# **План**

1. Делирий, как патология
2. Алкогольный делирий (белая горячка)

Литература

**1. ДЕЛИРИЙ, КАК ПАТОЛОГИЯ**

Как и оглушение, делирий развивается на почве соматических заболеваний, инфекций, интоксикаций. Отличается от оглушенности не обеднением психической деятельности, а наоборот, обилием ярких, образных, аффективно насыщенных психопатологических переживаний с ложной ориентировкой в окружающем. Наиболее характерен наплыв истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий. Бредовые идеи, как правило, нестойки, непосредственно связаны с галлюцинаторными переживаниями, бывают также слуховые галлюцинации.

Своеобразие расстройств сознания заключается в том, что сохраняется ориентировка в собственной личности и изменяется ориентировка в окружающей обстановке. На этом фоне возникают разнообразные яркие зрительные иллюзии или галлюцинации устрашающего, угрожающего содержания. Больные как бы на сцене видят различных зверей, чудовищ, змей, мертвецов, чертей, картины сражений, катастроф. Зрительные образы могут быть гигантского либо микроскопического размера. Больной становится активным участником происходящего: то он нападает, то обороняется, то в ужасе спасается от своих преследователей. В зависимости от содержания галлюционаторных переживаний появляются страх, тревога, растерянность, резкое двигательное возбуждение. Глубина делирия колеблется - обычно она увеличивается в вечерние и ночные часы, днем нередко возникают периоды прояснения сознания.

Мусситирующий делирий обычно возникает при тяжелых соматических заболеваниях, бистро переходит в сопор и кому. Характерно хаотическое двигательное возбуждение, ограничивающееся пределами постели. Взгляд у больных мутный, отсутствующий, они не реагируют на обращенную к ним речь, не выполняют инструкций, еле слышно бормочут что-то бессвязное, иногда отдельные слова или звуки. Отмечаются слабые судорожные движения рук (хореиформные гиперкинезы): больные что-то ощупывают, обирают себя, отгоняют от себя, стягивают, перебирают складки одеяла, одежды.

При профессиональном делирии больные дезориентированы, возбуждены, выполняют автоматизированные двигательные акты, привычные для них профессиональные действия: строгают, шьют и др. Галлюцинаций и парейдолий не наблюдается (парейдолии - состояние, при котором в узорах обоев, в трещинах потолка, стен больным представляются причудливые рисунки, картины).

Инфекционный (лихорадочный) делирии возникает обычно на высоте острых инфекционных заболеваний (тифы, детские инфекции, пневмонии). С инфекционным делирием сходны по клинической картине делириозные состояния, возникающие при отравлениях. Инфекционный делирии не всегда наступает внезапно. Возможно, заметить его ранние признаки. В течение дня, предшествующего возникновению делирия, можно обнаружить, прежде всего, утяжеление симптоматики основного заболевания, сопровождающееся подъемом температуры. Обращает на себя внимание изменение поведения больного: он становится тревожным, суетливым, мечется в постели, постоянно меняя положение тела, то пытается вставать, то по нескольку раз обращается к окружающим с одними и теми же просьбами, стонет, плачет, совершает множество ненужных движений, отказывается от пищи. Нередко больные обнаруживают в этот период повышенную чувствительность к шуму, яркому свету. К вечеру все эти явления усиливаются. Многие больные к этому времени начинают дремать или молча лежат с широко открытыми глазами, пристально разглядывая стены, потолок, к чему-то прислушиваются, "загружены" своими переживаниями, крайне неохотно отвечают на вопросы. В таком состоянии у больных могут возникать парейдолии. Развивается бессоница.

В развернутой стадии делирия возникает возбуждение, более выраженное ночью: больной вскакивает с постели, иногда выпрыгивает в окно или выбегает раздетым на улицу, вырывается из рук удерживающих его людей. На лице выражение страха, тревоги, глаза широко раскрыты, блестят. Больной выкрикивает отдельные слова, фразы, с кем-то как бы разговаривает, отвечает на вопросы. При обращении к нему ответ удается получить не сразу. Будучи не ориентирован во времени и месте, больной правильно отвечает на вопросы о собственном состоянии, рассказывает, что он видит разнообразные картины, окружен зверями или сверхъестественными чудовищами, которые нападают на него, душат, терзают.

