

Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению абстинентного состояния с делирием, вызванного употреблением психоактивных веществ

2014

Коллектив авторов

Агibalова Татьяна Васильевна	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, доктор медицинских наук
Альтшулер Владимир Борисович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Винникова Мария Алексеевна	Заместитель директора ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Козырева Анастасия Вадимовна	Заведующий клиническим отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Кравченко Сергей Леонидович	Ведущий научный сотрудник научно-исследовательского отделения ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Ненастьева Анна Юрьевна	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Уткин Сергей Иванович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук

Оглавление

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ	2
1. МЕТОДОЛОГИЯ	4
2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ	7
3. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ДЕЛИРИЯ	8
4. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ	9
5. КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АБСТИНЕНТНОГО СОСТОЯНИЯ С ДЕЛИРИЕМ	11
5.4. АБСТИНЕНТНОЕ СОСТОЯНИЕ С ДЕЛИРИЕМ, ВЫЗВАННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ СЕДАТИВНЫХ ИЛИ СНОТВОРНЫХ СРЕДСТВ	15
5.5. АБСТИНЕНТНОЕ СОСТОЯНИЕ С ДЕЛИРИЕМ, ВЫЗВАННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ КОКАИНА	15
5.6. АБСТИНЕНТНОЕ СОСТОЯНИЕ С ДЕЛИРИЕМ, ВЫЗВАННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ СТИМУЛЯТОРОВ	15
5.7. АБСТИНЕНТНОЕ СОСТОЯНИЕ С ДЕЛИРИЕМ, ВЫЗВАННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ГАЛЛЮЦИНОГЕНОВ	15
5.8. АБСТИНЕНТНОЕ СОСТОЯНИЕ С ДЕЛИРИЕМ, ВЫЗВАННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ТАБАКА	16
5.9. АБСТИНЕНТНОЕ СОСТОЯНИЕ С ДЕЛИРИЕМ, ВЫЗВАННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ЛЕТУЧИХ РАСТВОРИТЕЛЕЙ	16
5.10. АБСТИНЕНТНОЕ СОСТОЯНИЕ С ДЕЛИРИЕМ, ВЫЗВАННОЕ СОЧЕТАННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПАВ	16
6. ТЕРАПИЯ АБСТИНЕНТНОГО СОСТОЯНИЯ С ДЕЛИРИЕМ	16
7. СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ ДЕЛИРИЕВ.	19
8. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.	21
9. ПСИХОТЕРАПИЯ	21
10. ПРОГНОЗ	24

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных
поиск литературных научных источников

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет для рекомендаций по терапии и 15 лет для рекомендаций по психотерапии.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Таблица 1. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу, вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований, и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций. Был использован вопросник MERGE, разработанный Департаментом здравоохранения Нового Южного Уэльса. Этот вопросник предназначен для детальной оценки и адаптации в соответствии с требованиями Российского Респираторного Общества (РРО) для соблюдения оптимального баланса между методологической строгостью и возможностью практического применения.

На процессе оценки несомненно может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств:

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

консенсус экспертов.

Таблица 2. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
C	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4;

	или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+
--	---

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points - GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте ННЦН (nncn.ru), для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован так же независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики - good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

2. Определение и принципы диагностики

Диагностика заболевания проводится с помощью клинического метода. Дополнительные сведения дают лабораторные и инструментальные методы диагностики. Формализация диагноза производится с использованием МКБ-10.

1. Диагностические группы различаются по психоактивному веществу (ПАВ) или группе веществ, вследствие употребления которых развиваются психические и поведенческие расстройства вследствие употребления.
2. Заключение об употребляемом веществе делается по субъективным и/или объективным данным.
3. В случае употребления больным более чем одного вещества диагноз устанавливается по веществу (или классу веществ), которое употреблялось наиболее часто.
4. В случае хаотичного приема веществ, когда последствия употребления клинически не разделимы, применяется код F 19.
5. Как отдельный диагноз в МКБ-10 выделен синдром отмены с делирием (осложненный делирием). По всей видимости, это связано с тем, что этот вид осложнения наиболее часто встречается в наркологической практике, при этом, речь чаще всего идет именно об алкогольном абстинентном синдроме.

Таблица 3. Формализация диагноза по МКБ-10

F10.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением алкоголя
F11.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением опиоидов
F12.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением каннабиоидов
F13.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением седативных или снотворных средств
F14.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением кокаина
F15.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением других стимуляторов
F16.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением галлюциногенов
F17.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением никотина
F18.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением летучих растворителей
F19.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением различных психоактивных веществ

Формализованный диагноз, а также определение и диагностические критерии делирия представлены в таблицах 3,4.

