

АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Я.А. Долуда

Институт патологии позвоночника и суставов АМН Украины им. проф. М.И.Ситенко

Проанализировано 602 истории болезни пациентов, которые поступили в клинику в ургентном порядке в течении 3 лет. С алкогольным опьянением поступило 36 пациентов, а алкогольный делирий развился у 12 пациентов. Вероятность возникновения делирия достоверно выше при повреждениях нижних конечностей и при применении метода скелетного вытяжения.

Введение

По данным литературы, от 7 до 40% пациентов с повреждением опорно-двигательного аппарата поступает в клинику в алкогольном опьянении. Чаще всего этот показатель колеблется в пределах 14–18% [1-3, 8, 7]. У лиц злоупотребляющих спиртными напитками, при получении травмы нередко отмечается развитие психических расстройств с различными проявлениями нарушения сознания, сопровождающимися двигательными реакциями [5]. В большинстве случаев у таких пациентов данные расстройства расцениваются как проявления алкогольного делирия. Как известно, делирий является одной из патологических реакций мозга на экзо- и эндогенные патогенные воздействия – инфекцию, интоксикацию, травму, соматические заболевания [4, 6, 9]. Делириозное помрачение сознания нарастает постепенно и проходит в своем развитии при соматических болезнях несколько стадий, описанных впервые С. Lieberaеister (1866) [6].

Целью настоящего исследования является установление наличия или отсутствия зависимости возникновения делириозного синдрома от локализации повреждения и характера лечения в остром посттравматическом периоде.

Материалы и методы. Нами проанализировано 602 истории болезней пациентов с по-

вреждением конечностей, поступавших в клинику неотложной травматологии и восстановительной хирургии ИППС им. Ситенко в ургентном порядке за три года (1999-2002 гг.). Травма верхней конечности имела место у 167 пациентов (27,74±0,01%), травма нижней конечности у 435 (72,25±0,01%). На момент поступления в состоянии алкогольного опьянения находилось 36 человек, что составило 5,98% (группа I). Средняя концентрация алкоголя в крови – 1,27 0,1 ‰ (с минимальной концентрацией – 0,4 ‰ и максимальной – 3,3 ‰). Алкогольный делирий развился у 12 пациентов, что составило 1,99% (группа II). Только у четырех пострадавших этой группы при поступлении в крови обнаружен алкоголь.

Средний возраст пациентов I группы составил 51,6 лет (от 31 до 66 лет). Средний возраст пациентов II группы 54,0 года (от 33 до 74 лет). Распределение пациентов по локализации повреждения и половому признаку представлено в таблицах 1 и 2.

Характер проводимого лечения у пациентов, поступивших в клинику в алкогольном опьянении и с развившимся делирием указан в табл. 3 и 4.

Для оценки полученных данных использовался метод Фишера-Стьюдента (реализация метода с помощью компьютерной программы статистического анализа STATISTICA версии 5.0).

Таблица 1

Локализация повреждения у пациентов I группы

Локализация повреждения	мужчины		женщины		Итого	
	абс	%	абс	%	абс	%
Верхняя конечность	4	11,11	3	8,33	7	19,44
Нижняя конечность	22	61,11	7	19,44	29	80,55
Всего	26	72,22	10	27,77	36	100

Таблица 2

Локализация повреждения у пациентов II группы

Локализация повреждения	мужчины		женщины		Итого	
	абс	%	абс	%	абс	%
Верхняя конечность	0	0	1	8,33	1	8,33
Нижняя конечность	9	75,00	2	16,66	11	91,66
Всего	9	75,00	3	25,00	12	100

Таблица 3

**Характер проводимого лечения у пациентов
поступивших в клинику в алкогольном опьянении**

Характер лечения	мужчины		женщины		Итого	
	абс	%	абс	%	абс	%
Скелетное вытяжение	2	5,55	0	0	2	5,55
Репозиция, гипсовая повязка	11	30,55	4	11,11	15	41,66
Открытая репозиция, металлостеосинтез	12	33,33	3	8,33	15	41,66
Чрезкостный остеосинтез	1	2,77	3	8,33	4	11,11
Всего	26	72,22	10	27,77	36	100

Таблица 4

**Характер проводимого лечения у пациентов
поступивших в клинику с развившимся делирием**

Характер лечения	мужчины		женщины		Итого	
	абс	%	абс	%	абс	%
Скелетное вытяжение	4	33,33	1	8,33	5	41,66
Репозиция, гипсовая повязка	4	33,33	1	8,33	5	41,66
Открытая репозиция, металлостеосинтез	0	0	1	8,33	1	8,33
Чрезкостный остеосинтез	1	8,33	0	0	1	8,33
Всего	9	75,0	3	25,00	12	100

