

ного синдрому X) / О. С. Чабан, М. В. Маркова, О. О. Хаустова, О. Ю. Жабенко // Medix. AntiAging. — 2010. — № 2 (14). — С. 92—97.

9. Юрьева Л. Н. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика : монография / Л. Н. Юрьева, Т. Ю. Ботьбот. — Днепропетровск : Пороги, 2006. — 196 с.

10. Anger expression, violent behavior, and symptoms of depression among male college students in Ethiopia / Dale J Terasaki, Bizu S Gelaye, Yemane Berhane and Michelle A Williams // BMC Public Health. — 2009. — 9: 13. — P. 1—25.

11. Orzack M. H. How to recognize and treat computer.com addiction / M. H. Orzack // Clin. Counseling Psychol. — 1999. — Vol. 9. — № 2. — P. 124—130.

12. Emotion and adherence to treatment in people with asthma: an application of the emotional stroop paradigm / [Jessop D. C.,

Rutter D. R., Sharma D., Albery I. P.] / Br. J. Psychol. — 2004, May; 95 (Pt2): 127—47.

Надійшла до редакції 05.05.2016 р.

КОРОСТІЙ Володимир Іванович, доктор медичних наук, професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, м. Харків; e-mail: vikorostiy@ukr.net

KOROSTIY Volodymyr, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv; e-mail: vikorostiy@ukr.net

УДК 616.89-008.441-085.615.214

В. Н. Кузьмін

ЛІКУВАННЯ ПСИХОМОТОРНОГО ЗБУДЖЕННЯ У ХВОРИХ В СТАНІ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ З ДЕЛІРІЄМ

В. Н. Кузьмин

Лечение психомоторного возбуждения у больных в состоянии отмены алкоголя с делирием

V. N. Kuzminov

Treatment of psychomotor agitation in patients with alcohol withdrawal state with delirium

Надані результати психопатологічного дослідження 180 хворих з алкогольним делірієм та делірієм змішаної етіології. На підставі проведеного дослідження запропоновані принципи диференційованого лікування, наведено типологію психомоторного збудження. Подано рекомендації з купірування психомоторного збудження в залежності від етіологічного чинника і психопатологічної структури психомоторного збудження.

Ключові слова: психомоторне збудження, стан відміни алкоголю з делірієм, делірій змішаної етіології, лікування

Для хворих у стані відміни алкоголю з делірієм є типовим наявність психомоторного збудження [1, 2]. Різноманітність проявів, тривалість, тяжкість, терапевтична резистентність цього феномена загальновідомі, що є причиною діагностичних та лікувальних труднощів щодо хворих з алкогольною залежністю в стані відміни. Особливо, коли у хворого із залежністю від алкоголю в стані відміни алкоголю розвивається делірій при наявності тяжкого соматичного захворювання, яке може бути самостійним етіологічним чинником психозу. У цих хворих визначити однозначно етіологічний чинник деліріозного розладу важко в зв'язку з наявністю кількох рівнозначних чинників, що сприяють розвитку деліріозного стану. У цих хворих доцільно діагностувати делірій змішаної етіології F05.8, відповідно до МКХ-10.

При несвоєчасній корекції психомоторного збудження у хворих спостерігається ауто- або гетероагресивна поведінка. При вираженому психомоторному збудженні відбувається виснаження нейромедіаторних систем, що в багатьох випадках приводить до несприятливого перебігу металкогольного психозу, супроводжується поглибленням порушення свідомості, та в подальшому — проявами набряку головного мозку, серцево-судинною недостатністю [1—3].

Мета дослідження — розробити диференційований підхід до лікування психомоторного збудження у хворих

Представлены результаты психопатологического исследования 180 больных с алкогольным делирием и делирием смешанной этиологии. На основании проведенного исследования предложены принципы дифференцированного лечения, приведена типология психомоторного возбуждения. Даются рекомендации по купированию психомоторного возбуждения в зависимости от этиологического фактора и психопатологической структуры психомоторного возбуждения.

Ключевые слова: психомоторное возбуждение, состояние отмены алкоголя с делирием, делирий смешанной этиологии, лечение

з алкогольною залежністю у стані відміни, на ґрунті вивчення його психопатологічних особливостей.

Методи дослідження: клінічний (вивчення соматоневрологічного стану, психопатологічний), клініко-лабораторний, статистичний.

Було досліджено 180 хворих з алкогольною залежністю в стані відміни, що були госпіталізовані до Центру невідкладної психіатрії Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3. Пацієнти, відповідно до МКХ-10, були поділені на 2 групи.

