

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ОСТРЫХ ПСИХОЗАХ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

К.м.н. В.Н. КУЗЬМИНОВ, Н.П. ЮРЧЕНКО, А.Н. ЮРЧЕНКО

*Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Харьков,  
Харьковская городская клиническая психиатрическая больница № 15*

**Рассмотрены вопросы разграничения острых алкогольных и органических психозов у лиц с алкогольной зависимостью. Отмечена сложность дифференциальной диагностики и выбора лечебной тактики у больных с указанной патологией.**

В 2000 г. в органах здравоохранения Украины было зарегистрировано 100 тыс. потребителей наркотиков и около 700 тыс. больных с синдромом зависимости от алкоголя. В настоящее время в Украине имеется тенденция увеличения количества больных, которые злоупотребляют психоактивными веществами, содержащими высокотоксичные примеси. Отмечается легкая смена форм наркотизма, зачастую алкоголизм формируется у лиц с зависимостью от психотропных и наркотических препаратов. Это приводит к тяжелому органическому (токсическому) поражению головного мозга, которое существенно затрудняет лечение и реабилитацию больных. Одной из проблем современной медицины является увеличение частоты острых психозов у больных с зависимостью от психоактивных веществ, причем с этими психозами приходится сталкиваться врачам разных специальностей, так как зачастую они развиваются в состоянии отмены алкоголя во время лечения по поводу различных соматических заболеваний, черепно-мозговых травм и т.д.

Психозы (как и все психические нарушения) у больных с зависимостью от психоактивных веществ во многих случаях являются полиэтиологичными. Развитие их и клиническая картина определяются сложным взаимодействием четырех факторов: 1) синдромом зависимости; 2) интоксикацией — состоянием отмены; 3) токсическим фактором психоактивных веществ и связанной с ним органической патологией ЦНС и внутренних органов; 4) соматической и неврологической патологией, прямо не связанной с токсическим фактором психоактивных веществ. Каждый из перечисленных факторов (за исключением первого) может быть этиологическим по отношению к имеющемуся у больного психотическому состоянию, а наблюдающиеся при этом другие факторы оказывают существенное влияние на патогенез, клиническую картину и течение заболевания.

Выделение ведущего фактора в возникновении психоза у больных с зависимостью от психоактивных веществ кроме практического имеет и большое теоретическое значение. В психиатрии, как и в других медицинских дисциплинах, связь между причиной и следствием, взаимодействие эндогенных и экзогенных факторов, роль функциональных нарушений и органического поражения (нарушения структуры) головного мозга остаются во многом невыясненными и спорными [1]. Это нашло отражение в классификациях психиче-

ских заболеваний и общепринятых терминах. Исторически сложились термины «функциональные психозы» и «экзогенно-органические психозы». В используемой ныне МКБ-10 выделены группы: F0 — органические, включая симптоматические психические расстройства; F1 — психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ, которые в известной мере противопоставляются группам заболеваний, отнесенных к рубрикам F2 — шизофрения и шизотипические и бредовые расстройства; F3 — аффективные расстройства настроения. Разграничение на психические расстройства, этиологический фактор которых известен, — F0, F1 — и на заболевания с невыясненной этиологией — F2, F3 — очевидно.

В соответствии с этиологическим фактором психотические состояния у больных с зависимостью от алкоголя можно отнести к рубрикам F1, F05, F06 МКБ-10 [2].

В развитии острых алкогольных психозов важную роль играют полиорганный недостаток, дефицит витаминов, водно-электролитные и метаболические нарушения. Тяжесть психоза в большинстве случаев определяют сопутствующие соматические заболевания, алкогольная, печеночная, травматическая энцефалопатия, судорожный синдром [3]. Наиболее часто психозы у больных алкоголизмом возникают в состоянии отмены алкоголя и проявляются делириозным, онейроидным, аментивными синдромами. Аналогичными проявлениями может сопровождаться и тяжелая соматическая патология у больных с зависимостью от психоактивных веществ, которая имеет тенденцию к декомпенсации в состоянии отмены. Это создает определенные диагностические трудности в разграничении состояния отмены алкоголя с делирием (F10.40, F10.41, F10.42, F10.43), возникшим на фоне соматической и неврологической патологии, и делирием, не обусловленным употреблением алкоголя и других психоактивных веществ (F05.0, F05.1, F05.9).

Делирии, не обусловленные алкоголем, согласно МКБ-10 включают: сосудистый делирий (с деменцией или без таковой), острое состояние спутанности сознания, острый мозговой синдром, острый психоорганический синдром, острый инфекционный психоз, острую органическую реакцию. В МКБ-10 допускается трактовка делирия как «другого», или делирия со смешанной этиологией F05.8, однако эта рубрика не отражает всего многообразия клинических случаев.