Результаты и их обсуждение

У 12 пациентов с психическими нарушениями развитие делириозного состояния наблюдалось на 1 – 4 сутки с момента поступления, причем у лиц, поступивших в алкогольном опьянении симптомы делирия, появлялись в более поздние сроки, т.е. на 3-4 сутки. Синдрому развернутого делирия предшествовала стадия предвестников психоза – предделирий, характерными чертами которого являлись бессонница, неустойчивое, тревожное настроение, раздражительность, беспокойство, непоследовательная речь. Погружаясь в такое состояние, пациенты, находящиеся на скелетном вытяжении, настаивали на демонтаже системы либо пытались самостоятельно её демонтировать. Больные, которым осуществлялась иммобилизация нижней конечности гипсовой повязкой, не реагируя на возможные болевые ощущения, давали полную нагрузку на конечность. При использовании аппаратов наружной фиксации поведение пациентов аналогично. Появление симптомов делирия потребовало перевода 10 пациентов в специализированные лечебные учреждения, где диагноз делирия подтвержден. Как оказалось, алкогольный делирий развивается не у всех пациентов, с повреждениями опорно-двигательного аппарата, на фоне алкогольного опьянения (удельный вес поступающих в алкогольном опьянении составляет 5,98%, а удельный вес пациентов с развившимся в процессе лечения делирия – 1,99%). Чаще он проявляется у лиц злоупотребляющих спиртными

ми напитками при получении скелетной травмы на фоне временного воздержания от приема алкоголя (среди пациентов с развившимся делирием, только треть на момент поступления находились в состоянии алкогольного опьянения).

Сопоставляя данные по характеру проводимого лечения, наиболее выраженные различия мы получили в отношении частоты применения метода скелетного вытяжения. Так в первой группе данный метод применен в $5,55 \pm 2,3\%$ случаев, что соответствует частоте применения вытяжения у всех наблюдаемых пациентов, а во второй группе в $45,45 \pm 4,9\%$ случаев и эти различия носят статистически достоверный характер ($p < 0,05$). Из пяти пациентов, находившихся на скелетном вытяжении, которым последнее при появлении признаков делирия демонтировали, у двоих психическое состояние пришло в норму, еще у двоих привело к уменьшению двигательного возбуждения.

У всех пациентов, находившихся на лечении в клинике, превалировало повреждение нижних конечностей, однако в группе пациентов с развившимся делирием этот показатель оказался максимальным – 91,66%. Различия по удельному весу повреждений нижних конечностей (соответственно и верхних конечностей) среди пациентов I и II групп носят статистически достоверный характер ($P < 0,05$).

Таким образом, развитие психических нарушений, вероятней всего, происходит в связи с наличием повреждения скелета и чаще всего нижних конечностей, следствием чего является рез-

кое изменение образа жизни. Ограничение подвижности, прикованность к постели, провоцирует проявление психических расстройств, на пути к которым находился пациент злоупотребляющий спиртными напитками. Среди провоцирующих моментов в лечебной тактике на первое место выдвигается применение метода постоянного скелетного вытяжения.

Выводы

1. Алкогольный делирий чаще проявляется у лиц злоупотребляющих спиртными напитками при получении скелетной травмы на фоне временно-го воздержания от приема алкоголя.

Литература

1. Алкс Д.О., Цудечкин Л.М. Проблемы профилактики алкогольного травматизма // Ортопедия травматология протезирование. 1990. №1. С. 38–42.
2. Дурманова И.П., Федосова В.С., Русман А. И. Влияние алкоголизма на непроизводственный травматизм в крупном городе // Ортопедия травматология протезирование. 1987. №9. С. 56–58
3. Журавлев С.М., Буагидзе О.Ш. О госпитализации травматологических больных в состоянии алкогольного опьянения // Ортопедия травматология протезирование. 1991. №8. С. 59–58

2. Вероятность возникновения делирия значительно выше при повреждениях нижних конечностей, при прочих равных условиях, чем при повреждениях верхних конечностей.

3. Использование метода постоянного скелетного вытяжения у лиц имеющих алкогольный анамнез, либо поступивших в состоянии алкогольного опьянения, может являться дополнительным провоцирующим фактором в развитии делириозного синдрома.

4. Демонтаж системы скелетного вытяжения при появлении предделирия может способствовать восстановлению психического состояния.

4. Карандашев В.И., Николаев Г.В., Латышев С.В. Делириозный синдром у больных с травмой челюстно-лицевой области // Стоматология. 1979. №5. С. 54–58
5. Кулиев Ш.Б., Раджабов Р.Г., Алиагиев Д.Ф. Психические нарушения после повреждения конечностей // Вестник хирургии им. Грекова. 1974. №9. С. 134
6. Морозов Г. В. Руководство по психиатрии. М: Медицина, 1988. 640с.
7. Назаретский А. С. Профилактика непроизводственного травматизма. Лечение травм. Горький, 1968. С. 27-29
8. Тюляндан А. Д. Профилактика непроизводственного травматизма. Лечение травм. Горький, 1986. С. 9-10
9. Шейдера Р. Психиатрия. М.: Медицина, 1998. 304с.