Таблица 4: Диагностика абстинентного состояния (синдрома отмены) с делирием: F 1x.4 третья цифра (четвертый знак) «4»

1	определение	Качественное изменение состояния сознания с психотическими нарушениями (иллюзии, галлюцинации, бред), возникающее, как правило, на высоте проявлений абстинентного синдрома, длительностью от 2-5 дней до 2-3-х недель. Предшествующий фактор: длительное употребление ПАВ.
---	-------------	---

2	уточнения	<p>Диагноз состояния отмены с делирием уточняется пятым знаком (четвертая цифра), отражающим клиническую характеристику делирия:</p> <p>F1x.40 ... «классический» F1x.41 ... с судорожными припадками F1x.42 ... мусситирующий («бормочущий») F1x.43 ... «профессиональный» F1x.44 ... без галлюцинаций (люцидный) F1x.45 ... абортивный F1x.48 ... другой F1x.49 ... неуточненный</p>
3	диагностические критерии	<p>Классическая триада, характерная для delirium tremens:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. спутанность, помрачение сознания; 2. яркие иллюзии, галлюцинации любой сферы чувств; 3. выраженный тремор. <p>Обычно сопровождается бредом, ажитацией, отсутствием сна или инверсией цикла сна, нейровегетативными расстройствами.</p>
4	пример диагноза	<p>F10.40. F10.223. Синдром отмены алкоголя с делирием. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей терапии. Конечная стадия.</p> <p>F15.40. F15.223. «Н» Синдром отмены от психостимуляторов (амфетамины) с делирием. Синдром зависимости от психостимуляторов (амфетамины). В настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей терапии. Конечная стадия. Наркомания.</p>

3. Этиология и патогенез делирия

Вопрос о причине (причинах) возникновения и механизмах развития делириев по-прежнему остается открытым. Так как делириозные расстройства наиболее характерны для зависимости от алкоголя, рассмотрим известные патогенетические механизмы на примере алкогольного делирия. Известно, что делирий развивается не в связи с прямым действием алкоголя, даже продолжительным во времени, а под влиянием продуктов его распада и продуктов нарушенного обмена. Так, алкогольные делирии и галлюцинозы, возникают не во время запоя, а на фоне развившегося абстинентного синдрома, когда содержание алкоголя в крови снижается. Часто возникновению психозов предшествуют дополнительные вредности – травмы, острые инфекционные заболевания, острое отравление (например, суррогатами алкоголя, лекарственными средствами и др.), сопутствующая соматическая патология, стрессы. В настоящее время принято считать, что в развитии алкогольных психозов большую роль играет сочетание нескольких факторов – эндо- и экзогенной интоксикации, нарушение обмена веществ, прежде всего нейромедиаторов ЦНС, иммунные расстройства. Действительно, психозы развиваются, как правило, у больных хроническим алкоголизмом 2-3 стадии, для которых характерны выраженные нарушения гомеостаза.

Многочисленные исследования показали, что систематическое употребление алкоголя нарушает обменные процессы в ЦНС, наиболее активно алкоголь влияет на функцию системы ГАМК и NMDA рецепторов. Гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) является нейротрансмиттером, снижающим чувствительность нейронов к внешним сигналам. Однократный прием алкоголя повышает активность ГАМК-рецепторов, хроническая алкогольная интоксикация приводит к снижению их чувствительности и падению уровня ГАМК в ЦНС, что объясняет наблюдающееся при ААС возбуждение нервной системы.

Одним из основных возбуждающих нейротрансмиттеров в ЦНС является глутамат, взаимодействующий с тремя типами рецепторов, в том числе с N-метил-D-аспартат (NDMA), играющим важную роль в реализации процессов обучения. Доказано также участие NMDA в патогенезе судорожных припадков. Однократный прием алкоголя ингибирует активность NMDA рецепторов, при систематическом употреблении этанола их количество увеличивается. Соответственно при ААС активирующее влияние глутамата возрастает. Острое воздействие алкоголя оказывает ингибирующее влияние на кальциевые каналы нейронов, что приводит к увеличению числа потенциалзависимых каналов при хронической алкогольной интоксикации. В период лишения этанола это приводит к усилению транспорта кальция в клетку и сопровождается повышением возбудимости нейронов.

Большое значение в патогенезе алкогольного делирия принадлежит также обмену дофамина, эндорфинов, серотонина и ацетилхолина. Согласно современным представлениям изменения обмена классических нейромедиаторов носят вторичный (моноамины) или компенсаторный характер (ацетилхолин).

Дофамин координирует моторные функции ЦНС а также играет важную роль в реализации механизмов мотивации и поведения. Однократное введение алкоголя вызывает увеличение, а хроническое - уменьшение внеклеточного дофамина в п. Assimbens. Можно считать доказанным наличие прямой зависимости между уровнем этого нейромедиатора и тяжестью алкогольного делирия – у пациентов с развившимся психозом концентрация дофамина достигала 300% от нормы. Тем не менее, блокаторы дофаминовых рецепторов (нейролептики) при алкогольном делирии неэффективны. По-видимому, это можно объяснить влиянием не столь явно нарушенного обмена других нейромедиаторов и модуляторов ЦНС (серотонина, эндорфинов и др.) а также с изменением биологического эффекта дофамина при взаимодействии нейромедиатора с продуктами катаболизма и патологически измененными нейропептидами.

