

Неотложные состояния в психиатрии

- **Умение распознать неотложное состояние и оказать необходимую помощь является обязанностью врача любой специальности.**
- **Согласно государственному образовательному стандарту врач - выпускник по специальности «Лечебное дело» подготовлен для диагностики и оказания первой помощи при неотложных состояниях.**
- **Согласно статье 124 УК РФ: «Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом, если это повлекло по неосторожности смерть больного, либо причинение тяжкого вреда его здоровью, наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового»**

Неотложное состояние

– это состояние, которое представляет угрозу для жизни пациента и требует проведения безотлагательного лечения.

- В психиатрии и наркологии неотложные состояния отличаются частым сочетанием выраженных психических и соматических нарушений.
- Неотложные соматические состояния часто протекают с присоединением выраженных психических расстройств.
- Применение современных психотропных препаратов может сопровождаться развитием осложнений, требующих неотложной помощи.

Виды врачебной медицинской помощи при неотложных состояниях

- **Первая врачебная** (врач общего профиля – оказывается в любых условиях)
- **Квалифицированная** (общехирургическая, общетерапевтическая – оказывается при наличии необходимых условий)
- **Специализированная** (психиатр, нарколог, невролог, анестезиолог-реаниматолог)

Тактика медицинской помощи при неотложных состояниях в психиатрии и наркологии

1. Зависит от тяжести состояния больного и условий оказания помощи:
2. Реанимационные мероприятия должны проводиться безотлагательно в положенном объеме.
3. Если больной нуждается в **экстренной терапевтической, хирургической, токсикологической помощи** – она должна быть оказана **в первую очередь в положенном объеме.**
4. Больной осматривается психиатром после выполнения экстренных диагностических и лечебных манипуляций :
 - *Вне стационара (дома, на улице, в амбулаторном учреждении) и при отсутствии психиатра-консультанта в стационаре – вызов бригады скорой психиатрической помощи (СПП)*
 - *В стационаре общего профиля , при наличии штатного психиатра-консультанта он должен немедленно осмотреть больного*

Не являются показаниями для направления бригад скорой психиатрической помощи:

- Острые интоксикации без психических нарушений, вызванные наркотическими и другими веществами.
- Не психические (соматические) варианты абстинентного синдрома.
- Острые аффективные (ситуационные) реакции у лиц, не представляющих опасности для окружающих, не состоящих на психиатрическом учете (конфликтные ситуации на работе, в семье, в быту).
- Антиобщественные действия лиц, не состоящих на психиатрическом учете.
- Хронический алкоголизм с установкой на госпитализацию, а также при направлении на плановое лечение.

Документальное оформление консультации психиатра

- **Показания** к консультации психиатра должны быть отражены врачом в истории болезни (амбулаторной карте) в виде **психического статуса** и предварительного **синдромального диагноза** (например: *делириозный синдром, депрессивный синдром с суицидными намерениями, параноидный синдром*).
- Если состояние больного позволяет (особенно если врач сомневается в наличии психотических переживаний у пациента) - следует **обсудить консультацию с больным, получить письменное согласие и приложить его к и\б.**
- При наличии выраженных психотических расстройств, представляющих угрозу для больного и окружающих или при беспомощности больного показана недобровольная госпитализация в психиатрический стационар.

- **Решение о переводе или госпитализации пациента в психиатрический стационар, особенно если больной отказывается от госпитализации, может быть принято только врачом-психиатром.**
- В психиатрический стационар переводятся (госпитализируются) пациенты, соматическая патология которых не определяет тяжесть состояния и не требует нахождения в соматическом стационаре.
- При сочетании тяжелой соматической патологии с тяжелой психической патологией пациент должен переводиться (госпитализироваться) в реанимационное или специализированное психосоматическое отделение (**ПСО**).
- Если в клинической картине доминирует тяжелое соматическое состояние или оно угрожает жизни больного – пациент продолжает лечение (госпитализируется) в соматическом стационаре (отделении реанимации) под контролем штатного психиатра-консультанта.

Основные неотложные состояния в психиатрии и наркологии

1. Психомоторное возбуждение
2. Суицидальное и аутоагрессивное поведение
3. Неалкогольный (соматогенный) делирий
4. Аментивный синдром
5. Синдромы выключения сознания
6. Отказ от еды
7. Панические атаки и вегетативные кризы
8. Тяжелое (глубокое) алкогольное опьянение
9. Основные виды абстинентных синдромов
10. Алкогольный делирий (осложненный и не осложненный)
11. Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике
12. Острые осложнения при применении психотропных препаратов
13. Отравления психотропными препаратами
14. Передозировка опиатов или опиоидов
15. Фебрильная шизофрения
16. Судорожный синдром и эпилептический статус

