УДК 616.89-02:547.262-072.5-08

*В. В. Задорожный, И. В. Линский, Н. П. Юрченко*

# ПРОВЕДЕНИЕ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ДЕЛИРИЕМ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

*В. В. Задорожний, І. В. Лінський, М. П. Юрченко*

## Проведення люмбальної пункції у хворих на тяжкий алкогольний делірій з метою діагностики та лікування

*V. V. Zadorozhnyi, I. V. Linskiy, N. P. Yurchenko*

## Lumbar puncture in patients with severe alcohol delirium for diagnosis and treatment

У больных тяжелым алкогольным делирием (ТАлД) поводом для выполнения люмбальной пункции (ЛП) являются сопутствующие неврологические и нейрохирургические заболевания. Целью работы явились изучение безопасности ЛП, а также оценка возможного ее лечебного воздействия у больных ТАлД. Рассмотрено 2962 наблюдений больных ТАлД за период 5 лет. Диагностическая ЛП была проведена в 545 случаях (18,4 %). Ургентная неврологическая или нейрохирургическая патология была выявлена у 5,3 % больных. Осложнений, связанных с возможным отеком головного мозга и развитием симптомов его дислокации, не наблюдалось.

Для исследования возможного лечебного влияния ЛП при ТАлД были отобраны 450 больных. ЛП была выполнена у 227 пациентов, у 223 лиц с ТАлД она не проводилась. Для оценки психопатологических и соматических проявлений ТАлД использовали рейтинговую шкалу DRS. Дополнительно оценивали продолжительность периода психических расстройств, а также ряд неврологических проявлений ТАлД, прежде всего — менингеальный синдром. Установлено, что больные ТАлД, которым проведена ЛП, выжили при достоверно худших показателях психоневрологического статуса, чем пациенты без проведения ЛП. Вывод о позитивном лечебном эффекте ЛП у больных ТАлД дополнительно проверен путем создания групп исследования с сопоставимыми клиническими проявлениями. Оказалось, что в этом случае выживаемость больных ТАлД с проявлениями менингеального синдрома, которым проведена ЛП, достоверно (на 13 %) выше, чем у пациентов без ЛП. Сделан вывод о возможности рекомендовать, при наличии соответствующих показаний, более широко использовать ЛП для целей диагностики у больных с ТАлД. Признано полезным проведение ЛП, рассчитывая на ее лечебный эффект, у больных ТАлД на раннем этапе стационарного лечения при переходе к неблагоприятному течению, прежде всего в ситуациях, когда возникают проявления менингеального синдрома.

***Ключевые слова:*** тяжелый алкогольный делирий, люмбальная пункция, безопасность, лечебное влияние люмбальной пункции

У хворих на тяжкий алкогольний делірій (ТАлД) приводом для виконання люмбальної пункції (ЛП) є супутні неврологічні та нейрохірургічні захворювання. Метою роботи було вивчення безпеки ЛП, а також оцінення можливого її лікувального впливу у хворих на ТАлД. Розглянуто 2962 спостережень хворих на ТАлД за період 5 років. Діагностична ЛП була проведена в 545 випадках (18,4 %). Ургентна неврологічна або нейрохірургічна патологія була виявлена у 5,3 % хворих. Ускладнень, пов'язаних з можливим набряком головного мозку та розвитком симптомів його дислокації, не спостерігалося.

Для дослідження можливого лікувального впливу ЛП при ТАлД були відібрані 450 хворих. ЛП була виконана у 227 пацієнтів, у 223 осіб з ТАлД вона не проводилася. Для оцінення психопатологічних і соматичних проявів ТАлД використовували рейтингову шкалу DRS. Додатково оцінювали тривалість періоду психічних розладів, а також деякі неврологічні прояви ТАлД, насамперед — менінгеальний синдром. Встановлено, що хворі на ТАлД, яким проведена ЛП, вижили при вірогідно гірших показниках психоневрологічного статусу, ніж пацієнти без проведення ЛП. Висновок про лікувальний ефект ЛП у хворих на ТАлД додатково перевірений шляхом створення груп дослідження з порівняними клінічними проявами. Виявилося, що виживаність хворих на ТАлД із проявами менінгеального синдрому, яким проведено ЛП, вірогідно (на 13 %) вища, ніж у пацієнтів без ЛП. Зроблено висновок про можливість рекомендувати, при наявності відповідних показань, більш широко використовувати ЛП для цілей діагностики у хворих на ТАлД. Визнано корисним проведення ЛП, розраховуючи на її лікувальний ефект, у хворих на ТАлД на ранньому етапі стаціонарного лікування при переході до несприятливого перебігу, насамперед в ситуаціях, коли виникають прояви менінгеального синдрому.

