

# Алкоголизм: взаимодействие врача общей практики–семейной медицины, анестезиолога-реаниматолога и нарколога

Л.Н. Юрьева<sup>1</sup>, А.И. Мамчур<sup>1</sup>, В.Н. Солонский<sup>2</sup>, В.И. Фесенко<sup>2</sup>, А.А. Гетьман<sup>2</sup>, А.И. Хирса<sup>2</sup>, А.В. Левченко<sup>2</sup>, И.В. Маслов<sup>2</sup>, И.П. Кимак<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины»

<sup>2</sup>КУ «Криворожский психоневрологический диспансер Днепропетровского областного совета»

В статье отражены особенности взаимодействия (диагностика и тактика ведения) врача общей практики–семейной медицины с более узкими специалистами – анестезиологами-реаниматологами и наркологами при лечении больного с сочетанной соматической патологией и зависимостью от алкоголя на примере случая из реальной клинической практики.

**Ключевые слова:** взаимодействие врача общей практики–семейной медицины, диагностика и тактика ведения больного с сочетанной соматической патологией и зависимостью от алкоголя.

По данным наблюдений ученых, 95% людей употребляют алкоголь на протяжении жизни, однако существуют противоречивые данные (связанные с культуральными, религиозными, историческими, гендерными и прочими особенностями) о проценте злоупотребляющих алкоголем или имеющих зависимость от него [5, 6]. 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 наблюдается тенденция к увеличению 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 психозы развиваются в состоянии отмены алкоголя во время лечения по поводу различных соматических заболеваний, черепно-мозговых травм и т. д. [5, 6].

В соответствии со статьей 27 Закона Украины «О психиатрической помощи» вопрос установления диагноза психического заболевания и оказания психиатрической помощи в принудительном порядке относится исключительно к компетенции врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров. Однако законом не исключается участие врачей других специальностей в оказании психиатрической помощи. Так, например, почти 80% пациентов с депрессией лечатся у врачей общей практики–семейных врачей по поводу других заболеваний [5, 6]. Поэтому закономерным представляется взаимодействие врача общей практики–семейной медицины, анестезиолога-реаниматолога и нарколога в оказании помощи больным с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя. В своей практике мы наблюдали клинический случай, который показывает необходимость такого взаимодействия в сложных клинических ситуациях.

Больной «N», 54 года, был осмотрен на дому семейным врачом якобы по поводу заболевания пищеварительного тракта и

стойкой гипертермией. Во время визита врача осмотру сопротивлялся, был напряжен, тревожен, беспокоен, неусидчив, с опаской оглядывался по сторонам. Имел место выраженный общий тремор и гипергидроз. Со слов родственников: употребляет алкоголь более 25 лет, состоит на диспансерном учете по поводу хронического алкоголизма, неоднократно проходил стационарное лечение по поводу психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя. Последний запой на протяжении более двух недель с ежедневным употреблением около 1 л водки. Описанное выше состояние развилось на второй день после самостоятельного окончания запоя. Семейным врачом вызвана специализированная бригада скорой медицинской помощи. Больной был доставлен в отделение интенсивной терапии (ОИТ) психоневрологического диспансера (ПНД). Диагноз при госпитализации: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя. Состояние отмены алкоголя с психическими расстройствами.

При госпитализации: в собственной личности ориентирован правильно, полностью дезориентирован во времени, месте пребывания и текущих событиях. Испытывает зрительные галлюцинации бытового содержания. Артериальное давление (АД) – 140/80 мм рт.ст., пульс (PS) – 102 в 1 мин, частота дыхательных движений (ЧДД) – 22 в 1 мин, сатурация (SpO<sub>2</sub>) – 98%, температура тела (Т °С) – 37,1 °С. На электрокардиограмме (ЭКГ) – синусовая тахикардия, диффузные изменения миокарда.