Ведущим фактором патогенеза при алкогольном делирии, по-видимому, является нарушение обменных и нейровегетативных процессов. Поражение печени приводит к нарушению ее детоксикационной функции, а также угнетению синтеза белковых фракций крови и других важных соединений. Как следствие этого, развивается токсическое поражение центральной нервной системы, прежде всего, ее диэнцефальных отделов, что, в свою очередь, приводит к срыву нейрогуморальных компенсаторных механизмов. Снижение детоксикационных резервов печени нарушает и замедляет процессы окисления алкоголя, в результате образуется токсичный продукт его превращения - ацетальдегид. Следующим важным предрасполагающим фактом в развитии делирия является нарушение электролитного обмена, особенно перераспределение электролитов между клетками и внеклеточной жидкостью. Пусковым механизмом при развитии делирия считается резкое изменение внутреннего гомеостаза – развитие абстинентного синдрома, присоединяющиеся соматические заболевания, возможно – локальные нарушения кровообращения и повышение проницаемости сосудов для токсических веществ.

4. Диагностика заболевания

Диагноз устанавливается путем сбора анамнеза: истории жизни и заболевания; общего осмотра пациента по системам и органам последовательно, проведения других врачебных манипуляций (измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания и т.д.); клинко-психопатологического обследования.

Медицинские услуги назначаются в соответствии со Стандартами специализированной медико-санитарной или медицинской помощи. Услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и услуги, которые проводятся в соответствии с

состоянием больного, то есть по показаниям. Кроме того, есть услуги, которые можно проводить только в стационарных условиях (например, консультация врача анестезиолога-реаниматолога), или наоборот – только в амбулаторных условиях (например, исследование антител к психоактивным веществам в крови) (таблица 5).

Синдром отмены с делирием лечится только в стационарных условиях. После купирования острого состояния больной переводится на амбулаторное лечение и проводится терапия, направленная на профилактику рецидивов синдрома зависимости.

Таблица 5. Медицинские услуги для диагностики абстинентного синдрома с делирием

1. Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
– Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога	– Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом – Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога – Прием (осмотр, консультация) врача-невролога – Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра – Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового – Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта
2. Лабораторные методы исследования	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
– Проведение реакции Вассермана (RW) – Общий (клинический) анализ крови – Анализ крови биохимический общетерапевтический – Анализ мочи общий	– Исследование уровня психоактивных веществ в крови – Определение наличия психоактивных веществ в слюне – Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски – Определение наличия психоактивных веществ в моче с помощью тест-полоски – Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови – Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови – Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV1) в крови
3. Инструментальные методы исследования	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
– Расшифровка, описание	– Ультразвуковое исследование органов брюшной

<p>и интерпретация электрокардиографических данных</p> <p>– Регистрация электрокардиограммы</p>	<p>полости (комплексное)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Эхоэнцефалография – Электроэнцефалография – Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях – Флюорография легких – Рентгенография легких – Описание и интерпретация рентгенографических изображений
---	---

5. Клиническая диагностика абстинентного состояния с делирием

5.1. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением алкоголя.

Алкогольный делирий (белая горячка, delirium tremens) - самая частая форма алкогольных психозов, а также осложнений абстинентного синдрома. Алкогольный делирий – острый психоз с помрачением сознания, сопровождающийся иллюзиями и сценopodobными истинными галлюцинациями, нарушением ориентировки в месте и времени (при сохраненной оценке собственной личности) и психомоторным возбуждением.

Как показывают эпидемиологические исследования, чаще всего первый делирий развивается не ранее 7–10 года существования развернутой стадии зависимости от алкоголя. Делирий развивается обычно на высоте алкогольного абстинентного синдрома (чаще всего на 2-4 день) и, как правило, манифестирует в вечернее или ночное время. Наиболее часто делирий возникает после тяжелых и длительных запоев, при употреблении суррогатов алкоголя, на фоне выраженной соматической патологии, у больных с признаками органического поражения головного мозга, с черепно-мозговыми травмами в анамнезе.

Ранними признаками (продромальный период) (*Таблица 6*) наступающего делирия являются: беспокойство и неусидчивость больного, выраженная тревога и расстройства сна с кошмарными сновидениями, страхами, частыми пробуждениями, а днем - астенические явления и изменчивый аффект в форме пугливости и тревоги. У женщин часто выявляются депрессивные расстройства. Одновременно начинают нарастать признаки возбуждения симпатно-адреналовой системы – бледность кожных покровов, часто с цианотическим оттенком, тахикардия и артериальная гипертензия, гипергидроз, умеренная гипертермия. В той или иной степени выраженности всегда присутствуют вегетативные нарушения (атаксия, мышечная гипотония, гиперрефлексия, тремор). Наблюдаются и характерные изменения водно-электролитного баланса (обезвоживание, гиперазотемия, метаболический ацидоз и пр.); картины крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, повышенное содержание билирубина и пр.). Однако продромальный период может отсутствовать. Вегетативные и неврологические нарушения возникают до появления расстройств сознания и достаточно продолжительное время сохраняются после их редукции.