***Ключові слова:*** тяжкий алкогольний делірій, люмбальна пункція, безпека, лікувальний вплив люмбальної пункції

In patients with severe alcohol delirium (SAD), the cause for performing lumbar puncture (LP) is associated neurological and neurosurgical diseases. The aim of the study was to study the safety of the LP, as well as the evaluation of its possible therapeutic effect in patients with SAD. A total of 2962 observations of patients with SAD for a period of 5 years were considered. Diagnostic LP was performed in 545 cases (18.4 %). Urgent neurologic or neurosurgical pathology was detected in 5.3 % of patients. Complications associated with possible edema of the brain and the development of symptoms of its dislocation was not observed.

450 patients were selected to study the possible therapeutic effect of LP in SAD. LP was performed in 227 patients, in 223 persons with SAD it was not performed. To assess the psychopathological and somatic manifestations of SAD, the rating scale DRS was used. Additionally, the length of the period of mental disorders was assessed, as well as a number of neurological manifestations of SAD, primarily the meningeal syndrome. It was found that patients with SAD who underwent LP survived with significantly worse psychoneurological status than patients without LP. Conclusion on the therapeutic effect of LP in patients with SAD is additionally verified by creating study groups with comparable clinical manifestations. It turned out that the survival of patients with SAD with manifestations of meningeal syndrome, who underwent LP, was significantly (by 13 %) higher than in patients without LP. It was concluded that it is possible to recommend, with appropriate indications, a more extensive use of LP for diagnosis in patients with SAD. It is considered useful to perform LP, counting on its therapeutic effect, in patients with SAD at an early stage of inpatient treatment for transition to unfavorable course, especially in situations when manifestations of meningeal syndrome occur.

***Key words:*** severe alcohol delirium, lumbar puncture, safety, therapeutic effect of lumbar puncture

© Задорожний В. В., Лінський І. В., Юрченко М. П., 2017

Клиническая картина, сходная с проявлениями ТАлД, может имитироваться другими заболеваниями головного мозга. Методы нейровизуализации не во всех случаях дают возможность разрешить диагностические сомнения без выполнения люмбальной пункции (ЛП) и проведения ликворологической диагностики. По данным А. И. Нельсона [1], диагностическая ЛП оказалась необходимой у 4,22 % пациентов отделения реанимации психиатрической больницы.

У больных ТАлД имеются типичные поводы для выполнения исследования спинномозговой жидкости (СМЖ). Хотя менингеальный синдром может быть и одним из имманентных неврологических проявлений некоторых форм ТАлД, его обнаружение всегда является поводом исключать наличие воспалительных заболеваний нервной системы (менингококковый менингит, гнойный менингит, реже — энцефалиты). Проведение ЛП у лиц с ТАлД является необходимым также при наличии признаков травматического повреждения мягких тканей головы и лица, которые могут косвенно указывать на повышенный риск существования ургентной неврологической или нейрохирургической патологии — острой черепно-мозговой травмы, внутричерепных кровоизлияний разного происхождения и локализации [2—5].

Влияние ЛП на организм не ограничивается изъятием нескольких миллилитров СМЖ, необходимых для лабораторного исследования. В месте прокола твердой мозговой оболочки спинного мозга на несколько суток остается отверстие, через которое непрерывно истекает СМЖ; это является анатомической предпосылкой развития так называемого «постпункционного» синдрома. За сутки у человека вырабатывается более чем 600 мл СМЖ, которая за это время обновляется 4—5 раз. Потеря СМЖ из ликворосодержащих пространств после проведения ЛП многократно превышает количество, взятое для анализа. Считается, что у больных ТАлД на высоте психического расстройства может развиваться отек головного мозга. На таком фоне постепенная потеря значительного количества СМЖ может стать причиной дислокации мозга, т. е. проведение ЛП у больных ТАлД потенциально может иметь отрицательные последствия [6—9].