Психомоторное возбуждение

- резкое повышение двигательной и речевой (не всегда) активности, связанное с изменением психического состояния больного:

- **Галлюцинаторное** – вызвано галлюцинаторными переживаниями угрожающего или пугающего характера.
- **Тревожное** – при ажитированной депрессии
- **Депрессивное (депрессивный раптус)** – внезапное возбуждение с аутоагрессивными действиями при меланхолической депрессии
- **Маниакальное** – в рамках маниакального синдрома
- **Аффективно-шоковое** – в рамках реактивных гиперкинетических психозов в ответ на тяжелую острую психическую травму
- **Кататоническое и гебефреническое** – при соответствующих формах шизофрении
- **Дисфорическое** – соответствует проявлениям дисфории при эпилепсии и органических заболеваниях головного мозга
- **Психопатическое** – при декомпенсации состояния у пациентов с психопатиями
- **Суетливое старческое возбуждение (сосудистая спутанность).**

- Нарастание возбуждения стирает различия между отдельными его типами.
- Возбуждение ведет к значительным метаболическим изменениям, расходованию энергетических и пластических ресурсов, вторичной гипоксии мозга, декомпенсации сердечнососудистой, дыхательной и других систем.

Психомоторное возбуждение

может сопровождать ряд тяжелых соматических состояний:

- Гипертонический криз и острая гипертензивная энцефалопатия
- Небольшие ишемические инсульты лобной и затылочной локализации (часто протекают без параличей, что затрудняет диагностику)
- Заболевания, сопровождающиеся острой дыхательной недостаточностью I-II степени
- Инфаркт миокарда
- Некоторые инфекционные заболевания (бешенство, столбняк и др.)
- Заболевания и травмы, сопровождающиеся выраженным болевым синдромом
- Алкогольный и героиновый абстинентный синдром
- Некоторые отравления (ФОС, летучие растворители, психостимуляторы, галлюциногены и др.)

Возможность данных состояний необходимо учитывать в процессе оказания неотложной помощи больным

- Недооценка соматического состояния может привести к неправильным тактическим действиям, в результате которых больной получит экстренную терапевтическую, хирургическую и иные виды квалифицированной помощи с **большим опозданием.**
- Неправильное представление о причине возбуждения может повлечь за собой использование **слишком больших доз психотропных препаратов**, и развитие критических расстройств жизненно важных функций или извращение клинической картины.

Основные принципы купирования возбуждений:

- квалифицировать тип возбуждения;
- оценить соматическое состояние больного; дозы препаратов и путь их введения выбирать в зависимости от соматического состояния;
- если больной соматически здоров, назначают ударные (максимально допустимые при разовом применении) дозы — это позволяет достичь максимального эффекта в минимальный срок;
- если соматическое состояние неблагоприятно, необходимо уменьшить дозу или даже отказываться от сильно действующих нейролептиков и ограничиться применением транквилизаторов;
- назначают симптоматическую терапию в зависимости от причины возбуждения;
- для профилактики ортостатических осложнений одновременно с психотропными средствами вводят кордиамин или другие аналогичные препараты.

Письмо Министерства здравоохранения РФ от 26.12.2002г. № 2510/12967-02-32 «О мерах физического стеснения при оказании психиатрической помощи»

- Меры физического стеснения ... применяются только в тех случаях, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие опасность для него или других лиц.
- Меры физического стеснения осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. Привлечение других пациентов для этих целей исключается.
- Меры физического стеснения могут применяться только на ограниченный срок, т.е. на период действий пациента, представляющих опасность для него или других лиц.
- О формах и времени применения мер физического стеснения делается запись в медицинской документации, а также в специально заведенном журнале. Запись должна содержать мотивировку применения мер физического стеснения, указание времени начала использования этих мер, описание изменений в дальнейшем состоянии пациента, а также указание времени, когда меры физического стеснения были отменены.

Первая врачебная помощь при психомоторном возбуждении

1. **Физическое удержание больного** – проводится силами медицинского персонала – врач обязан находиться с больным все время удержания и контролировать отсутствие осложнений (сдавление сосудов и нервов, вывихи, затруднение дыхания из-за нарушения экскурсии грудной клетки).
2. **Транквилизаторы: S.Diazepam 0.5% - 4.0 в\м или S.Phenazepam 0.1% - 2.0-4.0 в\м** (исключить состояния при которых транквилизаторы противопоказаны). Внутривенное введение не разрешается из-за риска остановки дыхания и нанесения травмы возбужденному больному. Введение больших доз транквилизаторов для врача общей практики недопустимо.
3. **Вызвать бригаду СПП или психиатра-консультанта стационара, продолжать наблюдение за больным.**
4. **В мед. документации необходимо отразить состояние больного, указать предварительный синдромальный диагноз и указать, что удержание и транквилизаторы были применены для неотложного купирования психомоторного возбуждения.**

НЕ ДОПУСТИМО !!!