Не меньшие трудности представляет разграничение органических психических нарушений рубрик F06, F07 МКБ-10 и различных психических и поведенческих расстройств рубрик F1x.5, F1x.6, F1x.7. Некоторые психические и поведенческие расстройства у больных с зависимостью от психоактивных веществ могут иметь двойную трактовку. В ряде случаев интерпретация генеза психических нарушений, судорожного синдрома имеет не только клиническое, но и большое социальное значение (например, у ликвидаторов ЧАЭС, других участников экстремальных событий).

В практическом здравоохранении психозы у больных с зависимостью от психоактивных веществ в большинстве случаев трактуются как интоксикационные или состояния отмены. При этом среди больных, которые поступают в специализированные отделения (неотложной психиатрической и наркологической помощи) в связи с состоянием отмены алкоголя с делирием (либо другими психотическими расстройствами), в последнее время большая часть пациентов имеет сопутствующую тяжелую соматическую, неврологическую патологию либо перенесла перед психотическим эпизодом черепно-мозговую травму, ожоги и т.д. Многих из таких пациентов необоснованно переводят из стационаров непсихиатрического профиля в связи с психотическими нарушениями. Между тем медицинская помощь должна оказываться в неврологических, психиатрических стационарах в тех случаях, когда этиологическим фактором является тяжелая неврологическая или соматическая патология. Перевод из одного лечебного учреждения в другое приводит к ухудшению состояния больных из-за транспортировки и нарушения непрерывности, преемственности лечебного процесса. В ряде случаев больным в состоянии отмены алкоголя с делирием, у которых психоз развился после госпитализации, помощь должна оказываться в тех стационарах, куда они поступили на лечение. Так, при состоянии отмены алкоголя с делирием больные, поступившие на лечение в связи с травмами, хирургической патологией, должны лечиться в травматологических, хирургических стационарах при систематическом, в случае затяжного течения, наблюдении врача-психиатра.

Органические психотические расстройства у больных с зависимостью от психоактивных веществ отличаются высокой летальностью. Организационные формы оказания помощи этой категории больных разнообразны. В связи с неточностью трактовки состояния больного часто помощь больным оказывается несвоевременно. Проблема терапии органических психотических расстройств у больных с зависимостью от психоактивных веществ и психозов на фоне соматической и неврологической патологии во многом остается нерешенной. В специальной литературе предлагаются различные подходы к терапии этих состояний [4–7]. Спорными вопросами остаются использование нейролептических препаратов, средств для наркоза, дозы препаратов, необходимость и объем инфузионной терапии. Помощь таким больным оказывается в специализированных наркологических, психиатрических отделениях, различных соматических и наркологических стационарах. В связи с тяжестью состояния больных

во многих областях Украины в структуре психиатрических и наркологических больниц созданы палаты интенсивной терапии и реанимационные отделения. В большинстве случаев отдельно организованные реанимационные отделения быстро блокируются тяжелыми больными и существенно не влияют на оказание помощи потоку больных с зависимостью от психоактивных веществ с острыми психозами.

В г. Харькове была внедрена новая организационная форма оказания помощи больным в остром психотическом состоянии — Центр интенсивной терапии и реанимации психозов. Он объединяет острое психиатрическое (60 коек) и реанимационное отделения (6 коек) в одну структуру. Центр является клинической базой отдела неотложной психиатрии и наркологии Института неврологии, психиатрии и наркологии. Подготовка врачей-психиатров, обладающих навыками проведения интенсивной терапии, и прохождение курсов психиатрии врачами-реаниматологами способствуют существенному повышению качества оказываемой помощи. Динамичность, тесная организационная связь психиатрического и реанимационного отделений позволяют оказывать помощь до 3000 пациентам в год.

При анализе летальности среди больных, поступивших в Центр с диагнозом алкогольный делирий в 2001 г., обращает на себя внимание большое количество больных, умерших от острой сердечной недостаточности на фоне алкогольной кардиомиопатии, панкреонекроза, пневмонии, субдуральной гематомы. Имевшие место расхождение заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов объяснялись тем, что делириозный синдром был связан с менингитом, опухолью головного мозга, субдуральной гематомой, панкреонекрозом. При этом в ряде случаев больных осматривали специалисты — невропатологи, хирурги — и заболевания, ставшие причиной смерти, ими отвергались.

Критериями разграничения алкогольного делирия и делириозного синдрома органического генеза являются: наличие непсихотического нарушения сознания, отсутствие четких указаний на алкоголизацию пациента или воздержание от алкоголя более 7 дней перед поступлением в стационар, наличие декомпенсированной соматической патологии, тяжелой черепно-мозговой травмы. В ряде случаев только комплексное обследование, наблюдение в динамике за больными с делириозным синдромом позволяют дифференцировать белую горячку и делирий, обусловленный декомпенсированной соматической патологией или травмой.