С другой стороны, выведение СМЖ не всегда влечет за собой ущерб и опасность. В литературе есть указания на использование в психоневрологии длительного или краткосрочного выведения СМЖ с лечебной целью. Классическим примером может служить болезнь Хакима — Адамса. Это психическое заболевание характеризуется возникновением у лиц среднего возраста неуклонно прогрессирующей деменции, а также развитием неврологических проявлений в виде нарушений ходьбы и сфинктерных расстройств. Оно также сопровождается медленным расширением желудочковой системы головного мозга при нормальном давлении СМЖ («нормотензивная гидроцефалия»). Медикаментозная терапия этой болезни, даже с применением современных препаратов, малоэффективна. Единственным действенным способом улучшить состояние пациентов является продолжительное выведение СМЖ из полости черепа. Это обеспечивается специальным нейрохирургическим вмешательством с использованием ликвородренирующих систем с клапаном. Такой способ лечения известен более 50 лет и в мире с успехом прооперировано несколько десятков тысяч таких больных [10, 11].

В литературных источниках встречаются одиночные сообщения о позитивном влиянии выведения СМЖ в результате применения ЛП. Большей частью такие наблюдения рассматриваются как казуистика. Тем не менее, в среде врачей-специалистов негласно очерчен круг состояний, где такое вмешательство может быть использовано в неординарных случаях в качестве «терапии отчаяния». Сообщается о случаях «…удивительно быстрого лечебного эффекта ЛП при ургентных психиатрических состояниях, связанных с отеком мозга и внутричерепной гипертензией (эпилептический статус, алкогольные и соматогенные психозы)» [12].

Данных о систематическом и доказательном изучении влияния ЛП на состояние больных ТАлД в доступной литературе мы не выявили.

Целью работы явились изучение безопасности ЛП, а также оценка возможного ее лечебного воздействия у больных ТАлД.

Исследование проведено на базе Центра неотложной психиатрии (ЦНП) Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3.

Для оценки психопатологических и соматических проявлений ТАлД использовали рейтинговую шкалу DRS — “Delirium Rating Scale” [13]. Оценку продолжительности периода психических расстройств, выраженности мышечного тонуса и проявлений менингеального синдрома проводили по полуколичественным шкалам, описанным нами ранее [14]. Оценка ряда неврологических показателей (анизокории, хронической алкогольной миопатии, алкогольной полиневропатии, судорожных проявлений) представлена в виде распространенности признака в выборке в процентах. Тяжесть состояния больных в каждой из групп была условно оценена по показателю выживаемости, рассчитанному как отношение выживших больных в этой группе к общему числу пациентов группы.

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программы SPSS 15.0. Для оценки статистической значимости различий использовали критерий Стьюдента — Фишера. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Потребность в проведении ЛП у больных ТАлД обычно возникала в первые 1—2 дня их пребывания в стационаре. Решение о проведении ЛП во всех случаях принималось исключительно из соображений надлежащей клинической диагностики для выявления сопутствующей патологии.

При анализе 2962 наблюдений больных АлД и ТАлД в ЦНП за период 5 лет нами установлено, что диагностическая ЛП была проведена в 545 случаях (18,4 % наблюдений). Доля ЛП, в результате которых у больных ТАлД была выявлена острая неврологическая или нейрохирургическая патология, составила 5,3 %. Ни в одном из случаев у больных ТАлД мы не наблюдали осложнений, связанных с отеком головного мозга и развитием симптомов его дислокации.

Для дальнейшего исследования безопасности ЛП нами были отобраны те пациенты с ТАлД, у которых, по результатам комплексного обследования, наличие сопутствующей неврологической и нейрохирургической патологии было исключено. В это обследование входило динамическое клиническое наблюдение, проведение в необходимых случаях компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга, а также полученные данные лабораторного изучения СМЖ.