- Связывание больного и применение любых травмирующих методов удержания.
- Преследование убегающего больного.

Специализированная врачебная помощь

- Усиленное наблюдение, индивидуальный пост, физическое удержание;
- Препараты, эффективно действующие на психотическом уровне расстройств (нейролептики):

1-ая группа - обладающие общим седативным действием — **аминазин, тизерцин, хлорпротиксен, пропазин.**

2-ая группа - избирательно воздействующие на галлюцинации и бред — **галоперидол, трифтазин, триседил.**

- При купировании возбуждений предпочтительны комбинации препаратов 1-й и 2-й групп (общеседативное действие препаратов 1-й группы углубляется и усиливается за счет частичной редукции галлюцинаций и бреда препаратами 2-й группы), **одновременно назначается психокорректор циклодол.**

- **Дополнительное введение 1-2 мл димедрола** усиливает седативное действие нейролептиков.

- **Транквилизаторы — феназепам, седуксен, эуноктин, оксибутират натрия.**

Суицидальное и аутоагрессивное поведение

- В большинстве случаев обусловлено депрессивными переживаниями различной природы (высокий риск суицида при меланхолических и ажитированных депрессиях).
- Реже связано с бредовыми переживаниями параноидного или ипохондрического характера или слуховыми галлюцинациями (особенно императивными). Иногда на фоне шизофренических изменений личности больные как бы проводят «эксперимент – интересно, что будет...».
- Редко возникает у практически здоровых лиц в ответ на тяжелые психотравмирующие обстоятельства.
- В группе риска пациенты с алкогольной и наркотической зависимостью в абстинентном состоянии.
- **Незавершенная суицидальная попытка может привести больного в соматический стационар (хирургия, травматология, токсикология) – в этом случае в стационаре высока вероятность повторной попытки!!!**

- Возможно совершение первой суицидной попытки в стационаре, особенно при ухудшении соматического состояния или если больной узнает о наличии у себя тяжелого заболевания (злокачественное новообразование, ВИЧ-инфекция).
- **Все пациенты, госпитализированные после суицидной попытки, должны быть осмотрены психиатром !!!**
- В ходе соматического обследования обращать внимание на следы совершенных в прошлом суицидных попыток (рубцы от самопорезов и др.).

- **Обеспечить постоянное наблюдение за больным** (отдельная палата или изолятор с постом медсестры), забрать возможные орудия совершения суицида (упаковки лекарств, колюще-режущие предметы, стеклянную посуду) и **организовать срочную консультацию психиатра.**
- **При отсутствии явных признаков психотических переживаний, при подозрении на демонстративный характер суицидных действий – удаление лиц** окружающих больного (кроме поста наблюдения), **обсудить возможность консультации с психиатром** (психиатром-консультантом стационара или дежурным психиатром СПП – по телефону, **для продуктивного общения с дежурным психиатром СПП необходимо грамотно описать психический статус пациента !!!**)

НЕ ДОПУСТИМО !!!

- Игнорировать стойкие суицидные высказывания пациента даже при явно демонстративном их характере
- Оставлять больного с суицидальным поведением без наблюдения или под наблюдением соседей по палате, родственников, без мед. персонала
- Игнорировать стойкое и выраженное снижение настроения у пациента
- Сообщать пациенту о диагнозе тяжёлого заболевания без обсуждения последующей тактики действий и отношения пациента к своей болезни
- Самостоятельно назначать антидепрессанты больным с суицидными тенденциями до консультации психиатра

Купирование депрессии:

- amitriptilin 50-100mg в/м
- tizercin 50-150mg в/м
- аминазин углубляет депрессивную симптоматику
- при купировании депрессивно-параноидных состояний, при обязательном учете соматического состояния больного, его реакции на медикаменты, терапию следует проводить достаточно интенсивно, **избегая низкого уровня дозирования.**

Неалкогольный (соматогенный) делирий —

неспецифический ответ мозга на повреждающие факторы, развивается вторично по отношению к тяжелому или среднетяжелому острому соматическому заболеванию или обострению хронического соматического заболевания.