Затем к описанным выше расстройствам присоединяются наплывы образных представлений и воспоминаний; зрительные иллюзии, а в ряде случаев - парейдолические иллюзии - «кино на стенке» с сохранностью критического отношения к ним (Жислин С. Г., 1935), преходящая дезориентировка или неполная ориентировка в месте и времени.

Иллюзорное восприятие окружающей обстановки быстро сменяется появлением истинных зрительных галлюцинаций. При углублении делирия появляются слуховые и среди них вербальные, а также обонятельные, термические и тактильные галлюцинации. Часты расстройства схемы тела, ощущения изменения положения тела в пространстве. Поведение, аффект и тематика бредовых высказываний соответствуют содержанию галлюцинаций. Речь состоит из немногочисленных, отрывочных, коротких фраз или слов. Внимание свертотвлекаемо. Психоз усиливается к вечеру и ночью (Таблица 7).

Таблица 6. Продромальный период алкогольного делирия

Манифестация	<ul style="list-style-type: none"> - вечернее или ночное время - беспокойство, неусидчивость, страхи - выраженная тревога - расстройства сна с кошмарными сновидениями, пробуждениями - днем - астенические явления и изменчивый аффект
Вегетативные нарушения	Признаки возбуждения симпато-адреналовой системы <ul style="list-style-type: none"> - бледность кожных покровов, часто с цианотическим оттенком, - тахикардия и артериальная гипертензия - гипергидроз - умеренная гипертермия
Неврологические нарушения	<ul style="list-style-type: none"> - Атаксия - Мышечная гипотония - Гиперрефлексия - Тремор
Изменения водно-электролитного баланса	<ul style="list-style-type: none"> - Обезвоживание - Гиперазотемия - метаболический ацидоз и др.
Изменения картины крови	<ul style="list-style-type: none"> - Лейкоцитоз - Сдвиг лейкоцитарной формулы влево - Ускорение СОЭ - Повышенное содержание билирубина и пр.

Таблица 7. Стадии типичного делирия

Стадия I	<ul style="list-style-type: none"> - Быстрая смена противоположных аффектов: подавленность, беспокойство ---эйфория, беспричинное веселье - Акатизия - Дезориентировка/неполная ориентировка в месте и времени - Ориентировка в собственной личности (сохраняется даже на развернутых стадиях делирия) - психическая гиперестезия - эпизоды слуховых галлюцинаций в виде акаозмов и фонем - элементы образного бреда - Нарастание симптоматики к вечеру - Частые пробуждения в состоянии тревоги
----------	---

Стадия II	<ul style="list-style-type: none"> - Парейдолии – зрительные иллюзии фантастического содержания - Гипнагогические галлюцинации различной интенсивности - Светобоязнь - Оглушенность
Стадия III	<ul style="list-style-type: none"> - полная бессонница - истинные зрительные галлюцинации - тактильные галлюцинации - при углублении делирия присоединяются слуховые, обонятельные, термические, тактильные, галлюцинации общего чувства. - внимание становится свертотвлекаемым: симптом Рейхарта (лист бумаги) симптом Ашаффенбурга (телефонная трубка) симптом Липмана (надавливании на закрытые глаза) симптомы психоза могут ослабевать под влиянием внешних факторов --- симптом пробуждаемости (люцидные промежутки)
Выход	<ul style="list-style-type: none"> - критический – после глубокого продолжительного сна -литический – реже <ul style="list-style-type: none"> - воспоминания о пережитом психическом расстройстве фрагментарны - эмоционально-гиперестетическая слабость, отвлекаемость внимания: симптом Бехтерева: стойкие зрительные галлюцинации после окончания делирия, если заставить больного всматриваться в блестящие предметы - переходные синдромы: резидуальный бред - мышление последовательное (выраженной инкогеренции и распада нет)

Алкогольный делирий обычно бывает кратковременным. Чаще всего выздоровление наступает критически - после глубокого продолжительного сна, значительно реже - постепенно (литически) или симптомы редуцируются волнообразно, с чередованием ослабления и возобновления, но уже в менее выраженном виде. При относительно благоприятном течении психоза можно говорить о редуцированном алкогольном делирии (*Таблица 8*).