В исследование включены 450 больных ТАлД. Все больные — мужчины в возрасте от 18 до 68 лет — находились на стационарном лечении в ЦНП. Средний

возраст пациентов составил 44 ± 1,1 года. ЛП была выполнена у 227 лиц с ТАлД. 223 пациентам с ТАлД она не проводилась.

Сравнительная характеристика клинических показателей у больных с ТАлД в зависимости от проведения или не проведения ЛП приведена в таблице 1.

*Таблица 1.* **Сравнительная характеристика клинических показателей у больных с ТАлД в зависимости от проведения или не проведения ЛП**

| Название признака | Люмбальная пункция не проводилась *n* = 223 | Люмбальная пункция выполнена *n* = 227 | Достоверность различий, *p* |
|---|---|---|---|
| Продолжительность периода психических расстройств | 2,25 ± 0,030 | 2,35 ± 0,025 | < 0,01 |
| Суммарная оценка проявлений алкогольного делирия по шкале DRS, баллы | 22,2 ± 0,17 | 23,7 ± 0,12 | < 0,01 |
| Выраженность когнитивных расстройств по субшкале DRS, баллы | 2,50 ± 0,06 | 3,20 ± 0,05 | < 0,001 |
| Выраженность галлюцинаторных расстройств по субшкале DRS, баллы | 2,82 ± 0,025 | 2,94 ± 0,020 | < 0,01 |
| Выраженность соматических расстройств по субшкале DRS, баллы | 0,59 ± 0,025 | 0,78 ± 0,19 | < 0,01 |
| Распространенность хронической алкогольной миопатии, % | 0,20 ± 0,019 | 0,34 ± 0,028 | < 0,01 |
| Распространенность судорожного синдрома, % | 42 ± 3,1 | 65 ± 2,9 | < 0,01 |
| Распространенность анизокории, % | 3,05 ± 0,78 | 9,84 ± 1,87, | < 0,05 |
| Выраженность мышечного тонуса, баллы | 1,84 ± 0,045 | 2,62 ± 0,059 | < 0,001 |
| Выраженность менингеального синдрома, баллы | 0,21 ± 0,012 | 0,93 ± 0,059 | < 0,001 |

Преобладающее количество клинических показателей у больных ТАлД фиксировалось еще до проведения ЛП (*см*. табл. 1). Ретроспективными, полученными после окончания лечебного процесса, являются данные о продолжительности периода психических расстройств, наличии соматических осложнений, а также информация о выживаемости больных.

У лиц, которым проведена ЛП, более значительной оказалась как тяжесть психических проявлений ТАлД, так и продолжительность периода психических расстройств (*см*. табл. 1). Достоверно более тяжелой была выраженность всех изученных неврологических симптомов болезни. Значительно чаще у них зафиксировано возникновение тяжелых соматических осложнений. Таким образом, для проведения ЛП были отобраны пациенты с ТАлД с существенно более тяжелым вариантом течения. Вследствие этого объективная и взвешенная оценка влияния ЛП на состояние здоровья больных с ТАлД затруднена.

Чтобы зафиксировать влияние ЛП на состояние больных ТАлД, каждую из групп дополнительно поделили еще на две категории лиц — тех, что выжили, и тех, которые умерли.

Таким образом образовались четыре подгруппы лиц: подгруппа 1 — выжившие больные, которым ЛП не проводилась; подгруппа 2 — умершие больные, которым ЛП не проводилась; подгруппа 3 — выжившие больные, которым выполнена ЛП; подгруппа 4 — умершие больные, которым выполнена ЛП.

Особенности клинических проявлений у больных ТАлД, с учетом проведения или не проведения люмбальной пункции и конечного результата заболевания, представлены в таблице 2.

При сравнении выживших и умерших пациентов с ТАлД, которым не проводилась ЛП (подгруппы 1 и 2), следует отметить, что у последних практически все клинические показатели достоверно хуже. С учетом того, что психоневрологический статус фиксировался в первые дни после госпитализации, это может свидетельствовать о том, что при ТАлД весьма рано формируются предикторы, которые в дальнейшем определят исход заболевания.