- Связан с интоксикацией, лихорадкой, ухудшением показателей системной гемодинамики, дыхательной недостаточностью и др., указывает на неблагоприятное течение соматического заболевания и высокий риск неблагоприятного исхода (переход в оглушение, сопор и кому).
- Не предшествует алкоголизация, наркотизация и абстинентный синдром.
- Чаще возникает у пациентов с исходным ОПГМ (сосудистое, ЧМТ), пожилых больных.
- Развивается более чем у $\frac{1}{4}$ пациентов, госпитализированных в реанимационные отделения и отделения интенсивной терапии по различным причинам.
- Часто развивается в послеоперационном периоде после полостных операций.
- Значительную роль в развитии может сыграть неосторожное применение многих лекарственных препаратов, особенно с холинолитическими свойствами (димедрол, атропин, платифиллин, тиоридазин, аминазин и др.) и полипрагмазия.
- В отличие от алкогольного делирия характерно: ***относительная бедность галлюцинаторных расстройств.***

Лечение соматогенного делирия

- **Перевод в отделение реанимации** или лечение в палате с постоянным наблюдением в соматическом стационаре, но не в ПБ.
- **Динамическая оценка состояния больного** (контроль основных физиологических функций и ключевых лабораторных показателей) и **интенсивная терапия основного заболевания** (поддержание гемодинамики, контроль газового состава крови, коррекция КЩС и электролитов крови, адекватная инфузионная терапия и др.)
- **Дезинтоксикационная терапия** по показаниям, включая методы экстракорпоральной детоксикации при необходимости.
- **Применение витаминов, антигипоксантов, ноотропов и нейропротекторов** (витамины гр. «В», пирацетам, глиатилин, милдронат и др.).
- **Транквилизаторы** в\м в небольших дозах (S.Diazepam 0.5% - 2.0).
- Возможно применение **тиаприда** (таблетки и раствор в\м) – 100 мг на ночь
- **НЕ ДОПУСТИМО:** Применять высокие разовые дозы транквилизаторов (при необходимости возможно повторное введение так же в малых дозах)

Аменция

- Отражает выраженное истощение и длительную интоксикацию
- Свидетельствует о крайне неблагоприятном течении заболевания
- Чаще развивается при затяжном течении тяжелых соматических заболеваний, сменяет затяжной соматогенный делирий при отсутствии положительной динамики основного заболевания.
- При отсутствии адекватного лечения основного заболевания переход в сопор и кому, с последующим летальным исходом.
- Особенно часто развивается при сепсисе, панкреатитах, ожоговой болезни, при гнойных осложнениях после тяжелых полостных операций, при кахексии у онкологических больных, в терминальных стадиях тяжелых хронических заболеваний.

Лечение аменции

сходно с лечением соматогенного делирия, более интенсивное, проводится только в условиях отделения реанимации (интенсивной терапии)

1. Интенсивная терапия основного заболевания с применением всех имеющихся в арсенале врача методов (см. соматогенный делирий)
2. Поиск причин нарастающего ухудшения состояния и неэффективности проводимой терапии (нераспознанные сопутствующие заболевания и осложнения)
3. Налаживание парентерального питания
4. Витамины парентерально (В1, В6, С)
5. Ноотропы и нейропротекторы (см. соматогенный делирий)
6. К транквилизаторам прибегать нежелательно (возбуждение ограничено пределами кровати и не требует седации, а назначение транквилизаторов может ухудшить состояние пациента).

Синдромы выключения сознания

- Имеют важное общемедицинское значение т.к. **в большинстве случаев связаны не с психическими заболеваниями, а с соматической и неврологической патологией.** По частоте встречаемости в медицине из всех психопатологических синдромов уступают только астеническому синдрому.
- Чаще носят симптоматический характер – т.е. отражают тяжелое экстрацеребральное состояние с вторичным повреждением нейронов, серьезное повреждение головного мозга (обратимое или необратимое)
- Всегда являются неотложными угрожающими жизни состояниями

Возможно несколько вариантов развития синдромов выключения сознания:

А. В зависимости от скорости появления и обратного развития симптомов:

- 1) быстрое выключение сознания с развитием сопора или комы, сознание утрачивается на длительный период времени
- 2) сознание быстро выключается и быстро восстанавливается
- 3) постепенное выключение сознания (легкое оглушение сменяется глубоким оглушением, далее развивается сопор, далее сопор переходит в кому, кома углубляется), сознание утрачивается на длительный период времени

Б. В зависимости от отсутствия или наличия очаговых неврологических симптомов:

- 1) утрата сознания с появлением очаговых неврологических симптомов
- 2) утрата сознания без появления очаговых неврологических симптомов

