

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян Л.О. Детская неврология. 1995.
2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всеволожская Н.М. Руководство по неврологии раннего детского возраста. Киев, 1950.
3. Основы перинатологии. Под рук. Проф. Н.П. Шабалов. М. Медицина 2004г.
4. Ритер А.Ю. Поздние осложнения родовых повреждений нервной системы. Казань, 2002.
5. Таболи В.А. Неврология детского возраста. Учебное пособие. М. 1986.
6. Троксин В.Д. Эпилепсия у детей и подростков. Н.Новгород, 2002.
7. Неонатология (руководство для врачей). Под ред. Гаврюшова В.В. Л. Медицина, 1985.
8. Карлов В.А. Судорожный эпилептический статус. М., 2003.
9. Бадалян Л.О., Медведев М.И., Гусева Т.И. и др. Неонатальные судороги (клиника, диагностика, лечение). Методические рекомендации. М. 1990.
10. Бадалян Л.О., Медведев М.Н., Петрухин А.С. и др. Клинический полиморфизм, особенности диагностики и лечения судорожного синдрома у новорожденных детей. Педиатрия 1992, , 5:40-46.
11. Темин П.А., Никанорова М.Ю. Эпилепсия и судорожные синдромы у детей. М. Медицина. 1999, 101-167.
12. Volpe J. Neurology of Newborn/ New York 1996, 172-202

УДК 616.89 – 008.441.16

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ ДЕЛИРИЕВ

Л.З. Енсебаева

Шымкентский медицинский колледж, г. Шымкент

ТҮЙІН

Алкогольді психоздар жалпы тәжірибелік дәрігерге үлкен проблема туғызады. Соңғы кезде алкогольды психоздар ағымы күрделеніп аурылайды. Мысалы, алкогольді делиридің клиникалық көріністері айқын болмайды, бірақ сомато – неврологиялық көріністері басым болады. Бұл жағдайлар деркезінде мамандандырылған көмекті қажет етеді.

SUMMARY

Alcoholic psychoses is a serious problem for a narcologist. Last years increase in heavy forms of tromomania was without expressed productive symptomatology, with predominance of somatic and neurological disorders. A timely appeal to qualified aid reduces the risk of lethality.

Проблема острых алкогольных психозов продолжает оставаться в центре внимания как врачей-наркологов, так и врачей -психиатров. Это обусловлено огромным количеством больных с алкогольной зависимостью, частотой алкогольных психозов и высокой – до 4% смертностью больных, поступающих в специализированный стационар в состоянии алкогольного психоза. Смертность до 5% от алкогольного делирия указывают и зарубежные авторы. В последние годы среди алкогольных делириев преобладают тяжелые формы мусситирующего делирия, летальность от которых составляет до 30 %. Некоторые авторы указывают летальность до 70 %. Реальная распространенность алкогольных психозов намного выше, так как легкие формы алкогольного делирия могут оставаться вне поля зрения врачей.

Нозология	2008 год	2009 год
F 10.40	123	185
F 10.52	60	67

Таблица 1

Алкогольные психозы представляют серьезную проблему для практического врача. В последние годы эта проблема стала ещё более актуальной. Во первых, изменились клинические проявления осложненного абстинентного синдрома. Крайне редко можно наблюдать «белую горячку» в её классическом варианте. Примечательной чертой для этих состояний стало преобладание соматоневрологических расстройств над психическими, причем последние носят атипичный характер. Связано это, скорее всего, с ухудшением спиртных напитков, т.е употребление алкоголя низкого качества (в основном суррогатов). Быстро, за короткий срок идет формирование зависимости, особенно у лиц молодого возраста.

Нозология	2008 год	2009 год
Заболевания ЖКТ	176	440
Неврологические расстройства	243	172

Таблица 2

Доля алкогольных делириев из общего числа больных, находившихся на стационарном лечении в 2009 году в Облнаркоцентре составила – 67больных, из них мужчин было 52, женщин – 15. По возрасту больные распределились следующим образом: от 30 до 40 лет – 42, от 40 до 60 лет – 25 больных. Длительность злоупотребления спиртными напитками в наркологическом анамнезе к моменту развития психоза составляла до 5 лет у 15 больных, от 5 до 10 лет у 40 больных, 15 до 20 лет у 12 больных в среднем. Преобладающее