Сопоставление клинических показателей выживших и умерших пациентов с ТАлД, которым была выполнена ЛП (подгруппы 3 и 4), показывает, что у умерших больных большинство параметров достоверно хуже, чем аналогичные у выживших. Особенно обращает на себя внимание такой неврологический признак как анизокория. Этот не столь часто выявляемый у лиц с ТАлД симптом у умерших больных становится аномально распространенным. Наличие анизокории у больных ТАлД следует расценивать как крайне негативный прогностический признак.

При сравнении показателей умерших больных без проведения ЛП и умерших пациентов, которым эта манипуляция была выполнена (подгруппы 2 и 4), можно констатировать, что практически все параметры у них оказались идентичными. Видимо, это свидетельствует о том, каковыми являются биологические пределы выживаемости больных ТАлД.

Сравнение пациентов из подгрупп 1 и 3, т. е. выживших без проведения ЛП и выживших с ее выполнением, показывает, что у последних все клинические параметры достоверно хуже. Эти психоневрологические показатели не достигают критического уровня, характерного для умерших больных, но значительно разнятся в худшую сторону от значений у выживших больных ТАлД без проведения ЛП. Дискутабельным является вопрос, в какой мере проведение ЛП способствовало тому, что при столь тяжелых клинических показателях данные больные ТАлД все-таки выжили. Но корреляция лучшей выживаемости больных ТАлД и проведения ЛП в данном исследовании имеет место и подлежит рассмотрению.

Предположение о позитивном влиянии проведенной ЛП на выживаемость больных ТАлД требует проверки.

Адекватным методологическим подходом, который позволит выявить реальный знак влияния ЛП на состояние больных ТАлД, может быть создание групп сравнения с близкими клиническими показателями и прямое определение в них выживаемости больных.

*Таблица 2.* **Особенности клинических проявлений у больных ТАлД с учетом проведения или не проведения ЛП и исхода заболевания**

| Название признака | Люмбальная пункция не проводилась | | Люмбальная пункция выполнена | | Достоверность различий между подгруппами, $p < 0,05$ | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Подгруппа 1. Выжившие больные $N = 192$ | Подгруппа 2. Умершие больные $N = 31$ | Подгруппа 3. Выжившие больные $N = 165$ | Подгруппа 4. Умершие больные $N = 62$ | 1 и 2 | 3 и 4 | 2 и 4 | 1 и 3 |
| Продолжительность периода психических расстройств | 1,12 ± 0,048 | 2,5 ± 0,14 | 1,9 ± 0,055 | 2,7 ± 0,079 | + | + | – | + |
| Суммарная оценка проявлений алкогольного делирия по шкале DRS, баллы | 22,1 ± 0,05 | 25,8 ± 0,35 | 23,1 ± 0,075 | 25,4 ± 0,15 | + | + | – | + |
| Выраженность когнитивных расстройств по субшкале DRS, баллы | 2,40 ± 0,050 | 3,6 ± 0,15 | 2,91 ± 0,075 | 3,70 ± 0,10 | + | + | – | + |
| Выраженность галлюцинаторных расстройств по субшкале DRS, баллы | 2,80 ± 0,017 | 2,99 ± 0,032 | 2,90 ± 0,019 | 2,97 ± 0,030 | + | + | – | + |
| Выраженность соматических расстройств по субшкале DRS, баллы | 0,54 ± 0,035 | 0,95 ± 0,045 | 0,70 ± 0,040 | 0,95 ± 0,025 | + | + | – | + |
| Распространенность хронической алкогольной миопатии, % | 22 ± 2 | 43 ± 10 | 31 ± 3 | 47 ± 6 | + | + | – | + |
| Распространенность судорожного синдрома, % | 46 ± 3 | 55 ± 9 | 70 ± 3 | 53 ± 6 | – | + | – | + |
| Распространенность анизокории, % | 3 ± 1 | 13 ± 2 | 5 ± 2 | 22 ± 3 | + | + | + | – |
| Выраженность мышечного тонуса, баллы | 1,79 ± 0,04 | 2,97 ± 0,26 | 2,46 ± 0,09 | 2,98 ± 0,19 | + | + | – | + |
| Выраженность менингеального синдрома, баллы | 0,17 ± 0,03 | 1,4 ± 0,31 | 0,71 ± 0,09 | 1,4 ± 0,20 | + | + | – | + |

При реализации этой идеи нами учтено, что у больных ТАлД основным неврологическим показанием для проведения диагностической ЛП было наличие проявлений менингеального синдрома.