- **Наличие очаговых неврологических симптомов указывает на очаговое повреждение головного мозга – ОНМК или ЧМТ; диагноз ставится клинически и подтверждается нейровизуализацией.**
- **Отсутствие очаговых неврологических симптомов указывает на интоксикацию, нарушения системной гемодинамики, тяжелые метаболические расстройства, тяжелые инфекции или субарахноидальное кровоизлияние (САК). Диагноз ставится на основании клинических и лабораторных данных. КТ и МРТ обычно малоинформативна. Обычно лечатся терапевтически (исключение – САК) .**
- **Внезапная утрата сознания обычно связана с нарушениями системной гемодинамики: *ОНМК или ЧМТ, пароксизм желудочковой тахикардии, ТЭЛА, ушиб головного мозга, САК, внутримозговое кровоизлияние или кровотечение.***
- **Внезапная утрата сознания с его быстрым восстановлением характерна для *сотрясения головного мозга, преходящих нарушений ритма сердца (пароксизма тахиаритмии, эпизода асистолии, приступа Морганьи-Эдемса-Стокса), преходящих нарушений мозгового кровообращения.***
- **Постепенная утрата сознания обычно связана с *интоксикацией, метаболическими расстройствами, тяжелой инфекцией, отравлением транквилизаторами и алкоголем, гипогликемическая кома.***

Принципы неотложной помощи при нарушениях сознания:

1. Оценить состояние больного – кожные покровы, пульс, спонтанное дыхание, АД, внешние признаки повреждений и травм, следы инъекций (п/к – диабет, в/в – наркомании), грубые очаговые и менингеальные симптомы, пальпация живота;
2. При отсутствии пульса и\или спонтанного дыхания немедленно начать реанимационные мероприятия;
3. Если пульс ритмичный и имеется спонтанное дыхание, но за время осмотра сознание не восстанавливается – ввести **в/в 40 мл 40% р-ра глюкозы, затем 2 мл тиамина (В1), затем 1 мл налоксона** (универсальный лечебно-диагностический приём – эффективен при гипогликемии, отравлении опиатами и алкоголем – это одни из наиболее частых причин выключения сознания, на другие причины не влияет, но и не вредит);
4. Госпитализировать (перевести) пациента в реанимационное отделение;
5. Провести полное физикальное, лабораторное и инструментальное обследование для поиска причины утраты сознания – его последовательность определяется состоянием пациента;
6. При затяжном выключении сознания – применение ноотропов, антигипоксантов и нейропротекторов, высокие дозы витаминов парентерально (В1, В6, С); борьба с отёком мозга (маннитол).

ДАЖЕ ЛЕГКОЕ ОГЛУШЕНИЕ ТРЕБУЕТ НЕОТЛОЖНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ Т.К. ОТРАЖАЕТ ТЯЖЕСТЬ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО И В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ МИНУТ МОЖЕТ СМЕНИТЬСЯ СОПОРОМ И КОМОЙ !!!

Отказ от еды

Причины:

1. Дисморфомания (особенно у молодых девушек)
2. Тяжелая или среднетяжелая депрессия
3. Бред отравления, запрещающие императивные, обонятельные и вкусовые галлюцинации,
4. Кататонический синдром
5. Относительная причина – беспомощность больного при слабоумии и отсутствии надлежащего ухода – невозможность приобрести и приготовить пищу

Признаки:

- **Поведение больного (депрессия, бред отравления, галлюцинации)** – такие больные редко диссимилируют отказ от пищи (исключение: пожилые одинокие больные при инволюционном параноиде и деменции)
- **Прогрессирующее снижение массы тела, запах ацетона изо рта, снижение тургора кожи, отсутствие стула, исчезновение menses** – важный, часто единственный признак для больных с дисморфоманией – они всегда диссимилируют отказ от еды.

Важные особенности:

- Нарастающее снижение массы тела с развитием истощения должно вызывать у врача **онкологическую** настороженность, настороженность в отношении **депрессии и деменции** (особенно пожилые больные), а так же в отношении **дисморфомании** (молодые девушки)
- Истощенные больные с дисморфоманией до последнего дня жизни часто сохраняют довольно высокий уровень активности (ходят на работу и учёбу) и погибают внезапно на фоне нарушений ритма сердца (электролитные расстройства и дистрофические изменения в миокарде)
- Для своевременного выявления отказа от еды в стационаре рекомендуется проводить еженедельное взвешивание больных

Отказ от еды

- При истощении – госпитализация в реанимацию, постельный режим, парентеральное питание, постоянное наблюдение !!!
- **Обследование** (важно определить уровень глюкозы, электролитов, гематокрит)
- Начинать **лечение** с введения 5% р-ра глюкозы с хлоридом калия или аспаркамом . **Гипогликемия** может сочетаться с гипергидратацией («голодные» отёки) или дегидратацией (приём мочегонных и слабительных с целью «похудания»)
 - При **дегидратации** – регидратация **физ. р-ром** (объем – по состоянию)
 - При **гипергидратации** – введение **гипертонического р-ра глюкозы и р-ра альбумина**.
- Обязательно введение **тиамина (В1)** и **аскорбиновой к-ты (С)**.
- После нормализации уровня глюкозы крови можно продолжать введение р-ра **глюкозы** с небольшими дозами **инсулина** короткого действия (8 ЕД на 400 мл 5% р-ра глюкозы).
- Затем **аминокислотные** (аминоплазмаль, инфузамин и др.) и **липидные** (липофундин и др.) препараты, а при согласии больного – осторожно начать энтеральное питание в минимальном объеме.
- Психотропные препараты не применяются (исключение – психомоторное возбуждение)
- После стабилизации состояния – **обязательный перевод** (при необходимости – в недобровольном порядке) в психиатрический стационар для продолжения лечения.