Больному была назначена седативная терапия (сибазон 0,5% – 2,0 внутримышечно 5 раз /сутки), антипсихотическая (галоприл – 15 мг/сут), метаболическая (тиамин 5% – 15 мл/сут, пиридоксина гидрохлорид 5% – 5 мл/сут, цианокобаламин 0,05% – 2 мл/сут, витамин С 10% – 6 мл/сут, рибоксин 2% – 30 мл/сут). Инфузионная терапия включала 500 мл ГИК-смеси на основе 10% глюкозы и 1000 мл сбалансированных полиионных кристаллоидов. В качестве противоотечной терапии был назначен L-лизина эсцинат 0,1% – 10 мл/сут. С целью церебропротекции – цераксон 1 г/сут.

Несмотря на проводимую интенсивную терапию делирий сохранился на протяжении 8 сут. За это время соматический статус и, в частности, витальные функции оставались стабильными (АД в пределах 135/90 – 110/70 мм рт.ст.; PS: 98–84 в 1 мин, ЧДД: 22–18 в 1 мин, SpO<sub>2</sub>: 97–99%, Т °С – в пределах нормы).

На 9-е сутки психопродуктивная симптоматика регрессировала, восстановилась ориентированность во времени и месте пребывания. Пациент вял, сонлив, ослаблен. Больному уменьшена доза сибазона 0,5% до 2,0 2 раза в сутки, отменен галоприл.

В 16:00 девятых суток лечения у больного отмечено снижение АД до 80/50 мм рт.ст., PS – 76 в 1 мин. На ЭКГ – ритм синусовый, диффузные изменения. К лечению добавлен дексаметазон 8 мг внутримышечно с последующим введением по 4 мг каждые 6 ч. В 22:00 АД снизилось до 75/30 мм рт.ст. Произведена катетеризация подключичной вены, центральное венозное давление (ЦВД) [+70 мм водного столба]. Начата инфузия до-

фамина в дозе 10 мкг/кг в 1 мин, что позволило удерживать АД в пределах 105/70–115/75 мм рт.ст.

На 14-е сутки пребывания в ОИТ больной был проконсультирован эндокринологом, установлен диагноз: Хроническая надпочечниковая недостаточность.

Симпатомиметическую поддержку дофамином продолжали на протяжении 25 сут (до 35-го дня пребывания больного в ОИТ). Начиная с 18-х суток от начала инфузии дофамина его дозу постепенно снижали на 1–2 мкг/кг в 1 мин за сутки (при более интенсивном уменьшении дозы отмечали резкое снижение АД до 70/30 мм рт.ст.).

На 35-е сутки пребывания в стационаре – состояние средней тяжести, больной в ясном сознании, ориентация не нарушена, психопродуктивной симптоматики нет, обслуживает себя самостоятельно, витальные функции не нарушены, гемодинамика стабильная без поддержки адреномиметиками и кортикостероидами, АД – 125/80 мм рт.ст, PS – 76 в 1 мин. На 37-е сутки в удовлетворительном состоянии выписан из стационара. Следовательно, тяжелое клиническое состояние больного было связано с истощением коры надпочечников на фоне выраженного алкогольного делирия.

Известно, что одним из следствий хронического алкоголизма является нарушение функции гипофиза и коры надпочечни-

ков. В начальной стадии алкоголизма функция коры надпочечников повышается, в дальнейшем наступает ее постепенное истощение, что подтверждается уменьшением экскреции 17-оксикортикостероидов. Развитие алкогольного делирия является выраженным стресс-фактором для организма, в этом состоянии надпочечники работают в усиленном режиме, продуцируя так называемые гормоны стресса, тем самым еще больше истощая резервы коры надпочечников. При этом у пациентов в состоянии алкогольного делирия концентрация дофамина может повышаться до 300% от нормы, что приводит к выраженной соматической и психической декомпенсации.

Таким образом, закономерным представляется взаимодействие врача общей практики–семейной медицины, анестезиолога-реаниматолога и нарколога в оказании помощи больным с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя. Согласно нашим наблюдениям и немногочисленным данным литературы хронический алкоголизм сопровождается снижением функции коры надпочечников, а острый алкогольный психоз усугубляет недостаточность коры надпочечников. Считаем необходимым рассмотреть целесообразность применения гидрокортизона при тяжелом течении делирия в качестве профилактики острой недостаточности коры надпочечников.