большинство больных употребляло крепкие спиртные напитки, чаще разведенный спирт. Длительность запоев составляла от 5 дней до 1 года. Психоз, как правило развивался на 4 – 6 сутки после прекращения приема спиртного. Больные по несколько дней не принимали пищу, употребляли только алкоголь. Многие из поступивших были соматически ослаблены. Так, у 37 больных наблюдалась алиментарная дистрофия различной степени тяжести. В инициальном периоде заболевания у многих больных отмечались не только вегетативные, но и неврологические расстройства. Большинство больных при поступлении были резко пониженного питания, кожные покровы бледные, с землистым оттенком. Наблюдались явления гипо и авитаминозы, которые проявлялись выраженными трофическими нарушениями кожных покровов: сухостью, сильным шелушением, участками гиперпигментации кистей верхних конечностей, нижних конечностей, с наличием трещин, раневых поверхностей с участками изъязвления. Вегетативные проявления характеризовались тахикардией, колебаниями артериального давления, чаще слабым пульсом, диспепсические расстройства, реже тошнота, рвота, резкое снижение аппетита, в основном, жидкий стул. Начало алкогольного делирия сопровождалось субфебрильной температурой, которая в последующие дни резко повышалась, даже на фоне антибиотикотерапии. Неврологические расстройства проявлялись подергиванием отдельных групп мышц, повышением мышечного тонуса, снижением сухожильных рефлексов, расширением зрачков, появлялся нистагм, возникали различные гиперкинезы. В лабораторных анализах мочи, крови отмечалось снижение гемоглобина, эритроцитов, повышение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг формулы белой крови влево, в моче альбуминурия. Психическое состояние при поступлении характеризовалось нарушением сна, помрачением сознания, которое выражалось в дезориентировке в окружающем, во времени, ориентировка в собственной личности сохранялась. Больные чаще были заторможены, рассеяны, словесный контакт был затруднен, невозможен или же удавалось от них получить односложные ответы. Иногда наблюдалось психомоторное возбуждение: больные вскакивали, пытались куда – то идти, речь в основном была невнятной, перебирали одежду руками, совершали беспорядочные, хаотичные, нецеленаправленные движения. Реже у больных удавалось выявить наличие чаще зрительных галлюцинаций, отрывочных вербальных галлюцинаций, которые сопровождались вторичным бредом. Аффективные расстройства проявлялись в виде тревоги, страха, у части больных наблюдалось гипоманиакальное состояние. Алкогольный делирий, безусловно, надо рассматривать как неотложное состояние в психиатрии и наркологии, требующее urgentной специализированной помощи. Это обусловлено тем что острое психотическое состояние может сопровождаться неожиданными поступками и действиями больного, агрессивностью по отношению к себе и окружающим, а также, потому что тяжелые случаи острых алкогольных психозов без оказания специализированной помощи может привести к летальному исходу. В клинике алкогольного делирия, как отмечалось выше, соматоневрологические расстройства преобладают над психическими расстройствами. Они определяют течение и прогноз заболевания. Наиболее часто алкогольный делирий сопровождается с нарастающим угнетением сознания. Отек головного мозга, приводящий к значительному повышению внутричерепного давления – наиболее частая (75%) причина летального исхода при тяжелом алкогольном делирии. В 25% случаев тяжелый алкогольный делирий осложняется сердечной недостаточностью. Как непосредственная причина смерти сердечная недостаточность выступает в 2 – 3% случаев. При хроническом алкоголизме часто развивается кардиомиопатия. Тяжелый алкогольный делирий может сопровождаться печеночной недостаточностью, поражение печени имеет место в 50% случаев злоупотребления алкоголем. Причина: алкогольный гепатит или цирроз печени. При тяжелом АлД печень поражена практически всегда, но изменения функции печени варьируют от бессимптомных форм (улавливаются лишь биохимические изменения) до развития печеночной недостаточности. Более чем у 50% больных алкоголизмом нарушение обмена витаминов проявляется клинически значимым дефицитом витамина В1. Нарушения водно – электролитного баланса проявляются дегидратацией, вплоть до развития гиповолемического шока. Нарушения кислотно – щелочного состояния в виде ацидоза или алкалоза. По выходу из психотического состояния также наблюдалась астения, сопровождающаяся мнестическими расстройствами, некоторым снижением интеллекта снижением в эмоционально – волевой сфере. Мнестические расстройства характеризовались чаще утерей памяти на текущие события, ложными воспоминаниями. Длительное время сохранялись неврологические расстройства в виде нарушения чувствительности, боли в нижних конечностях, шаткость походки. Таким образом, отмечено увеличение стертых по клинической картине форм алкогольных делириев, уменьшение в клинической картине заболевания продуктивной симптоматики, преобладание тяжелых форм алкогольных делириев с соматоневрологическими расстройствами, данные формы делириев развивались в некоторых случаях у лиц относительно молодого возраста, развитию психоза предшествовала массивная алкоголизация крепкими спиртными напитками, в основном, разливным спиртом. По выходу из психоза, у таких больных оставались симптомы органического поражения ЦНС.

Выводы: таким образом, можно отметить, что в последние годы идет увеличение тяжелых форм делирия без выраженной продуктивной симптоматики, с преобладанием соматоневрологических расстройств. Идет значительное омоложение алкоголизма, алкогольный стаж составляет до 5 лет. Причиной утяжеления симптоматики прежде всего является употребление некачественных спиртных напитков, а также поздняя обращаемость за медицинской помощью, т.е своевременное обращение снижает риск летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по психиатрии в 2-х томах, под ред. А.В. Снежневского, М, Медицина, 1983г.
2. «Психиатрия» - А.В. Портнов, Д.Д. Федотов
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: “Модек”, 1995.
4. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 1997.
5. «Психиатрия» - Н.М. Жариков, Л.Г. Урсова, В. Храбинин, 1989г.
6. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М.: Экспертное бюро-М, 1997.
7. Руководство по психиатрии в 2-х томах, под ред. Г.В. Морозова, М., Медицина, 1988г.
8. Снежневский А.В. Общая психопатология. – М., 2001.
9. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986.