Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ Абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F10.4, F11.4, F13.4, F19.4 · Общественная организация "Российское общество психиатров", Общероссийская общественная организация "Федерация анестезиологов и реаниматологов"

Абстинентное состояние с делирием — острое, обычно кратковременное, потенциально жизнеугрожающее психотическое состояние с нарушением сознания, галлюцинациями и соматическими и неврологическими расстройствами после полного или частичного прекращения употребления ПАВ, чаще алкоголя. Рекомендация посвящена распознаванию состояния, диагностике, лечению и организации круглосуточного наблюдения в стационаре.

Главное

- Состояние обычно развивается через 48–72 часа после прекращения употребления алкоголя, но при резком сокращении или прекращении употребления, особенно после прежних алкогольных психозов или судорог при отмене алкоголя, может начаться уже через 8 часов.
- Для диагноза одновременно необходимы синдром отмены конкретного вещества и делирий: остро возникшее флуктуирующее нарушение сознания и внимания с глобальными когнитивными, психомоторными, эмоциональными нарушениями и нарушениями цикла сон–бодрствование.
- Лечение проводят в стационаре с круглосуточным наблюдением и мониторингом жизненно важных функций; первичный осмотр врачом-психиатром-наркологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом и/или врачом-психиатром должен быть выполнен не позднее 1 часа после поступления.
- Препараты выбора для купирования возбуждения и достижения легко пробуждаемой седации — производные бензодиазепина; при наличии показаний и отсутствии противопоказаний к конкретным препаратам их назначают не позднее 2 часов после поступления.
- Тиамин вводят всем пациентам; его назначают до декстрозы, а при подозрении на энцефалопатию Гайе–Вернике или Маркиафавы–Биньями — немедленно парентерально.
- У всех пациентов оценивают соматоневрологический статус, выполняют лабораторное обследование и регистрируют ЭКГ; ЭКГ должна быть зарегистрирована не позднее 24 часов после поступления.

Диагностика

1. Сначала уточняют длительность употребления алкоголя или других ПАВ, суточную толерантность, недавнее прекращение или снижение дозы, прежние психозы и судороги при отмене, ЧМТ, нейроинфекции, сопутствующие соматические заболевания, нарушения питания и сведения семейного анамнеза. При нарушенном контакте основные данные получают от родственников, сопровождающих и из электронной медицинской информационной системы (УУР С, УДД 4).
2. Подтверждают синдром отмены: есть четкие данные о недавнем прекращении или снижении дозы вещества после длительного или высокодозного употребления; симптомы соответствуют отмене данного вещества и не объясняются лучше другим заболеванием или психическим либо поведенческим расстройством.
3. Подтверждают делирий: выявляют нарушение сознания и внимания, глобальное когнитивное расстройство, психомоторные изменения, нарушения сна–бодрствования и эмоциональные расстройства. Симптомы должны возникнуть за часы или дни, изменять исходный уровень внимания и ориентировки, флуктуировать в течение суток и не развиваться на фоне комы.
4. Проводят осмотр с термометрией, измерением артериального давления, исследованием пульса, частоты дыхания, пульсоксиметрией и исследованием чувствительной и двигательной сфер. При утрате сознания используют алгоритм ABCDE; степень возбуждения или седации оценивают по RASS, а CIWA-Ar применяют только при наличии контакта с пациентом (УУР С, УДД 5 и УУР С, УДД 4 соответственно).
5. Отдельно ищут признаки энцефалопатии Гайе–Вернике: для постановки диагноза у пациента, злоупотребляющего алкоголем, требуется наличие двух признаков из четырех групп — недостаточность питания, глазодвигательные нарушения, мозжечковая дисфункция, изменения психического состояния или

памяти (УУР С, УДД 5). При дизартрии, тетрапарезе, астазии-абазии и симптомах межполушарной диссоциации учитывают энцефалопатию Маркиафавы–Биньями (УУР С, УДД 3).