Таблица 8. Особые формы делириев: редуцированные

Гипнагогический делирий	Сценopodobные сновидения или зрительные галлюцинации при засыпании, закрывании глаз
Гипнагогический делирий фантастического содержания (гипнагогический ониризм)	Фантастическое содержание обильных, чувственно-ярких зрительных галлюцинаций Сценopodobность При открывании глаз грезы прерываются, а при их закрывании – вновь возобновляются
«Делирий без делирия»	Птипичная форма, нет галлюцинаций и бреда Преобладает неврологическая симптоматика

Абортивный делирий	Нет продрома Единичные зрительные иллюзии и микроскопические галлюцинации Акоазмы и фонемы
--------------------	--

Однако встречаются и тяжелые формы делириев, некоторые из которых весьма вероятно могут закончиться летальным исходом (Таблица 9)

Таблица 9. Особые формы делириев: тяжелые

Профессиональный делирий	Интенсивность галлюцинаций уменьшается, ослабевает или исчезает бред преследования Молчаливое возбуждение или возбуждение с редкими спонтанными репликами Исчезновение люцидных промежутков или их отсутствие с самого начала психоза Оглушение появляется уже днем
Мусситирующий делирий (делирий с бормотанием)	Обычно сменяет профессиональный делирий, реже – другие формы делириев при их неблагоприятном течении или присоединении интеркуррентных заболеваний. Развивается очень быстро Практически без галлюцинаторно-бредовых переживаний. Глубокое помрачение сознания Специфические расстройства моторной сферы: Двигательное возбуждение в пределах постели, в виде хватания, разглаживания, обирания (<i>карфология</i>). Речевое возбуждение – набор коротких слов, слогов Тяжелые неврологические нарушения: симптомы орального автоматизма, глазодвигательные нарушения - страбизм, нистагм, птоз; атаксия, тремор, гиперкинезы, ригидность мышц затылка; недержание мочи и кала (неблагоприятный клинический признак). Выздоровление возможно

5.2. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением опиоидов

Делирий в структуре опиоидного абстинентного синдрома является крайне редким осложнением. В клинической картине психоза отсутствуют выраженное психомоторное возбуждение и наплывы галлюцинаций; как правило, не развиваются неврологические нарушения, а развитие делирия не сопровождается видимым ухудшением соматического состояния больного.

5.3. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением каннабиноидов.

При абстинентном гашишном психозе наиболее часто встречается делириозный синдром. Нечасто, но могут встречаться сумеречные помрачения сознания и острый галлюцинаторно-параноидный синдром. Длительность абстинентного гашишного психоза обычно не превышает

длительности алкогольного абстинентного, редко затягиваясь дольше недели. Картина сходна с алкогольным делирием, но практически не выражены сомато-неврологические расстройства: не бывает гиперемии лица, гипергидроза, полиурии, крупноразмахистого и общего тремора, явлений атаксии; специфического запаха, исходящего от больного с алкогольным делирием. Наблюдаются симпатикотонические явления: бледность кожи, блеск глаз, сухость слизистых дыхательных путей и ротовой полости, характерным признаком чего является хриплый голос. Психоз разрешается литически без критического сна. При выходе из этого состояния признаков абстинентного синдрома не обнаруживается, имеются лишь астенические явления и влечение к наркотику. Воспоминания о перенесенном психозе неполны, фрагментарны, иногда отмечается потеря памяти на ближайшие события и на время выхода из психоза.

5.4. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением седативных или снотворных средств

Абстинентные психозы при отмене барбитуратов возникают на 3-8-е сутки лишения или резкого снижения суточных доз. Чаще всего они представлены делирием, сходным по клиническим проявлениям с алкогольным. В отличие от последнего, отмечается большая выраженность тревоги, напряженности, злобности, большой удельный вес слуховых галлюцинаций, наличие мышечных галлюцинаций. Редко встречаются яркие зрительные фантастические галлюцинации. Продолжительность таких психозов от 2-3 суток до 2 недель. Также редко встречаются вербальный галлюциноз, галлюцинаторно-бредовые психозы с субступором и паническими реакциями. Длительность барбитурового синдрома отмены составляет в среднем около 4-х недель.

При синдроме отмены бензодиазепинов судорожная и делириозная формы осложнений встречаются часто, они сходны с таковыми при злоупотреблении барбитуратами.

5.5. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением кокаина

После длительного употребления высоких доз кокаина, особенно внутривенно, синдром отмены может осложниться развитием психотических расстройств. Психоз, как правило, начинается с острого приступа бреда преследования, кокаиновый делирий сопровождается тактильными, слуховыми, реже зрительными галлюцинациями, а также повышенной агрессивностью, особенно по отношению к предметам (стекла, зеркала). При типичном кокаиновом делирии сохраняется ориентировка в собственной личности при дезориентировке в месте и времени. Такие пациенты ведут себя нелепо – нередко стремятся полностью снять с себя одежду, убегают и прячутся от окружающих. Кокаиновый психоз обычно носит транзиторный, обратимый характер и часто исчезает после ночного сна. Иногда, однако, могут наблюдаться психотические эпизоды, длящиеся несколько дней и более. Делирий является одним из самых серьезных психических осложнений кокаиновой зависимости. В случае возникновения кокаинового делирия высока вероятность внезапной смерти.

