

Интенсивная терапия алкогольного абстинентного синдрома

Гордей Ростислав
2 леч 221 группа

Алкогольный абстинентный синдром

- комплекс вегетативных, соматических, неврологических и психических нарушений, возникающих у больных алкоголизмом вслед за прекращением или резким сокращением более или менее длительного и массивного пьянства, при этом пациент понимает, что употребление алкоголя поможет облегчить основные симптомы.
- «синдром отмены» – синоним, вошел в употребление из английского, как более точный вариант перевода.
-
- возникает в пределах 6-48 часов после последнего употребления спиртного и длится от 2-3 дней до 2-3 недель.
-
-

Клинические варианты

Неосложненный (F10.3)

Нейровегетативный и висцеральный варианты, характеризуется соответствующими нарушениями: тремор пальцев рук, потливость, тошнота, тахикардия, боли в животе, повышение или понижение АД, головная боль, бессонница, недомогание или слабость, сниженное настроение и раздражительность.

Требует симптоматической терапии в зависимости от степени тяжести.

С делирием (F10.4)

Помимо симптоматики неосложненного варианта появляются вторичные осложнения: алкогольный делирий (слабо зависит от продолжительности алкоголизма), алкогольный галлюциноз (развивается после долгого, не менее 10 лет, алкоголизма, чаще у женщин). Ожидаются в пределах 24 часов после отмены употребления и прекращаются через примерно через сутки.

Во всех случаях показана госпитализация в отделения интенсивной терапии и реанимации соматического или наркологического профиля.

С судорогами (F10.41)

Судорожные припадки отмечаются в период от 6 до 48 часов после прекращения употребления алкоголя, и могут быть не связаны с делирием. Развитие вероятнее всего после злоупотребления седативными, ЧМТ, опухолями мозга и случаями лечения отмены ранее.

Общие принципы лечения

Устранение основной
симптоматики и предотвращение
осложнений

```
graph TD; A[Устранение основной симптоматики и предотвращение осложнений] --> B[Купирование вегетативной симптоматики]; A --> C[Предотвращение развития судорог и делирия]; A --> D[Витаминотерапия];
```

Купирование
вегетативной
симптоматики

Предотвращение
развития судорог
и делирия

Витаминотерапия

Профилактика судорожных состояний, делирия и купирование возбуждения

Бензодиазепины

– основное средство в лечении ААС:

- Из-за повышенной толерантностью нужны более высокие дозировки препаратов этого ряда, чем у других категорий пациентов.
- Могут требовать назначения бензодиазепинов в течение 10 дней.
- Способны вызывать зависимость и применение этих ЛС прекращается сразу по купированию синдрома отмены.

Рекомендуемая дозировка:

1-2й день – 40 мг/сут.

3й день – 30 мг/сут.

4й день – 20 мг/сут.

5й день – 15 мг/сут.

6й день – 10 мг/сут.

7й день – 5 мг/сут.

Карбамазепин

- Эффективен в отношении большинства симптомов.
- Не взаимодействует с этанолом, что позволяет принимать препарат при наличии этанола в крови.
- Не вызывает развития зависимости и эйфории, и может применяться длительное время

Рекомендуемая дозировка:

1-2й день – 1200 мг/сут.

3-4й день – 600 мг/сут.

5-6й день – 400 мг/сут.

7й день – 200 мг/сут.

Препарат	Доза	Интервал введения
Диазепам	5-20 мг внутрь, в/мыш или в/вен.	Каждые 6-8 часов
Лоразепам (лоракар, лорафен)	1-2 мг внутрь, в/мыш или в/вен.	Каждые 4 часа
Оксазепам (тазепам)	15-30 мг внутрь	Каждые 4 часа

Купирование вегетативной симптоматики (потливость, АГ, тахикардия, тремор)

Клонидин

Обладает некоторым седативным эффектом, который усиливается при сочетании с транквилизаторами.

Назначается по 75-100 мкг 3 раза в день с постепенным снижением дозировки.

Бета-адреноблокаторы

- Пропранолол – 40-80 мг/сутки.
- Атенолол – 50-100 мг/сутки.
-

Подавление и профилактика возбуждения, тошноты, рвоты, бензодиазепиновой зависимости

- Галоперидол: применяется однократно, в/в 5-15 мг – после быстро купируется психомоторное возбуждение и исчезают галлюцинации.
- Дроперидол: 2,5-5 мг в/в до 20 мг/сутки – понижает АД, оказывает антиаритмический эффект.
- Небензодиазепиновые снотворные: зопиклон, золпидем – работают с ГАМК-рецепторами, функции которых и нарушаются при абстиненции.

Витаминотерапия и метаболическая коррекция

Тиамин

С целью профилактики энцефалопатии Гайне-Вернике. Парентерально по 100-300 мг/сутки, затем переход на пероральный прием

- * Соматостатин

- Пентоксифиллин: в/в 0,1 г в 250-500 мл раствора хлорида натрия или глюкозы
- Пиридоксин: 200 мг/сутки

Аскорбиновая кислота

Вводится при купировании состоянии отмены алкоголя в/в до 500 мг, а затем назначается по 100-300 мг/сутки до 7-14 дней.

Состояние отмены алкоголя с делирием

Галоперидол

Назначается в дополнение к бензодиазепинам в дозе 0,5-2 мг через 6 часов.

Обычно достаточно суточной дозы до 10 мг, иногда до 30-40 мг/сутки

Применение фенотиазиновых нейролептиков (аминазин, левомепромазин) противопоказано в виду высокого риска соматических и неврологических осложнений

Используются **общие принципы терапии** синдрома отмены, включая следующие оговорки:

Карбамазепин неэффективен при делириозных состояниях, но может быть полезен в дальнейшей терапии

Клинико-лабораторный контроль основных показателей необходим не реже одного раза в сутки

Дифференциальная диагностика алкогольного делирия и печеночной энцефалопатии

Делирий

ПЭ

- двигательное и психическое возбуждение;
- дезорганизация сознания, бессонница, галлюцинации;
- тремор - нарастает при произвольных движениях и исчезает в покое;
- повышение активности вегетативной нервной системы;
- содержание глюкозы в плазме нормальное и гипергликемия.

- сонливость, расстройство сна, инверсия сна;
- «хлопающий» тремор - выражен в покое и минимален при произвольных движениях;
- нарастающая спутанность сознания;
- повышение мышечного тонуса и глубоких сухожильных рефлексов;
- стойкая гипогликемия.

Состояние отмены алкоголя с судорогами

Общие принципы терапии синдрома отмены



Диазепам в дозировке вводится 5-10 мг каждые 10-20 минут до эффекта всего за введение 20-40 мг. внутримышечно или внутривенно капельно до общей дозы 40-160 мг. в сутки



Назначают раствор сульфата магния (по 10-20 мл. 20% в/м или в/в).



Фенитоин (дифенина) внутривенно медленно болюсно в дозе 18-20-30 мг/кг, со скоростью до 50 мг. в минуту или тиопентала натрия в дозе 1г



Карбамазепин неэффективен при уже развившихся судорожных состояниях, но он может быть полезен в дальнейшем для профилактики повторных судорог

Применение фенотиазиновых нейролептиков (хлорпромазин, тизерцин и др.) противопоказано в виду снижения ими порога судорожной активности и повышения риска развития повторных судорог, а также высокого риска соматических и неврологических осложнений



Спасибо за внимание!