

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ПОЛИТРАВМЫ

*В.Г.Гетьман, А.В.Макаров,
Д.В.Мясников, А.В.Линчевский, Я.А.Михаленко*

**НМАПО им. П.Л.Шупика,
Киевская городская клиническая больница №17
Киев, Украина**

Введение

Согласно статистическим данным 2004 г., в Украине насчитывалось 650 тыс. лиц с алкогольной зависимостью. На самом деле в стране, где годовое потребление алкоголя составляет около 12 л на человека (включая стариков и детей), истинный уровень алкозависимости достоверно выше. В последние годы в нашей стране не отмечается роста учтенной заболеваемости алкоголизмом, в то же время произошел более чем двукратный рост заболеваемости алкогольными психозами (2,2 на 10 тыс. нас. в 2000 г. против 0,8 в 1990 г.), что, в свою очередь, также говорит о том, что истинная заболеваемость алкоголизмом значительно выше учтенной.

Основная часть

За период 2006-2011 гг. на лечении в отделении политравмы городской клинической больницы №17 находилось 9123 пострадавших, из которых до 10% при поступлении имели признаки алкогольного опьянения в сочетании с травмами различной степени тяжести. Клинико-лабораторно алкогольное опьянение подтверждено только у 598 (6,5%) госпитализированных. Клинические проявления делирия в процессе лечения имели место у 68 пациентов, что составляет 11,4% от поступивших в юридически подтвержденном состоянии алкогольного опьянения. Это 0,75% от общего числа пролеченных в отделении за вышеуказанный период.

По нашим наблюдениям, средний срок пребывания больного с неосложненным делирием увеличивается в среднем на 4-6 койко-дней, а при осложненном течении делирия — до 8-10 койко-дней.

Наиболее частым клиническим проявлением был абстинентный синдром. Развитию делирия зачастую способствовало отсутствие употребления алкоголя у пациентов с проявлениями абстиненции, находящихся на стационарном лечении.

Прогнозирование развития абстинентного синдрома затруднено, так как многие больные зачастую скрывают свой «алкогольный анамнез», у других сбор его невозможен из-за тяжести общего состояния. Поэтому при госпитализации пострадавших в состоянии алкогольного опьянения, сопровождающемся нарушением сознания, помимо прочих, проводятся следующие мероприятия:

1. Осмотр невролога (нейрохирурга) для исключения ЧМТ.
2. Анализ мочи на нейтральный жир для исключения жировой эмболии мозговых сосудов у пострадавших со скелетной травмой.
3. Проведение ЕКГ для выявления клинически значимых проявлений миокардиодистрофий интоксикационного (алкогольного) генеза.
4. Обязательный осмотр реаниматолога для определения необходимости динамического наблюдения и проведения интенсивной инфузионной и детоксикационной терапии в условиях ОИТ.

При развившихся клинических проявлениях алкогольного делирия разработан алгоритм оказания помощи в отделении таков:

1. Установление обязательного сестринского поста индивидуального наблюдения.
2. Постановка желудочного зонда с эвакуацией содержимого желудка, промывание желудка с последующим парциальным введением водно-солевых растворов (регидратация), дробным энтеральным питанием с увеличением объема растительной клетчатки, витаминов.
3. Постановка уретрального катетера для контроля диуреза и возможности лабораторной оценки функционального состояния печени и мочевыделительной системы с возможностью коррекции дисбаланса в ранних сроках.
4. Постановка очистительной клизмы в целях скорейшего механического выведения кишечного содержимого, содержащего алкоголь и его метаболиты, и ректальной регидратации с возможностью введения кристаллоидных адсорбентов.

5. Катетеризация периферической или центральной вены для обеспечения возможности введения коллоидных растворов и плаз-

моеспандеров для компенсации волевических расстройств и введения седативных и других лекарственных средств.

6. Фиксация пострадавшего в постели с учетом имеющейся скелетной травмы с обязательной надежной иммобилизацией поврежденных сегментов (гипсовая либо пластиковая повязка, АВФ). Важна также профилактика пролежней и постфиксационных расстройств функции периферических нервных сплетений.

7. Обязательная консультация профильного специалиста — нарколога как для юридической фиксации диагноза, так и коррекции профильной терапии.