В некоторых случаях возбуждение развивается не сразу. Тогда больной, испытывая галлюцинации, напряженно к чему-то прислушивается, всматривается, озирается, что-то шепчет. К утру, он заметно успокаивается, зрительные иллюзии и галлюцинации исчезают, сознание проясняется. Больной астенизирован, слаб, истощен, на вопросы отвечает едва слышным голосом после долгих пауз. Первое время он не сомневается в реальности происходившего с ним ночью, затем начинает понимать болезненный характер своих переживаний. Следующей ночью вновь может развиться картина делирия, а затем, по мере выздоровления от основного заболевания, явления делирия исчезают, не оставляя стойких психических нарушений, кроме астении.

В других случаях делириозное возбуждение возникает внезапно, нарастает быстро и интенсивно. Больные вскакивают с постели, стремительно бегут, спасаясь от мнимых преследователей или нападения на них. В состоянии делириозного возбуждения могут совершать опасные для жизни действия, нередко приводящие к гибели.

Неотложная помощь. За больным с тяжелым инфекционным заболеванием необходимо устанавливать тщательное наблюдение, своевременное выявление признаков начинающегося делирия позволяет принять превентивные меры. В развернутой стадии делирия должны быть использованы основные принципы фиксации больных с нарушением психической деятельности. Одновременно с физическим удержанием больного необходима настойчивая успокаивающая больного психотерапия.

При проведении неотложной лекарственной терапии необходимо, прежде всего, устранить бессонницу - назначить на ночь небольшие дозы аминазина или тизерцина (12,5-25-37,5 мг). При тенденции у больного к артериальной гипотонии лучше применить нитразепам (радедорм, эуноктин) 10-30 мг или феназепам 3-5 мг или диазепам (седуксен, реланиум) 10-20 мг внутривенно либо внутримышечно или элениум 5-10 мг внутримышечно. При необходимости введение препаратов можно повторить. Если, несмотря на применение указанной терапии, делириозное состояние продолжает развиваться, больного необходимо изолировать, обеспечив непрерывное круглосуточное наблюдение. Иногда при нарастающем возбуждении приходится удерживать больного в постели санитарам, укладывая его на спину и удерживая за плечи и бедра, прижимая их через одеяло, стараясь не причинять боли.

Наряду с физическим удержанием следует пытаться словесно успокаивать пациента.

Следует помнить, что инфекционный делирий является одним из наиболее опасных для жизни больного заболеванием, как по психическим проявлениям, так и тяжести соматического состояния, причем возникает порочный круг вследствие взаимного утяжеления психических и соматических расстройств.

Терапевтические мероприятия при развернутом инфекционном делирии включают неспецифические успокаивающие средства, дезинтоксикацию и нейролептическую седативную терапию. Для дезинтоксикации внутривенно вводят глюкозу, подкожно - большие количества изотонического раствора хлорида натрия в сочетании с витаминами С и B1, обильное питье.

При делирии на фоне тяжелого соматического страдания применяют дезинтоксикационные средства, средства, направленные на поддержание сердечно-сосудистой деятельности, и седативные препараты. Последовательно применяют инсулин - 6-8 ЕД подкожно в сочетании с внутривенным введением 20 мл 40% раствора глюкозы; 5% раствор витамина В6 - 1-2 мл внутривенно, 5% раствор витамина B1 - 1-2 мл внутримышечно, метионин - 0,5 г внутрь; витамин В12 - 200 мкг внутримышечно; 25% раствор магния сульфата - 10-15 мл внутримышечно; цититон - 1 мл внутримышечно; 5% раствор барбамила - 5-10 мл внутримышечно; кордиамин - 1 мл внутримышечно. Этот комплекс вводят в течение 20 мин и повторяют его введение до 3-4 раз в сутки. Психомоторное возбуждение устраняют внутримышечным введением аминазина или тизерцина в дозе 25-50 мг с учетом противопоказаний. Для предупреждения коллаптоидных состояний вводят профилактически 2 мл кордиамина подкожно. Эффективна также комбинация нейролептических препаратов с внутримышечным введением 1-2 мл 1% раствора димедрола. При отсутствии достаточного седативного эффекта инъекции можно повторять несколько раз, соблюдая необходимую предосторожность (горизонтальное положение больного) с интервалом 1,5-2 часа.