5.6. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением стимуляторов

При отнятии стимуляторов могут наблюдаться психозы в виде помрачения сознания по типу делириозного с речевым и двигательным возбуждением.

5.7. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением галлюциногенов

Абстинентный синдром при употреблении ЛСД, псилоцибина и мескалина, кетамина, фенциклидина, по данным большинства исследователей, отсутствует. В отдельных случаях при

длительном систематическом употреблении могут встречаться нарушения сна, вегетативная дисфункция, общий дискомфорт продолжительностью 7-10 дней, переходящие в выраженное астено-апатическое состояние. Делириозные расстройства нехарактерны.

В связи с тем, что галлюциногены имеют первичный галлюциногенный эффект, психотические состояния рассматриваются в структуре острой интоксикации.

5.8. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением табака

Не характерно, не типично.

5.9. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением летучих растворителей

Острый психоз по типу делириозного развивается на 4-5 сутки синдрома отмены, длится от нескольких часов до 3 суток. Клиническая картина не отличается от классического делирия: иллюзии, истинные зрительные и слуховые галлюцинации и пр.

5.10. Абстинентное состояние с делирием, вызванное сочетанным употреблением ПАВ

Клиника синдрома отмены и психозов зависит от преобладающего психоактивного вещества.

Дифференциальный диагноз:

- Соматогенные психозы
- Эндогенные психозы

6. Терапия абстинентного состояния с делирием

6.1. Принципы терапии

- 1) Создание охранительного режима (по возможности исключить внешние раздражители);
- 2) Постоянное наблюдение за пациентом (при необходимости фиксация, полноценное питание, очистительная клизма, катетеризация мочевого пузыря, выявление и терапия сопутствующих заболеваний – пневмонии, желудочно-кишечных кровотечений, декомпенсации печеночных функций, острый панкреатит, субдуральная гематома, переломы);
- 3) Патогенетическая терапия (детоксикация, мониторинг содержания жидкости, при обезвоживании – гидротация, корректировка электролитного, кислотно-щелочного баланса, средства, нормализующие мозговую гемодинамику) (препараты и дозы см. таблицу 1);
- 4) Симптоматическая терапия (витаминотерапия, ноотропы, гепатопротекторы, противосудорожные препараты, сосудистые средства, и др.);

- 5) Психотропные средства (бензодиазепины, высокопотенцированные антипсихотики – за исключением тяжелых форм делирия);
- 6) Альтернативные способы терапии (β -блокаторы, антагонисты кальция).

6.2. Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением

Назначаются в соответствии со Стандартами специализированной медико-санитарной или медицинской помощи. Услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и услуги, которые проводятся в соответствии с состоянием больного, то есть по показаниям (Таблица 10).

Таблица 10. Медицинские услуги для лечения абстинентного состояния с делирием и контроля за лечением

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста	
обязательно	по показаниям
– Ежедневный осмотр врачом-психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	– Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта – Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога – Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога – Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом – Суточное наблюдение врачом-анестезиологом-реаниматологом – Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога – Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста – Прием (осмотр, консультация) врача-невролога – Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога – Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра – Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового – Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта – Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта
2. Лабораторные методы исследования	
обязательно	по показаниям
	– Исследование уровня психоактивных веществ в крови – Определение наличия психоактивных веществ в слюне – Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски – Тест на кровь в моче

	<ul style="list-style-type: none"> – Определение наличия психоактивных веществ в моче – Определение наличия психоактивных веществ в моче с помощью тест-полоски – Общий (клинический) анализ крови – Анализ крови биохимический общетерапевтический – Анализ мочи общий
– 3. Инструментальные методы исследования	
обязательно	по показаниям
	<ul style="list-style-type: none"> – Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) – Эхоэнцефалография – Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных – Регистрация электрокардиограммы – Электроэнцефалография – Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях – Рентгенография легких – Флюорография легких – Описание и интерпретация рентгенографических изображений
4. Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения	
обязательно	по показаниям
	<ul style="list-style-type: none"> – Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)
5. Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации	
обязательно	по показаниям
	<ul style="list-style-type: none"> – Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга – Дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга – Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы – Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы – Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы – Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы – Электросон – Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ)

7. Средства, применяемые для лечения алкогольных делириев.