1 група — пацієнти зі станом відміни алкоголю з делірієм F10.4 — 100 пацієнтів. Середній вік складав $43,8 \pm 1,7$ роки.

2 група — пацієнти з делірієм змішаної етіології F05.8 — 80 пацієнтів. Середній вік складав $54,3 \pm 1,5$ роки. Чинником делірію була соматична патологія та стан відміни алкоголю [4].

Усі досліджені — чоловіки.

Більшість хворих першої групи госпіталізовані з дому за направленням лікаря-психіатра швидкої допомоги. Вік хворих становив 37—53 роки. Стаж синдрому залежності від алкоголю (за даними анамнезу) становив 12—18 років. Деліріозний синдром проявлявся на перший-третій день відміни алкоголю. В усіх досліджених пацієнтів була наявною різноманітна соматична патологія. Найчастіше у хворих діагностували кардіоміопатію, хронічні панкреатити, поліневрити, токсичні енцефалопатії. В усіх досліджених хворих спостерігалася різноманітна

патологія печінки, що підтверджувалася клінічними та лабораторними дослідженнями. Але супутня соматична патологія була компенсована на час госпіталізації.

Пацієнтів другої групи переводили із соматичних стаціонарів (де їх лікували або обстежували) у 60 % випадків, в 40 % випадків госпіталізували з дому за направленням лікаря-психіатра швидкої допомоги. У хворих спостерігалася різноманітна соматична патологія. На відміну від пацієнтів першої групи, соматична та неврологічна патологія у них мала декомпенсований характер, свідченням чого були дані ретельного вивчення соматоневрологічного статусу хворих та дані клініко-лабораторного дослідження. Вік хворих становив 49—65 років. Стаж синдрому залежності від алкоголю (за даними анамнезу) становив 15—20 років. Деліріозний синдром проявлявся на другий-четвертий день відміни алкоголю. У 14 хворих психотичний стан мав ознаки судинного делірію, що розпочався на тлі стану відміни алкоголю. Шість хворих були переведені із соматичного стаціонару, де їх лікували в зв'язку з гіпертонічною хворобою. Перед розвитком психотичної симптоматики мав місце гіпертензійний синдром (систолический артеріальний тиск становив 177 ± 39 мм рт. ст.). Після регресування психотичної симптоматики у хворих виявлялися достовірні ознаки дисциркуляторної енцефалопатії. Дев'ять хворих в стані відміни алкоголю перенесли черепно-мозкову травму, яка самостійно могла бути чинником деліріозного синдрому. У 7 хворих було діагностовано субарахноїдальну кровотечу. В усіх хворих цієї групи з лікувально-діагностичною метою проводили люмбальну пункцію, комп'ютерну томографію головного мозку. Більшість пацієнтів другої групи були хворими, у яких в стані відміни алкоголю загострювалися соматичні захворювання, які могли бути самостійним чинником деліріозного стану.

Психомоторне збудження в обстежених пацієнтів можна поділити за патогенетичними механізмами розвитку на два типи [5]:

- психопатологічне;
- вегетативне (діенцефальне, гіперкінетичне).

В першому разі пусковим механізмом психомоторного збудження були жах, тривога, галюцинаторно-маячні переживання, які повністю або частково охоплювали психіку та поведінку хворого.

У другому разі первинною була вегетативна буря, що супроводжувала стан відміни. Проявами були немотивована тривожність, загальний руховий неспокій, непосидючість, метушня, говірливість, звичайно без руйнуючих дій та ауто- або гетероагресивної поведінки.

За психопатологічною структурою психомоторне збудження можна було поділити на:

— *Психопатоподібне збудження*, проявами якого були підвищена рухова активність з конфліктністю, злостістю, агресивністю до оточуючих, що супроводжувалася в деяких випадках лайкою, суїцидальними висловлюваннями та демонстративними суїцидальними, руйнуючими діями. Часто маскує маячну та галюцинаторну симптоматику у хворих в стані відміни алкоголю з делірієм.

— *Тривожно-депресивне збудження*, проявами якого були загальний руховий неспокій (ажитація), що поєднувалися з жахом та тривоگوю. Вираженість була різною — від непосидючості, метушні, говірливості, стереотипних дій (за типом псевдодіяльності), потирання рук, перебирання складок одягу, ходіння з кута до кута — до різкого збудження.

— *Галюцинаторно-маячне збудження* виникало, в більшості випадків, під впливом загрозливих слухових

галюцинацій або персекуторних маячних ідей. Проявами були раптові агресивні або гетероагресивні, зовнішньо немотивовані дії.