При нарастании делириозных явлений оправдано применение более высоких доз психотропных средств. Такая тактика целесообразна потому, что на 2-3-й день применения нейролептиков наступает известная адаптация к ним, угроза гипотензивных осложнений уменьшается, поэтому дозы этих препаратов могут быть постепенно увеличены вдвое и более. При резкой соматической ослабленности следует отдавать предпочтение внутримышечному или внутривенному введению транквилизаторов: диазепама (седуксена, реланиума) до 40-80 мг/сут, элениума до 150 мг/сут. Учитывая мощный седативный и снотворный эффект феназепама, ему следует отдать предпочтение перед другими транквилизаторами, назначая в дозах до 5-8 мг/сут внутрь. Целесообразно одновременно назначать ноотропные препараты (пирацетам, ноотропил до 5-10 г внутрь или парентерально).

После исчезновения делириозных явлений лечение должно быть направлено на профилактику их рецидивов. С этой целью проводят дезинтоксикационную терапию (25% раствор магния сульфата до 10 мл, изотонический раствор хлорида натрия до 500 мл). Продолжают лечение нейролептиками в небольших дозах: от 25 до 75 мг аминазина или тизерцина в 2-3 приема (большую часть суточной дозы вводят в вечерние или ночные часы). При непереносимости этих нейролептиков или наличия противопоказаний целесообразно назначить тиоридазин (меллерил) до 200 мг/сут или терален до 200 мг/сут либо транквилизаторы: нитразепам, седуксен до 10-40 мг/сут, феназепам до 8 мг/сут, также желательно в вечерние часы. Несмотря на отсутствие психотических явлений и проводимую терапию, больной, перенесший инфекционный делирий, должен в течение нескольких дней находиться под усиленным наблюдением, так как не исключена возможность рецидива.

Госпитализация. Инфекционный делирий HQ является основанием для перевода больного в специальный психиатрический стационар. Более того, транспортировка может повлечь значительное утяжеление как соматического, так и психического состояния. Поскольку в неосложненных случаях инфекционный делирий бывает кратковременным и обратимым, необходимый уход и лечение могут быть на первых порах обеспечены на месте. В осложненных случаях необходима консультация психиатра.

**2. АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ (БЕЛАЯ ГОРЯЧКА)**

Алкогольный делирий начинается с развития похмельного состояния, затем нарастают безотчетная тервога, страх, предчувствие надвигающейся беды. Сон становится тревожным, сновидения кошмарными. Иногда перед засыпанием возникают зрительные галлюцинации. На 3-4-ю ночь возникают бессонница и больные, чрезвычайно подвижные, яркие, чувственно окрашенные зрительные галлюцинации, больные видят перед собой летающую паутину, множество подвижных насекомых, мелких животных (мышей, крыс), змей, иногда чертей. Временами на этом фоне появляются устрашающие фантастические образы. К зрительным галлюцинациям и иллюзиям присоединяются и слуховые галлюцинации: над больными смеются, дразнят, называют пьяницей, осуждают его поступки, ругают. Часты тактильные галлюцинации: кажется, что по коже ползают мелкие насекомые. Больные резко возбуждены, захвачены происходящим, отвечают "голосам", отбиваются от "чудовищ", ловят "насекомых". Характерна изменчивость состояния: периоды резкого психомоторного возбуждения внезапно сменяются временным успокоением, аффект страха чередуется с благодушием, гнев, агрессия - с дурашливым весельем.

Начавшись ночью, болезнь в течение нескольких часов достигает своего наивысшего развития. К утру (как это свойственно и инфекционному делирию) состояние несколько улучшается, больной рассказывает о происходившем с ним ночью, понимает, что он. болен. Но к вечеру иногда вновь нарастает страх, тревога, растерянность - психоз повторяется с прежней силой.

Обычно болезнь продолжается в течение 3-5 дней, причем на всем протяжении заболевания больной спит мало или совершенно не спит. Алкогольный делирий протекает с обилием вегетативных расстройств, из которых наиболее выражена резкая потливость. Отмечается гиперемия лица и. конъюнктив. Пульс учащен до 150 в 1 минуту, АД повышено. Повышается температура тела.

Более тяжелые формы белой горячки чаще возникают после длительного массивного злоупотребления алкоголем или приема суррогатов у лиц, перенесших травму черепа или иные заболевания ЦНС. Еще до появления психоза у них обнаруживаются во время абстиненции головная боль, рвота, смазанность речи и другие неврологические расстройства. судорожные припадки.

