наркологии/ Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — С. 160—165.
18. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. — СПб.: Лань, 1999. — 349 с.
19. Штерева Л.В., Неженцев В.М., Рамазанов Р.А. Проблемы алкоголизма/ Материалы Второй конференции врачей психиатр. б-цы № 5. — Л.: Медицина, 1971. — С. 5—12.
20. Энтин Г.М., Крылов Е.Н. Клиника и терапия алкогольных заболеваний. — М., 1994. — Т. 1. — 168 с.