8. Обязательный осмотр реаниматолога для определения (с учетом нарушения витальных функций) необходимости терапии в условиях ОИТ.

9. Исключение из терапии антибиотиков, обладающих дисульфирамоподобным эффектом (метронидазол, цефоперазон, производных сульфаниламочевины).

У 48 (70,5%) больных с делирием отмечались следующие осложнения и их сочетания: 9 случаев перфорации мягких тканей при переломах — перевод закрытых переломов в открытые, 4 случая деформации МОС пластин, требовавших коррекции, 6 случаев деформации и переломов фиксаторов аппаратов внешней фиксации, 6 случаев снятия иммобилизационных гипсовых повязок (4 с деформацией зоны перелома и вторичным смещением отломков). У 3 больных отмечены повторные вывихи суставов. 14 пациентов самостоятельно удаляли дренажи (4 после лапароцентеза, 3 после торакоцентеза, 2 после лапаротомии, 2 после МОС, 2 после торакотомии, 1 после ушивания мочевого пузыря). В этой связи 5 пострадавшим были выполнены повторные оперативные вмешательства. У 6 больных отмечались осложнения принудительной фиксации в виде пролежней у 5 и плекситов у 1 пациента.

С 2007 г. для терапии делирия, кроме рутинно рекомендуемых наркологической службой препаратов, включены внутривенные введения метаболитов — глутаргина, больших доз витамины группы В и ноотропов, а также 10% раствора этанола.

Из патогенетической терапии возможного развития абстинентного синдрома методом выбора считаем пероральное введение алкоголя в дозах, достаточных для его купирования (от 50 мл 40% до 500 мл 4-8% в виде алкогольных напитков).

Средняя суточная стоимость лечения (S) синдрома отмены алкоголя с делирием рассчитывалась по формуле $S=(\text{Суп}/N)*C$, где Суп — цена упаковки препарата, N — количество единиц препарата в упаковке, C — средняя суточная доза. По среднеаптечным ценам 2010 г. средняя стоимость лечения пострадавшего с алкогольным делирием без учета стоимости синдромной терапии сочетанной травмы составила 214 грн/сут.

Основной причиной летальных исходов у пострадавших с алкогольным делирием, по нашему мнению, является дискутабельный синдром полиорганной недостаточности. В 2006 г. отмечено 5 летальных исходов у больных с делирием. При судебно-медицинской экспертизе трупов танатогенез был связан непосредственно с отеком головного мозга без черепно-мозговой, развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности без морфологической патологии сердца, аспирационным синдромом, а также печеночно-почечной недостаточностью.

С применением новых подходов начиная с 2007 г. летальности у пациентов с делирием отмечено не было. Количество осложнений снизилось в 2,5 раза.

Выводы

1. Актуальность проблемы травмы в сочетании с алкогольным опьянением высока ввиду развития различных осложнений, требующих немедленного реагирования.

2. Профилактические мероприятия более эффективны при комплексном подходе.

3. Лечение алкогольного делирия у лиц с множественными и сочетанными повреждениями требует индивидуального патогенетического подхода и является мультидисциплинарной проблемой.

4. Разработанный в клинике алгоритм оказания помощи лицам в алкогольном опьянении позволяет избежать летальных исходов, профилактировать развитие делириозных состояний и снизить количество осложнений.

Литература

1. Минко А.И: Алкоголизм — междисциплинарная проблема (выявление, лечение, реабилитация, профилактика) // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, вип. 4. — С. 6-7.

2. Кутько И.И., Фролов В.М. Неотложная терапия на фоне острых инфекционных заболеваний // Медицина неотложных состояний. — 2006. — №2.
3. Неотложная помощь при алкогольном опьянении // Интернет
4. Кузнецова Т.В. Медикаментозное обеспечение терапии алкогольной зависимости: Автореф. дис. — Киев, 2006.
5. Канаев А.А., Молдавская А.А., Горбунов А.В. Микроциркуляторное русло и сосуды головного мозга в условиях алкогольной интоксикации в эксперименте. — Москва, 2007.
6. Горбач В.В., Виноградов Д.Б. и др. Способ купирования алкогольного абстинентного синдрома, алкогольного делирия, острого алкогольного галлюциноза. — Челябинск, 2001.