Ухудшают прогноз делирия такие признаки, как повышение температуры до 38 ˚С, ранее появление гиперкинезов, резкого психомоторного возбуждения, резистентность к проводимой терапии. Особенно неблагоприятным признаком, свидетельствующим о нарастающей угрозе жизни больного, является углубление нарушений сознания с оглушенностью с последующей разорванностью мышления в виде аменции, сопора, комы.

Другое опасное осложнение - усиление вегетативных нарушений и, прежде всего падение АД с развитием коллапса, нарушениями сердечного ритма.

Диагноз. Важным дифференциально-диагностическим признаком алкогольного делирия являются часто наблюдающееся дрожание, охватывающее все тело больного, миоклонин, хореиформные гиперкинезы, атаксия. В отличие от инфекционного делирия алкогольный развивается у больных хроническим алкоголизмом, хотя следует помнить о частой провокации алкогольного делирия инфекцией и более частом развитии лихорадочного делирия у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Алкогольный делирий обычно развивается после запоя и периода прекращения потребления алкоголя часто с отвращением к нему. Затем развивается тяжелый похмельный синдром, переходящий в делирий. Главное в дифференциаольной диагностике с инфекционным делирием - наличие инфекции, интоксикации, другого соматического заболевания.

Алкогольный делирий в еще большей мере, чем инфекционный, является одним из наиболее тяжелых, острых психотических состояний, угрожающих жизни больного, и поэтому требует особенно интенсивной терапии.

Неотложная помощь. Необходимы купирование психомоторного возбуждения и устранение бессонницы, поскольку наступление сна свидетельствует о приближающемся окончании психоза. Традиционным методом купирования делирия является применение 0,5-0,7 г барбамила со 100 мл 40% спирта. Наиболее сильные нейролептики седативного действия (аминазин, тизерцин по 50-100 мг внутримышечно) следует применять с осторожностью, учитывая их способность снижать АД и тем самым увеличивать риск возникновения коллапса. Более безопасны и достаточно эффективным высокие дозы транквилизаторов: 20-40 мг диазепама (седуксена, реланиума) внутривенно или внутримышечно, 100-150 мг элениума внутримышечно, а также феназепам - до 10 мг/сут.

Эффективно сочетание 0,6 г барбамила с 50 мг димедрола внутримышечно или 50 мг димедрола и 50 г дипразина внутримышечно либо внутривенное (медленное) введение 30-40 мл 20% раствора оксибутирата натрия с 20-40 мг седуксена внутримышечно.

Одновременно с писхотропными средствами назначают 1 мл 0,06% раствора коргликона с 10 мл 20% раствора глюкозы внутривенно, по 2 мл кордиамина или по 2 мл 20% раствора камфоры 3-4 раза в день подкожно. Целесообразно раннее применение 40-80 г преднизолона внутрь или внутримышечно. Целесообразно назначать высокие дозы витаминов и прежде всего В1 в виде 5% раствора по 5 мл 3-4 раза в день внутримышечно или внутривенно; одновременно вводят 1% раствор никотиновой кислоты, 5% раствор аскорбиновой кислоты, 5% раствор витамина В6 (1-2 мл), а также витамин В12 по 20-50 мкг внутримышечно, витамин В1 по 0,05 г 2-3 раза в день внутрь. При тяжелом делирий никотиновую кислоту следует вводить осторожно из-за опасности возникновения коллапса. Одновременно внутривенно вводят 40% раствор глюкозы и 10% раствор тиосульфата натрия (по 10 мл). При нарастании церебральной гипертонии повторно внутривенно вводят по 10-12 мл 10% раствора хлорида натрия. До устранения отека мозга в тяжелых случаях применяют мочевину или маннитол. Хороший дезинтоксикационный эффект достигается капельным внутривенным вливанием гемодеза.

Учитывая тяжесть заболевания, целесообразно проводить неотложную терапию с учетом современных принципов реанимации, особенно если в первые сутки не удается достигнуть заметного терапевтического эффекта.

Госпитализация срочная в психиатрическую больницу с соблюдением мер фиксации больного, а также назначением средств успокоения больного и сердечных препаратов. Лечение больных алкогольным делирием, как и ряда других тяжелых психосоматических заболеваний, целесообразно проводить в специально оборудованных в психиатрических больницах палатах интенсивной неотложной терапии, в которых проводятся и реанимационные мероприятия.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год