**Алкоголізм: взаємодія лікаря загальної практики–сімейної медицини, анестезіолога і нарколога**

**Л.М. Юр'єва, О.Й. Мамчур, В.М. Солонський, В.І. Фесенко, А.О. Гетьман, А.І. Хірса, А.В. Левченко, І.В. Маслов, І.П. Кімак**

У статті висвітлено особливості взаємодії (діагностика і тактика ведення) лікаря загальної практики–сімейної медицини з більш вузькими спеціалістами – анестезіологами-реаніматологами і наркологами під час лікування хворого з поєднаною соматичною патологією і залежністю від алкоголю на прикладі випадку з реальної клінічної практики.

**Ключові слова:** взаємодія лікаря загальної практики–сімейної медицини, діагностика і тактика ведення хворого з поєднаною соматичною патологією і залежністю від алкоголю.

**Alcoholism : interaction GP practice and family medicine, anesthesiologist and psychiatrist**

**L.M. Yurieva, O.Y. Mamchur , V.M. Solonskiy, V.I. Fesenko, A.O. Getman, A.I. Hirs, A.V. Levchenko, I.V. Maslov, I.P. Kimak**

The article describes the features of interaction (diagnosis and tactics) general practitioner–family medicine narrow specialists – Anaesthetist and addiction as an example the case of clinical practice in patients with concomitant somatic pathology and dependence on alcohol.

**Key words:** interaction of a general practitioner-family medicine, diagnostics and tactics of patients with concomitant somatic pathology and dependence on alcohol.

**Сведения об авторах**

**Юрьева Людмила Николаевна** – ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», 49115, г. Днепропетровск, ул. Бехтерева, 1; тел.: (067) 562-25-66. E-mail: lyuryeva@a-teleport.com

**Мамчур Александр Иосифович** – ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», 49115, г. Днепропетровск, ул. Бехтерева, 1; тел.: (098) 411-22-41. E-mail: malexan@i.ua

**Солонский Вячеслав Николаевич** – КУ «Криворожский психоневрологический диспансер» Днепропетровского областного совета», 50012, г. Кривой Рог, ул. Дышинского 27; тел.: (098) 411-22-41. E-mail: malexan@i.ua

**Фесенко Владимир Иванович** – КУ «Криворожский психоневрологический диспансер» Днепропетровского областного совета», 50012, г. Кривой Рог, ул. Дышинского 27. E-mail: malexan@i.ua

**Гетьман Анатолий Александрович** – КУ «Криворожский психоневрологический диспансер» Днепропетровского областного совета», 50012, г. Кривой Рог, ул. Дышинского 27. E-mail: malexan@i.ua

**Хирса Анатолий Иванович** – КУ «Криворожский психоневрологический диспансер» Днепропетровского областного совета», 50012, г. Кривой Рог, ул. Дышинского 27. E-mail: malexan@i.ua

**Левченко Александр Владимирович** – КУ «Криворожский психоневрологический диспансер» Днепропетровского областного совета», 50012, г. Кривой Рог, ул. Дышинского 27. E-mail: malexan@i.ua

**Маслов Игорь Викторович** – КУ «Криворожский психоневрологический диспансер» Днепропетровского областного совета», 50012, г. Кривой Рог, ул. Дышинского 27. E-mail: malexan@i.ua

**Кімак Ігорь Петрович** – КУ «Криворожський психоневрологічний диспансер» Дніпропетровського обласного совета», 50012, г. Кривий Ріг, ул. Дышинского 27. E-mail: malexan@i.ua

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.Ф. Эндокринология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 176–182.
- Кузьминов В.Н., Юрченко Н.П., Юрченко А.Н. Диагностические и терапевтические проблемы при острых психозах у лиц с алкогольной зависимостью // Международный медицинский журнал. – 2003. – Т. 9, № 3. – С. 31–33.
- Наркология: национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 448–456.
- Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. Наркология. – М. – СПб.: «Издательство БИНОМ» – «Невский проспект», 1998. – 318 с.
- Наказ МОЗ України від 25.12.2014 р. № 1003 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної високоспеціалізованої медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий) депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія».

Статья поступила в редакцию 06.04.2015