Панические атаки и вегетативные кризы

- остро возникающие полиморфные приступы тревоги и страха с выраженными сомато-вегетативными проявлениями

Встречаются в клинической картине многих «пограничных» психических расстройств (неврозов, маскированных депрессий и др.) и при соматогенной астении.

Основные клинические проявления:

- приступообразно возникающая тревога (неспецифическое состояние, не имеет чёткого содержания)
- страх (имеет чёткое содержание, например – страх умереть от «сердечного приступа» в метро)
- вегетативные проявления тревоги и страха (разнообразные симптомы – зависят от особенностей вегетативной нервной системы пациента) – чаще встречаются: тахикардия, гипергидроз, ощущение затруднения дыхания, сухость во рту, абдоминальный дискомфорт, головокружение, дрожание рук;
- приступы полиморфны (отсутствует стереотипность), имеют разную длительность и обычно связаны с состоянием эмоционального напряжения, хотя могут возникать и на фоне полного благополучия
- Дифференцировать с вегетативно-висцеральными парциальными припадками при эпилепсии, пароксизмами аритмий, гипогликемическими состояниями, интоксикациями, проявлениями абстинентного синдрома, приступами феохромоцетомы и др.

Панические атаки не несут угрозы для жизни больного, но являются крайне тягостными, требуют исключения опасных острых соматических состояний и неотложной помощи.

Помощь во время приступа:

- Усадить больного
- Проверить пульс (для исключения пароксизма аритмии)
- Постараться успокоить пациента
- Предложить дышать в более спокойном ритме, можно предложить дышать в бумажный или полиэтиленовый пакет (в патогенезе панической атаки большая роль принадлежит гипервентиляции и гипокапнии с последующим спазмом артерий головного мозга)
- Во время приступа применение лекарственных препаратов нецелесообразно т.к. к моменту начала их действия приступ уже заканчивается самопроизвольно (возможно применение плацебо – «валидола»)

Тяжёлое (глубокое) алкогольное опьянение

- проявляется нарастающим выключением сознания – лёгкое оглушение с мышечной гипотонией быстро переходит в глубокое оглушение, сопор и кому.
- **Принципы помощи:** удаление невсосавшегося алкоголя, при сохранённом сознании – вызывание рвоты и промывание желудка, при глубоком оглушении - вызывание рвоты противопоказано – риск аспирации, при утрате сознания промывание желудка зондом возможно после интубации.
 - **Обеспечение адекватного внешнего дыхания:** смерть опьяневших чаще связана с нарушениями внешнего дыхания (западение языка, аспирация), на догоспитальном этапе требуется уложить опьяневшего с приподнятой верхней половиной туловища и повернутой на бок головой.
 - При западении языка – выдвигание и удержание нижней челюсти; при аспирации – удаление рвотных масс.
 - На этапе стационарной помощи – установка воздуховода или интубация.
 - Ускорение метаболизма алкоголя и восстановления функций ЦНС – в/в введение гипертонического раствора глюкозы 10% с 8 ЕД инсулина короткого действия и тиамином (В1) – 4.0 мл, можно добавить пирацетам 20 мл в\в струйно.
 - **Коррекция ацидоза и ощелачивания плазмы – гидрокарбонат натрия 200.0-400.0 мл в\в быстро капельно**
 - **Дыхательные analeптики (кордиамин, кофеин) применять не рекомендуется** – низкая эффективность и высокий риск побочных эффектов (судороги, вторичное угнетение дыхательного центра).
 - Допустимо однократно подкожно ввести 2 мл кордиамина или кофеин-бензоата натрия (но только после обеспечения проходимости верхних дыхательных путей)
 - **После выхода из комы (при правильном лечении за 1-3 часа) приходится сталкиваться с алкогольным абстинентным синдромом, судорожным синдромом.**