Именно из этой категории больных выполнен отбор двух групп пациентов с ТАлД — с проведенной ЛП и без нее, — с равной в среднем для каждой из них выраженностью менингеального синдрома. В качестве второго критерия при отборе пациентов в этих группах была принята продолжительность периода психических расстройств. В итоге были созданы две группы больных ТАлД: из лиц одинакового возраста, с равной выраженностью проявлений менингеального синдрома и средней продолжительностью периода психических расстройств. Другие клинические особенности у этих пациентов «автоматически» оказались достаточно близкими друг к другу.

После выполнения этих условий, когда клинические проявления ТАлД стали сравнимыми, была непосредственно определена выживаемость больных.

Основные клинические показатели пациентов, отобранных в группы для сравнения, и результат расчета выживаемости больных ТАлД в зависимости от факта проведения или не проведения ЛП представлены в таблице 3.

Приведенные данные показывают, что выживаемость больных ТАлД с проведенной ЛП выявляется достоверно лучшей, чем без выполнения ЛП ($p < 0,05$).

*Таблица 3.* **Влияние ЛП на выживаемость больных ТАлД (при условии сравнимых клинических показателей)**

| Название признака | Люмбальная пункция не проводилась $n = 43$ | Люмбальная пункция выполнена $n = 61$ | Достоверность различий, $p$ |
|---|---|---|---|
| Средний возраст больных, лет | 44 ± 3,5 | 44 ± 3,0 | — |
| Продолжительность периода психических расстройств | 2,25 ± 0,09 | 2,25 ± 0,05 | — |
| Распространенность алкогольной полиневропатии, % | 80 ± 8 | 78 ± 8 | — |
| Распространенность хронической алкогольной миопатии, % | 40 ± 6 | 42 ± 5 | — |
| Распространенность судорожного синдрома, % | 55 ± 7 | 56 ± 6 | — |
| Выраженность мышечного тонуса, баллы | 4,0 ± 0,10 | 4,05 ± 0,07 | — |
| Выраженность менингеального синдрома, баллы | 2,3 ± 0,20 | 2,3 ± 0,15 | — |
| Выживаемость больных, % | 70 ± 5 | 83 ± 3 | < 0,05 |

Таким образом, при лечении больных ТАлД реальная потребность в проведении ЛП довольно высока и обусловлена патогенетическими и клиническими особенностями заболевания. На нашем материале частота проведения ЛП в реанимационном отделении, где лечатся больные ТАлД, оказалась более чем в 4 раза выше приведенного в литературе показателя для пациентов общего отделения реанимации психиатрической

больницы [1]. Это является свидетельством сложности и опасности ТАлД в сравнении с другими видами тяжелой психической патологии.

Практика показывает, что опасения развития неблагоприятных осложнений ЛП при ТАлД, прежде всего дислокации головного мозга, оказались преувеличенными. Установлено также, что диагностическая ЛП у больных ТАлД несет в себе и потенциал лечебного действия.

Все это дает основание рекомендовать, при наличии соответствующих показаний, более широко использовать ЛП для диагностики сопутствующей и конкурирующей патологии у больных с ТАлД. Также считаем полезным проведение ЛП, рассчитывая на ее лечебный эффект, у больных ТАлД на раннем этапе стационарного лечения при признаках перехода к неблагоприятному течению, прежде всего в ситуациях, когда возникают проявления менингеального синдрома. Надеемся, что дальнейшие наблюдения и результаты других авторов внесут дополнительную ясность в эту проблему.