Состояние	Рекомендуемое лечение
<p>Продромальный период алкогольного делирия.</p>	<p style="text-align: center;">Патогенетическая терапия</p> <p>1. Детоксикация: - Плазмаферез - 20-30% объема циркулирующей плазмы. - Повидон по 5 г 3 раза в сутки внутрь в разведении водой. - Декстран (реополиглюкин) 200-400 мл в/в капельно.</p> <p>2. При ацедозе - стерофундин изотонический 500 мл или ацесоль, дисоль 400 мл, в/в капельно.</p> <p>3. При алкалозе - раствор калия хлорида 1% 100–150 мл, в/в капельно (при гипокалиемии, адекватном диурезе).</p> <p>4. Улучшение мозгового кровообращения – инстенон по 2 мл в сутки или пентоксифиллин 5мл на 5% глюкозе в/в капельно.</p> <p>5. Профилактика отека и гипоксии головного мозга - раствор сульфата магния 25% по 10 мл 2 раза в сутки; мексидол по 2-5 мл 2-3 раза в сутки.</p> <p style="text-align: center;">Симптоматическая терапия</p> <p>1. Витаминотерапия: витамин В₁ 6% 4 мл в/м, витамин В₆ 5% 4 мл в/м, никотиновая кислота 1% 2 мл в/м, аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в, витамин В₁₂ 0,01% 2 мл в/м, фолиевая кислота по 1мг внутрь.</p> <p>2. Нейрометаболическая терапия: пирацетам 20% раствор 5 мл в/м в сутки, семакс 0,1 % раствор по 2-4 капли в нос 2 раза в сутки, пантогам по 0,5 3 раза в сутки.</p> <p>3. Гепатопротекторы - метадоксин 600 мг в/в в сутки, деметионин по 400 мг 1-2 раза в сутки, тиоктовая кислота по 600 мг 1 раз в сутки.</p> <p style="text-align: center;">Психотропные средства</p> <p>1. Терапия, направленная на купирование психомоторного возбуждения, инсомнических расстройств: раствор диазепама 0,5% 2-4 мл в/м, в/в, в/в капельно, до 0,06 г в сутки; раствор феназепама 0,1% 1-4 мл в/м, в/в в/в капельно, до 0,01 г в сутки.</p> <p style="text-align: center;">Альтернативные способы</p> <p>1. Атенолол при ЧСС менее 50 уд в мин. - не назначается, ЧСС - 50-79 уд в мин – по 50 мг, ЧСС выше 80 уд в мин – 100 мг 1 раз в сутки</p>
<p>Развернутый делирий</p>	<p style="text-align: center;">Патогенетическая терапия</p> <p>1. Детоксикация: Инфузионная терапия в объеме 40-50 мл/кг под контролем центрального венозного давления, электролитного баланса, КЩС крови, сахара крови и диуреза, при необходимости назначаются диуретики, инсулин.</p>

	<p>- Реамберин 400-800 мл 1,5% раствора внутривенно капельно со скоростью 4-4,5мл в минуту курсом 2-3 дня.</p> <p>- Цитофлавин 20-40 мл в разведении 200-400 мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно со скоростью 4-4,5мл в минуту курсом 2-3 дня.</p> <p>- Реополиглюкин 200-400 мл в сутки.</p> <p>- Плазмаферез.</p> <p>2. При ацидозе - стерофундин изотонический 500 мл или ацесоль, дисоль 400 мл, в/в капельно.</p> <p>3. При алкалозе - раствор калия хлорида 1% 100–150 мл, в/в капельно (при гипокалиемии, адекватном диурезе).</p> <p>4. Улучшение мозгового кровообращения – инстенон по 2 мл до 2 раз в сутки или пентоксифиллин 5мл на 5% глюкозе в/в капельно.</p> <p>5. Профилактика отека и гипоксии головного мозга - мелдоний 10% раствор 10мл в сутки, <u>этилметилгидроксипиридина сукцинат</u> (мексидол) – 5% раствор по 2-5 мл 2-3 раза в сутки, раствор сульфата магния 25% по 1 гр каждые 6 часов в течение 2 дней.</p> <p style="text-align: center;">Симптоматическая терапия</p> <p>1. Витаминотерапия: витамин В₁ 6% 5-10 мл в/в до 2 раз в сутки, витамин В₆ 5% 5 мл в/в (чередовать с В₁), никотиновая кислота 1% 2 мл в/м, аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в, витамин В₁₂ 0,01% 2 мл в/м, фолиевая кислота по 1мг внутрь.</p> <p>2. Нейрометаболическая терапия: пирацетам 20% раствор 5-10 мл в/в в сутки, семакс 0,1 % раствор по 2-4 капли в нос 2 раза в сутки, пантогам по 0,5 3 раза в сутки.</p> <p>3. Гепатопротекторы - метадоксин 600 мг в/в в сутки, деметионин по 400 мг 1-2 раза в сутки, тиоктовая кислота по 600 мг 1 раз в сутки.</p> <p>4. Снотворные средства - реладорм 0,11-0,22 в сутки.</p> <p>5. Оксигенотерапия или гипербарическая оксигенация.</p> <p>6. Симптоматическое лечение соматических осложнений.</p> <p style="text-align: center;">Психотропные средства</p> <p>1. Для купирования психотических расстройств: галоперидол 5-10 мг в сутки, левомепромазин до 50 мг в сутки, диазепам до 40 мг в сутки парентерально, феназепам до 3 мг в сутки, лоразепам по 2 мг в/в до 6 раз в сутки.</p> <p>2. При некупирующемся возбуждении, судорожном состоянии - барбитураты короткого действия (тиопентал натрия, гексенал до 1 г в сутки в/в капельно под постоянным контролем дыхания и кровообращения).</p>
<p>Тяжелые формы алкогольного делирия</p>	<p>1. Мониторинг жизненно важных функций (дыхание, сердцебиение, диурез), регулярный контроль кислотно-щелочного состояния, К, Na, глюкозы в периферической крови.</p> <p style="text-align: center;">Патогенетическая терапия</p>