— *Деліріозне збудження* мало ознаки тривожно-депресивного або галюцинаторно-маячного збудження, що за звичай поєднувалося із значним порушенням орієнтування в навколишньому та значним діенцефальним гіперкінетичним збудженням.

— *Аментивне збудження* відрізнялося від деліріозного поглиблення порушення орієнтування в навколишньому, зменшення проявів діенцефального збудження завдяки виснаженню нейромедіаторних механізмів, тяжким загальним станом, «збудженням у ліжку». У деяких хворих збудження чергувалося зі спонтанним сном.

У багатьох хворих один тип психомоторного збудження змінював інший. Наприклад, галюцинаторно-маячний змінював психопатоподібний, або деліріозний змінював вегетативний (гіперкінетичний [5]). Безумовно, тривожно-депресивний та деліріозний завжди мали ознаки вегетативного (гіперкінетичного), всі інші деякою мірою також мали в своїй структурі ознаки вегетативного (гіперкінетичного) збудження. Але все ж таки означені типи психомоторного збудження мали феноменологічні межі. В стані відміни алкоголю навіть незначне психопатоподібне та тривожно-депресивне збудження може бути в подальшому предиктором тяжкого перебігу стану відміни алкоголю з делірієм. Треба зауважити, що у тяжких хворих значення окремих симптомів для визначення переважаючого етіологічного чинника психозу було зворотно пропорціональним тривалості психотичного порушення. Подібність клінічної картини тяжких станів відміни алкоголю (різних варіантів гострої алкогольної енцефалопатії) та гострої церебральної патології іншої етіології (субдуральної та субарахноїдальної кровотечі внаслідок черепно-мозкової травми, гострого порушення мозкового кровообігу тощо) підвищує значення в діагностиці методів нейровізуалізації, спинномозкової пункції та інших методів інструментальної діагностики. Переважна більшість хворих мали ураження багатьох органів та систем організму. Але на момент госпіталізації декомпенсований характер мала якась одна патологія, що могла бути самостійним чинником деліріозного розладу.

В обох групах обстежених хворих спостерігалася в цілому подібна клінічна картина, основною ознакою якої була наявність деліріозного синдрому. В групі хворих з алкогольним делірієм достовірно більшою була тривога з психомоторним збудженням, а також симптоми, що є ознаками стану відміни алкоголю: гіпергідроз, тахікардія тощо. Делірії змішаної етіології за своєю клінічною картиною виявилися досить різноманітною групою, що підтвердив кластерний аналіз. До першого кластеру увійшла більшість хворих переважно з церебральною патологією ($p < 0,001$), у другий — хворі з поліорганною патологією ($p < 0,001$), третій кластер переважно мистив, незалежно від етіологічного чинника психозу, всіх хворих з затяжним перебігом деліріозного стану ($p < 0,05$). Найбільш подібну клінічну картину з алкогольним делірієм мали делірії, пов'язані з гострою легеневою патологією та гострим панкреатитом на початку психозу. Але при гострому панкреатиті значно швидше наставала декомпенсація серцево-судинної системи, водно-електролітні порушення і у хворих починали переважати загальмованість, дезорієнтація, сухість слизових та кожних покривів, тенденція до гіпотензії тощо. Треба наголосити, що у свій час у більшості хворих з алкогольним делірієм

при наявності психічних порушень більше трьох діб спостерігалася госпітальна пневмонія.

За переважанням типу психомоторного збудження групи хворих суттєво відрізнялися одна від одної (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл хворих за типом психомоторного збудження на початку психозу, %

Тип психомоторного збудження	Група	1 група хворих (n = 100)		2 група хворих (n = 80)	
		n	%	n	%
Вегетативне (гіперкінетичне)		100	100	48	60
Психопатоподібне		24	24	12	15
Тривожно-депресивне		24	48	40	50
Галюцинаторно-маячне		20	20	80	10
Деліріозне		8	8	32	40
Аментивне		0	0	12	15

Примітка. Сума в стовпцях не дорівнює 100 % в зв'язку з тим, що один і той самий хворий мав ознаки різних за патогенетичними механізмами типів збудження

У першій групі значно частіше та більш вираженим було вегетативне збудження, що є характерним для стану відміни психоактивних речовин в цілому. У другій групі частіше спостерігався аментивний синдром, що був ознакою тяжкого перебігу психозу.