Все причины смерти у больных с тяжелыми алкогольными делириями можно разделить на две основные группы: 1) отек-набухание головного мозга; 2) декомпенсация соматических заболеваний у больного с алкогольным делирием (острая сердечно-сосудистая и легочно-сердечная, печеночная, почечная недостаточность). Во втором случае клинически отмечается смена делириозного синдрома аментивным или одним из вариантов непсихотического нарушения сознания (оглушением, сопором, комой). Это обусловлено тем, что состояние отмены алкоголя является стрессом для организма, приводит к нарушению регулирования центральной нервной системой деятельности

внутренних органов. Декомпенсация такой регуляции отмечается при острой алкогольной энцефалопатии по типу Гайе — Вернике (F10.43). Таким образом, с одной стороны, полиорганная недостаточность способствует возникновению острой алкогольной энцефалопатии, а с другой — острая алкогольная энцефалопатия является фактором декомпенсации нарушений различных органов и систем организма больного. Статус больного, поступившего с алкогольным делирием (F10.4), вначале может трактоваться как состояние отмены алкоголя с делирием. В дальнейшем, при декомпенсации полиорганной недостаточности, преобладании растерянности, оглушенности (или более тяжелых форм непсихотического нарушения сознания) над продуктивной психотической симптоматикой, наличии выраженных признаков поражения нервной системы, состояние больного может трактоваться как делирий, обусловленный патологией внутренних органов (F05). Чаще всего это отмечается при печеночной недостаточности (развивается печеночная энцефалопатия), при алкогольном панкреатите, присоединившейся тяжелой пневмонии. При выходе из психоза нередко отмечается транзиторный психоорганический синдром. Длительность психотического состояния в этом случае обычно превышает 14 дней.

Лечебная тактика должна определяться двумя факторами. Первый — необходимость коррекции функции различных органов и систем, второй — купирование психотической симптоматики. При экзогенно-органических психозах, проявляющихся делириозным синдромом у лиц с зависимостью от алкоголя, прежде всего следует уделять внимание нормализации соматоневрологического статуса больного, адекватной коррекции метаболических нарушений, восстановлению водно-электролитного баланса. Дозы психотропных препаратов должны быть низкими. Из терапии необходимо исключить препараты с гепатотоксическим действием, обладающие выраженным депрессивным действием на функцию миокарда и дыхание (большинство нейролептиков) [3]. Препаратами выбора для купирования психоза являются транквилизаторы

бензодиазепинового ряда и некоторые средства для неингаляционного наркоза. Часто психотические нарушения проходят сразу при нормализации соматоневрологического статуса. Перевод таких больных из соматического или неврологического стационара, куда они первично поступают на лечение, в психиатрический стационар нецелесообразен.

При лечении больных с зависимостью от психоактивных веществ необходимо учитывать возможность развития состояния отмены, психоза, судорожного синдрома. Имеется высокий риск ауто- и гетероагрессивного поведения больных. Помимо назначения седативных, противосудорожных средств таким больным следует с осторожностью назначать адrenomиметики, холинолитические, антигистаминные препараты, которые могут спровоцировать возникновение психотического состояния. Употребление алкоголя (других психоактивных веществ) во время лечения в соматическом стационаре может резко ухудшить состояние пациента из-за его несовместимости с назначенными лекарственными препаратами.

При состоянии отмены алкоголя с делирием на первый план выступает купирование психомоторного возбуждения и диссомнического синдрома. Это зачастую требует назначения больших доз седативных препаратов различных групп. Одновременно проводится коррекция метаболических нарушений, восстановление водно-электролитного баланса, нормализация соматоневрологического статуса больного. Лечение целесообразно проводить в специализированных психиатрических (наркологических) отделениях. Необходимо помнить о возможной соматической декомпенсации у таких больных, что требует проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий.

Таким образом, теория и практика лечения психозов у больных с зависимостью от алкоголя являются сложной, в настоящее время во многом не решенной проблемой, которая касается врачей различных специальностей и требует дальнейшей разработки.

#### Л и т е р а т у р а

1. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — Т. 1. — 480 с.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. — С.Пб.: Адис, 1994. — 300 с.
3. Морозов Г.В. Алкоголизм. — М.: Медицина, 1983. — 432 с.
4. Фридман Л.С. Наркология. — М.: Бином — Невский проспект, 1998. — 318 с.
5. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. — М.: Медицина, 1988. — 528 с.
6. Стрелец Н.В., Уткин С.И. Причины возникновения, клиника и терапия острых психозов, развившихся в ходе стационарного лечения у больных алкоголизмом и наркоманиями // Матер. Междунар. конф. психиатров. — М., 1998. — С. 346–347.
7. Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — 448 с.

Поступила 23.06.2003

#### DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC PROBLEMS IN ACUTE PSYCHOSIS IN PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION

V.N. Kuzminov, N.P. Yurchenko, A.N. Yurchenko

#### S u m m a r y

The questions of differentiation of acute alcoholic and organic psychoses in alcohol addiction are described. The difficulty of differential diagnosis and choice of therapeutic tactics in patients with this pathology is noted.