	<p>1. Сбалансированная инфузионная терапия с учетом имеющихся нарушений (см. ранее).</p> <p style="text-align: center;">Симптоматическая терапия</p> <p>1.Краниальная гипотермия.</p> <p>2. Ноотропные средства: пирацетам 20% раствор 10–30 мл в/в, кортексин по 10 мг внутримышечно в 1 мл 0,9%-ного раствора хлорида натрия; антиоксиданты: мексидол по 5-10 мл 2-3 раза в сутки.</p> <p>3.Витаминотерапия (см. ранее)</p> <p>4.Курс ГБО</p> <p>5.Симптоматическое лечение соматических осложнений.</p>
--	---

8. Немедикаментозные методы лечения.

Применение физиотерапевтических процедур является полезным дополнением к комплексной фармакотерапии, так как позволяет повысить эффективность последней.

Физиотерапевтические методы применяются в условиях стационарного лечения, назначаются по показаниям, после консультации врача-физиотерапевта. Минимальный перечень физиотерапевтических процедур в наркологии представлен в таблице 11.

Таблица 11. Методы физиотерапии, использующиеся в наркологической практике.

1	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
2	Дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
3	Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы
4	Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы
5	Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы
6	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы
7	Электросон
8	Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ)
9	Воздействие переменным магнитным полем (ПеМП)

9. Психотерапия

Активная психотерапия пациентам с делирием показана только после купирования психотических явлений и достаточного для ее проведения восстановления когнитивных функций. В

этом случае целесообразно использовать методики эмоциональной поддержки, оптимизации, развития когнитивных функций (см. Таблицы 12-13).

Проведение предметно-опосредованной психотерапии («запретительной психотерапевтической процедуры», эмоционально-стрессовой психотерапии по А.Р.Довженко, В.Е.Рожнову) не рекомендуется.

При хорошем восстановлении когнитивных функций рекомендовано использование предметно-опосредованной психотерапии в качестве монотехники без применения каких-либо медикаментозных препаратов или технических приборов. При проведении психотерапии, мотивирующей больного на прекращение приема психоактивного вещества, врач не должен вводить больного в заблуждение, говоря о введении или имплантации ему несуществующего препарата, или препарата с плацебо-эффектом, оперировать научнообразными терминами и давать заведомо ложную информацию о применении процедур или лекарств с плацебо-эффектом. Не допустимо указывать на применение каких-либо лекарственных средств или методов (например, таблеток, инъекций дисульфирама, налтрексона для внутримышечной имплантации, внутримышечного введения или электростимуляции), если при этом производится применение других лекарственных средств или методов с так называемым плацебо-эффектом (например, сульфата магния и др.).

Школа для пациентов с алкогольным делирием проводится ограниченно, после купирования психотических явлений возможно ознакомление с работой Школы.

Таблица 12. Медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный • Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный 	<ul style="list-style-type: none"> • Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторный • Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный
2. Психотерапевтическое лечение	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Психологическая адаптация 	<ul style="list-style-type: none"> • Терапия средой

• Семейное психологическое консультирование	
---	--

Таблица 13. Медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

Медицинская услуга	Применение
Психологическая адаптация	приспособление человека к существующим в обществе требованиям и критериям оценки за счет присвоения норм и ценностей данного общества. У лиц с зависимостями психологическая адаптация нарушена, вплоть до полной дезадаптации. В процессе лечения одним из важных направлений работы является восстановление психологической адаптации к трезвому образу жизни. Для пациентов с алкогольным делирием проводится ограниченно, после купирования психотических явлений.
Психологическое консультирование -Семейное психологическое консультирование	совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. Родственникам пациентов с алкогольным делирием необходимо семейное консультирование: сюда относится непосредственная работа с родственниками зависимых, после купирования психотических явлений и улучшения соматического состояния к семейному консультированию подключают пациента.
Терапия средой	Использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Это искусственно созданная среда функционирования больных, в которой реализуется терапевтическая программа, включает систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Терапия средой является терапевтическим инструментом реадaptации и ресоциализации, защищает больных от негативного воздействия наркоманической/алкогольной среды (субкультуры) и, прежде всего, от потребления наркотиков/алкоголя, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе. Для пациентов с алкогольным делирием проводится ограниченно, после купирования психотических явлений.

10. Прогноз

Зависит от объема и скорости оказания неотложной помощи. При своевременном и полном оказании медицинской помощи в специализированном отделении в целом благоприятный.