6. Назначают биохимический и общий анализы крови, общий анализ мочи, исследование кислотно-основного состояния и газов крови, натрия, калия и хлоридов. Химико-токсикологическое исследование проводят при нетипичной клинике, отсутствии или сомнительности анамнестических данных либо подозрении на сочетанное употребление ПАВ (УУР С, УДД 5).
7. До начала лечения регистрируют ЭКГ (УУР С, УДД 4).
8. При судорожных припадках проводят КТ головного мозга; при наличии не менее двух признаков энцефалопатии Гайе–Вернике — МРТ головного мозга. УЗИ органов брюшной полости выполняют по показаниям, рентгенографию грудной клетки — при лихорадке и утяжелении состояния (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Тактика включает мониторинг психического статуса, рациональную фармакотерапию и комплексный подход к лечению, устранение факторов, провоцирующих делирий, лечебно-охранительный режим, коррекцию острой дыхательной недостаточности и поддержание гемодинамики при наличии нарушений, а также коррекцию водно-электролитных и метаболических нарушений.
- Первая линия — производные бензодиазепина: диазепам или бромдигидрохлорфенилбензодиазепин парентерально либо хлордиазепоксид внутрь. Препарат вводят до адекватной седации; если возбуждение сохраняется в течение часа после введения, введение повторяют, пока пациент не станет спокойным в течение не менее 1 часа. Резистентным считают алкогольный делирий, требующий более 40 мг диазепама в час. Лечение начинают не позднее 2 часов после поступления (УУР А, УДД 1).
- Для симптоматического режима дозирования регулярно используют CIWA-Ar при наличии контакта с пациентом или RASS при отсутствии продуктивного контакта. При внутривенном введении бензодиазепина и выраженных симптомах психоза оценку проводят каждые 10–15 минут, после купирования острой симптоматики — ежечасно; при стабильном состоянии и пероральной терапии — каждые 4–6 часов.
- Барбитураты добавляют, если в анамнезе отмечались судорожные припадки, для достижения необходимой седации требуются более высокие дозы бензодиазепинов, либо имеются данные о злоупотреблении или сочетанном употреблении снотворных и седативных средств и алкоголя (УУР В, УДД 3). Фенобарбитал может применяться при отмене фенобарбитала и как дополнительное средство при отмене ГОМК; учитывают риск угнетения дыхания.
- Галоперидол используют только как вспомогательное или альтернативное средство при резистентном синдроме отмены с делирием и выраженным психомоторным возбуждением, не как монотерапию. Обычная доза — 1–2 мг перорально, внутримышечно или внутривенно каждые 2–4 часа; при недостаточном ответе дозу можно удваивать каждые 15–30 минут до успокоения, затем вводить 25% последней дозы каждые 6 часов, максимум 10 мг/сут. У пожилых — 0,25–0,5 мг каждые 4 часа по потребности, максимум 5 мг/сут (УУР С, УДД 5).
- Тиамин вводят не позднее 2 часов после поступления и всегда до декстрозы. Для профилактики у большинства пациентов с алкогольным делирием применяют до 500 мг в сутки парентерально 3 раза в день в течение 3–5 дней, затем переходят на прием внутрь; при подозрении на энцефалопатию Гайе–Вернике или Маркиафавы–Биньями — немедленно вводят тиамин парентерально, предпочтительно в виде инфузии от 500 мг, разведенных в 100 мл физиологического раствора натрия хлорида, три раза в день в течение 3–5 суток с последующим переходом на внутримышечное введение или пероральный прием (УУР С, УДД 5).
- В отделении реанимации и интенсивной терапии при неэффективности бензодиазепинов применяют дексмедетомидин внутривенно инфузионно (УУР В, УДД 2) или пропофол, особенно у пациентов, нуждающихся в аппаратной вентиляционной поддержке; для пропофола указана ориентировочная скорость 0,3–0,4 мг/кг/ч с индивидуальной коррекцией и мониторингом гемодинамики (УУР С, УДД 5).
- Корректируют выявленные нарушения натрия, калия и хлоридов, назначают внутривенное введение магния сульфата и инфузионную терапию при обезвоживании, рвоте, диарее, нарушении питания, гипертермии или гипотонии. При снижении сатурации кислорода менее 94% проводят оксигенотерапию; при риске недостаточности питания предпочтительно энтеральное питание, а при показаниях — парентеральное (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- Лечение пациентов с синдромом отмены с делирием проводят в условиях стационара, в том числе в отделениях анестезиологии-реанимации, интенсивной терапии, реанимации или неотложной наркологической помощи, для обеспечения круглосуточного наблюдения и мониторинга жизненно важных функций.
- Госпитализация или перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии необходимы, особенно при отсутствии эффекта от проводимой терапии, некупирующемся психомоторном возбуждении, высоком риске осложнений течения делирия или наличии сопутствующих заболеваний.
- После купирования делирия пациента мотивируют продолжить лечение в наркологическом отделении, при наличии медицинских показаний направляют для лечения алкоголь-ассоциированных заболеваний и рекомендуют обратиться к психиатру-наркологу по месту жительства.
- При развитии амнестического синдрома либо резидуальных или отсроченных психических расстройств пациента переводят в наркологическое или психиатрическое отделение медицинской организации.
- Реабилитация в процессе терапии делирия не проводится, но должна быть предусмотрена после его купирования, если отсутствует симптоматика, соответствующая амнестическому синдрому или резидуальным либо отсроченным психическим расстройствам.

Частые вопросы

Когда обычно начинается алкогольный делирий после прекращения употребления?

Чаще всего через 48–72 часа, но при резком сокращении или прекращении употребления, особенно после прежних алкогольных психозов или судорог при отмене алкоголя, возможное начало — уже через 8 часов.

Какие критерии обязательны для диагноза синдрома отмены с делирием?

Нужны признаки отмены после прекращения или снижения дозы вещества и признаки делирия с нарушением сознания и внимания, когнитивными, психомоторными, эмоциональными нарушениями и расстройством сна–бодрствования. Симптомы возникают остро, флуктуируют и не происходят в контексте комы или другого предшествующего, установленного или развивающегося нейрокогнитивного нарушения.

Можно ли использовать CIWA-Ar у пациента без контакта?

Нет. CIWA-Ar применяют только при наличии контакта с пациентом; при отсутствии продуктивного контакта для оценки возбуждения и глубины седации используют RASS.

Какова первая линия медикаментозного лечения?

Производные бензодиазепина — диазепам, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин или хлордиазепоксид — с титрацией до адекватной, легко пробуждаемой седации. Терапию начинают не позднее 2 часов после поступления.

Когда вводить тиамин и в какой дозе?

Тиамин вводят до декстрозы и не позднее 2 часов после поступления. При подозрении на энцефалопатию Гайе–Вернике или Маркиафавы–Биньями его вводят немедленно парентерально, предпочтительно в виде инфузии от 500 мг, разведенных в 100 мл физиологического раствора натрия хлорида, три раза в сутки в течение 3–5 дней, затем переходят на внутримышечное или пероральное введение.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/590-psihicheskie-i-povedencheskie-rasstrojstva-vyzvannye-upotrebleniem. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/590_2