Что касается вообще места ЛП среди методов диагностики у психических больных, то интересной является мысль известного психиатра и одного из активных пропагандистов психореаниматологии А. И. Нельсона: «Если еще 20 лет назад люмбальная пункция входила в число обязательных методов, которым всякий уважающий себя психиатр обязан был владеть, то в последние годы этот полезный метод становится, к сожалению, все в большей степени предметом интереса лишь отдельных энтузиастов-психиатров. С возникновением службы психореаниматологии методы, связанные с ликвородиагностикой и с лечебным воздействием на систему ликворообращения, приобрели шанс «восстановиться в правах» и вновь занять достойное место в психиатрической практике» [1].

В современной Украине постепенно, но неуклонно идет совершенствование психиатрической службы, уже функционируют несколько отделений психореанимации. В них создаются все необходимые условия для применения методов ликвородиагностики у пациентов с психическими расстройствами, что будет способствовать улучшению результатов лечения ТАлД как одной из наиболее опасных форм психической патологии.

**Список литературы**

1. Нельсон А. И. Клинико-организационная модель подразделений интенсивной терапии и реанимации в структуре психиатрических больниц : дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.18 «Психиатрия». Москва, 1999. 243 с.

2. Кекелидзе З. И., Чехонин В. П. Критические состояния в психиатрии. Москва : Изд-во ГНЦССП им. В. П. Сербского, 1997. 362 с.

3. Сосин И. К., Чуев Ю. Ф. Наркология. Харьков : Коллегиум, 2005. 800 с.

4. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Медикаментозные методы лечения наркологических заболеваний // Наркология : национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 492—520.

5. Стрелец Н. В., Уткин С. И. Алкогольные (металкагольные) психозы // Там же. С. 445—476.

6. Цветанова Е. М. Ликворология / пер. с болг. Киев : «Здоров'я», 1986. 273 с.

7. Макаров А. Ю. Клиническая ликворология. Л. : Медицина, 1984. 215 с.

8. Фесенко В. С. Постпункционная головная боль: этиология, патогенез, проявления // Международный неврологический журнал. 2015. № 8 (78). С. 77—85.

9. Фесенко В. С. Постпункционная головная боль: лечение // Там же. 2016. № 1 (79). С. 131—137.

10. Hakim S., Adams R. D. The special clinical problem of symptomatic hydrocephalus with normal cerebrospinal fluid pressure. Observations on cerebrospinal fluid hydrodynamics // J. Neurol. Sci. 1965. Vol. 2. P. 307—327.

11. Виноградова И. Н. Нормотензивная гидроцефалия и ее лечение // Вопросы нейрохирургии. 1986. № 4. С. 46—49.

12. Нельсон А. И. Вопросы ликворологии в психиатрии. [Электронный ресурс]. 2004. Режим доступа : http://psychoreanimatology.org/modules/articles/article.php?id = 20.

13. Trzepacz P. T., Bacer R. W., Greenhouse J. A symptom rating scale for delirium // Psychiatry Res. 1988. Vol. 23. P. 89—97.

14. Задорожный В. В. Острая алкогольная энцефалопатия: о необходимости переосмысления этого понятия // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22. вип. 2 (79). С. 147—152.

*Надійшла до редакції 12.07.2017 р.*

**ЗАДОРОЖНЫЙ Владимир Владимирович,** кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела неотложной психиатрии и наркологии Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины» (ГУ «ИНПН НАМН Украины»), г. Харьков, Украина; e-mail: zadorozhnyi@yahoo.com

**ЛИНСКИЙ Игорь Владимирович,** доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела неотложной психиатрии и наркологии, директор ГУ «ИНПН НАМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

**ЮРЧЕНКО Николай Павлович,** руководитель Центра неотложной психиатрии Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3, г. Харьков, Украина

**ZADOROZHNYI Volodymyr,** MD, PhD, Leading Researcher of the Department Emergency Psychiatry and Narcology of the State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine» («INPN of NAMS of Ukraine» SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: zadorozhnyi@yahoo.com

**LINSKIY Igor,** Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology, Director of the «INPN of NAMS of Ukraine» SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

**YURCHENKO Mykola,** Head of the Center for Emergency Psychiatry of the Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3, Kharkiv, Ukraine