Алкогольный делирий

- В отличие от соматогенного всегда **связан с алкогольным абстинентным синдромом**, а не просто эпизодом алкоголизации
- Может возникать вне связи с соматическими заболеваниями или в связи с ними (но всегда в связи с абстинентным синдромом, в отличие от соматогенного делирия), часто **провоцируется развитием острого соматического заболевания или травмы во время запоя**, с последующим резким обрывом алкоголизации из-за соматического неблагополучия
- Развивается в период с **1-ых по 5-ые сутки после прекращения алкоголизации**
- Обычно в анамнезе есть **указания на перенесенные в прошлом делирии**
- Часто возникает после экстренных операций (травмы, панкреатит, кровотечения в ЖКТ, перфорация язвы и др.) у больных алкоголизмом в раннем послеоперационном периоде
- Часто начинается после судорожного припадка в абстиненции

- Характерна типичная динамика развития (стадии делирия)
- Практически всегда «период предвестников» (1 и 2 стадии делирия) длится часы !!!
- Характерно **выраженное психомоторное возбуждение**
- Обычно начинается как типичный делирий, но **при неправильном лечении может перейти в тяжелопротекающий (мусситирующий, профессиональный)**
- На фоне алкогольного делирия дестабилизируются имеющиеся у больного хронические заболевания
- Всегда сопровождается выраженными соматовегетативными и неврологическими расстройствами

Принципы лечения алкогольного делирия:

- 1) **Выявление сопутствующих состояний** (ЧМТ, пневмония, острая патология ЖКТ, отравления), которые могли спровоцировать делирий.
- 2) **Динамическая оценка состояния больного:** основных физиологических функций и ключевых лабораторных показателей
- 3) **Дезинтоксикационная терапия**
 - **кристаллоидные растворы** – в первую очередь – физиологический раствор (2\3 всего объема инфузии) с электролитами (хлорид калия 4% - 10-20 мл, сульфат магния 25% - 5-10 мл или аспаркам (панангин) – 10 мл), **объем инфузии по состоянию пациента**
 - **при дегидратации (рвота, диарея, гипергидроз) - 1.5-2 л жидкости без применения фуросемида при нормальном диурезе** (неоправданное применение петлевых диуретиков – частая причина утяжеления состояния больного – фуросемид мало влияет на отёк мозга, однако выводит электролиты больше чем мы вводим)
 - **при гипергидратации (при нарушении функции почек, сопровождается отеками)** объем инфузии до 1 л с последующим обязательным применением **фуросемида 2.0 в\в**; в процессе инфузии, **проверять электролиты и гематокрит**
 - **раствор глюкозы 5%** - после применения физ. р-ра, не более 1\3 объема инфузии, **обязательно сопровождается введением витамина В1 - 2.0-4.0 в\м** (если внутривенно – то только струйно, отдельно с другими препаратами; в капельницу добавлять нельзя),
в дальнейшем введение В1 в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м, **профилактика утяжеления делирия и развития энцефалопатии Гайе-Вернике!**

4. Пиридоксин (**В6**) 2.0 – 4.0 в\м – всегда отдельно с В1, не ранее чем через несколько часов после В1, с дальнейшим введением в течение недели ежедневно 2.0 в\м (В1-утром, В6 – вечером)
5. Аскорбиновая кислота (**витамин С**) – в/в струйно в процессе инфузии или в\м – 2.0-4.0
6. Применение бензодиазепиновых **транквилизаторов** в\м (лучше перед началом инфузии для успокоения больного т.к. дезинтоксикация в начале часто ведет к усилению тревоги и психомоторного возбуждения). В отличие от соматогенного делирия часто требуются большие дозы транквилизаторов (ускоренный их метаболизм у больных с высокой толерантностью к алкоголю, у пациентов, злоупотребляющих транквилизаторами, Корвалолом, при политоксикомании)
 - **S.Phenezepamі 0.1% -3.0-4.0 в\м** – при необходимости возможно повторное введение (не более 10 мл\сут),
 - **S.Diazepamі 0.5% - 4.0-6.0 в\м** – при необходимости - повторное введение (не более 12 мл\сут), применять транквилизаторы можно только убедившись в отсутствии тяжелой сопутствующей соматической патологии – в/в введение нежелательно (преимуществ нет, риск осложнений выше). Транквилизаторы применяются до выхода из делирия и дальше отменяются (риск зависимости и замедления восстановления функций нервной системы).
7. Для дополнительной седации можно применять **ФЕНИБУТ** (1 т утром и днем, 2-3 т на ночь) и **ТИАПРИД** (100-200 мг внутрь или в\м).
8. Применение **ноотропов, антигипоксантов и нейропротекторов** (см. соматогенный делирий)
9. При высоком артериальном давлении, тахикардии – применение b-блокаторов – **пропранолол, (анаприлин)** – 20-40 мг 2 раза в день или **метопролол** 25 мг 2 раза в день.