Таблиця 2. Співвідношення тривалості психомоторного збудження та тяжкості стану відміни алкоголю з делірієм за шкалою CIWA-г

Назва ознаки	1 група хворих (n = 100)	2 група хворих (n = 80)	Вірогідність різниці між групами p
Тривалість психотичного збудження, діб	1,40 ± 0,06	2,39 ± 0,04	< 0,001
Тяжкість стану відміни алкоголю, бали	34,2 ± 2,3	32,7 ± 2,9	< 0,01

Успішне лікування психомоторного збудження визначало прогноз терапії делірію в цілому [4].

Лікування хворих у стані психомоторного збудження потребує ретельного нагляду для профілактики ауто- та гетероагресивних дій та можливої соматичної декомпенсації [6, 7]. Акцент терапії надається медикаментозному лікуванню. У разі переважання вегетативного збудження препаратами вибору є транквілізатори бензодіазепінового ряду, карбамазепін. При галюцинаторно-параноїдному — клопіксол, галоперидол, при тривожно-депресивному — труксал, тизерцин (при відсутності протипоказань для застосування). При психопатоподібному збудженні ефективними є клопіксол-акуфаз, труксал. Загальним правилом є призначення препаратів з урахуванням соматичного стану хворого. Призначати пролонговані препарати, наприклад клопіксол-акуфаз, хворим з тяжким загальним станом недоцільно в зв'язку з необхідністю швидкого реагування на можливе обважнення перебігу захворювання. При тяжкому стані пацієнта (розвитку гострої алкогольної енцефалопатії) препаратами вибору є транквілізатори бензодіазепінового ряду, зопіклон в більшості випадків потребував поєднаного призначення з невеликими дозами галоперидолу або клопіксолу. У хворих другої групи спостерігався

більший період психомоторного збудження та хвилеподібний перебіг психотичного розладу.

Ступінь седації у досліджених хворих оцінювали за допомогою шкал RASS та CAM-ICU. Було встановлено, що хворі, в яких був високий ризик розвитку тяжкого стану відміни алкоголю з делірієм за типом гострої алкогольної енцефалопатії (F10.43 відповідно до МКХ-10), потребували більш значної глибини седації: -4, -5 балів за шкалою RASS, ніж хворі із класичним станом відміни алкоголю з делірієм та делірієм змішаної етіології у хворих з алкогольною залежністю в стані відміни (F10.4 та F0.58 відповідно до МКХ-10), рекомендований рівень седації -2, -3 за шкалою RASS. Саме такий диференційований підхід до седативної терапії дозволяє оптимізувати седативну терапію як для зменшення ризику надмірної седації так і при необхідності застосування гальмування при ознаках набряку, набухання, які супроводжують гостру алкогольну енцефалопатію.

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

1. Тяжкість та характер психомоторного збудження в стані відміни алкоголю є різноманітними за проявами та залежать від особливостей психотичного розладу та соматичного стану хворого.

2. Лікування психомоторного збудження має проводитися в залежності від домінуючого етіологічного чинника психотичного розладу та психопатологічної структури феномена.

3. Під час вибору лікувальної тактики необхідно враховувати соматичний стан хворого.

4. Седативна терапія потребує моніторингу та має застосовуватися диференційовано, в залежності від особливостей психотичного розладу.

Список літератури

1. Морозов Г. В. Алкоголізм / Г. В. Морозов. — М.: Медицина, 1983. — 432 с.
2. Кекелидзе З. Н. Тяжелый алкогольный делирий / Кекелидзе З. Н., Земсков А. П., Филимонов Б. А. // Русский медицинский журнал. — 1998. — №2. — С. 103—108.
3. Дифференцированное применение психотропных средств у больных психотическими формами алкоголизма (методические рекомендации) / [Волошин П. В., Протасевич Н. П., Игнатов М. Ю. и др.]. — Харьков, 1992. — 15 с.
4. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / пер. с англ. — Киев: Факт, 1999. — 272 с.
5. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология / И. Н. Пятницкая. — М.: Медицина, 1975. — 333 с.
6. Schuckit, M. A. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens) / M. A. Schuckit // N Engl J Med. — 2014. — 371(22): 2109—13.
7. Wolf K. M. Prolonged delirium tremens requiring massive doses of medication / Wolf K. M., Shaughnessy A. F., Middleton D. B. // J Am Board Fam Pract. — 1993. — 6 (5): 502—4.

Надійшла до редакції 05.04.2016 р.

КУЗЬМІНОВ Валерій Никифорович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків; e-mail: kuvani@ukr.net

KUZMINOV Valerii, MD, PhD, Research Associate Professor, Leading Researcher of Department of emergency psychiatry and narcology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv; e-mail: kuvani@ukr.net