Осложненный и тяжелопротекающий алкогольный делирий

- **Осложненный алкогольный делирий** – присоединение к алкогольному делирию тяжелого острого заболевания или обострения хронического заболевания
- **Тяжелопротекающий делирий** – алкогольный делирий, протекающий с нарастающим угнетением сознания (отёк мозга) и развитием тяжелых вторичных соматовегетативных и неврологических расстройств.
- В основе лежит тяжелая дистрофия и массовая гибель нейронов, отёк головного мозга.
- Важный элемент патогенеза общий с острой энцефалопатией Гайе-Вернике – дефицит тиамина (В1).
- Тяжелопротекающий делирий и энцефалопатия Гайе-Вернике часто рассматриваются как единое состояние

Признаки утяжеления течения делирия:

- Обеднение галлюцинаторной симптоматики без прояснения сознания (т.н. «спутанность»)
- Переход в мусситирующий и профессиональный делирий
- Нарастание оглушения, снижение реакции на внешние раздражители
- Психомоторное возбуждение утихает и ограничивается пределами кровати («обирание»)
- Появление фебрильной лихорадки
- Дестабилизация гемодинамических показателей
- Появление грубой атаксии, тяжелого тремора туловища и конечностей
- Появление очаговых неврологических симптомов – в первую очередь – межъядерной офтальмоплегии
- Появление судорожных припадков

Причины тяжелого течения делирия:

- Длительный период алкоголизации (затяжной запой или длительное пьянство) с нарушением питания
- Употребление суррогатов алкоголя и комбинаций алкоголя с токсическими веществами (карбофос, дихлофос) и лекарствами (димедрол, корвалол)
- Присоединение соматического заболевания (пневмония, ОРВИ, панкреатит, рожистое воспаление, кишечная инфекция и др.) или травмы ЧМТ и травмы нечерепной локализации)

Принципы лечения:

Общие принципы соответствуют таковым при соматогенном и алкогольном делирии

Особенности

- транквилизаторы не применяются или применяются в минимальных дозах**
- для умеренной седации (если необходимо) предпочтителен оксибутират натрия т.к. он обладает антигипоксическими свойствами и его действие непродолжительное (нельзя применять при судорожном синдроме – понижает судорожный порог!!!)**
- применяются высокие дозы тиамина (В1) (4.0 в\м три раза в день)**
- проводится лечение, направленное на уменьшение отека мозга (только осмотический диуретик манитол в\в по схеме;**
- дексаметазон для уменьшения проницаемости ГЭБ;**
- при необходимости ИВЛ в режиме гипервентиляции**
- фуросемид, мочеви́на, гипертонический раствор глюкозы категорически противопоказаны!!! – их применение может привести к гибели больного**
- широко применяются антигипоксанты, ноотропы и нейропротекторы**

Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике

наиболее тяжелый вариант острого алкогольного психоза, рассматривается как тяжелый, прогностически неблагоприятный вариант алкогольного делирия.

Основные признаки заболевания:

1. Нарастающее угнетение сознания (переход из классического делирия в тяжелопротекающий делирий, глубокое оглушение, сопор и кому)
 2. Грубая мозжечковая атаксия
 3. Межъядерная офтальмоплегия и выраженный нистагм
- В основе заболевания – тяжелый дефицит тиамина (В1), приводящий к дистрофии нейронов головного мозга, отеку мозга и гибели клеток
 - Часто провоцируется введением глюкозы, «сжигающей» остатки тиамина в организме и неправильным лечением обычного алкогольного делирия.

Лечение проводится по принципам тяжелопротекающего делирия, по выходу из острого состояния **часто развивается корсаковский синдром** или **деменция**, особенно при несвоевременном лечении

Профилактика острых алкогольных психозов

- Лечение алкогольной зависимости (профилактика запоев)
- При развитии запоя – максимально быстрое и осторожное его купирование

Основные виды абстинентных синдромов

Абстинентный синдром (синдром отмены) – комплекс психических, соматовегетативных и неврологических нарушений, возникающих у зависимых лиц после прекращения приёма психоактивного вещества (ПАВ), возникает только во второй стадии зависимости от ПАВ.

Абстинентный синдром опасен высоким риском соматоневрологических осложнений и внезапной смерти, поэтому всегда является неотложным состоянием

1. Алкогольный абстинентный синдром – встречается наиболее часто:

- не следует путать с постинтоксикационным вегетативным синдромом у больных первой стадией алкоголизма и практически здоровых лиц после массивного употребления спиртного;
- у женщин и пожилых пациентов часто наблюдается зависимость от спиртосодержащих лекарственных настоек, а не спиртных напитков в традиционном виде, что так же необходимо учитывать.

2. Синдром отмены транквилизаторов и снотворных средств – наиболее распространена зависимость от феназепама и комбинированных барбитуратсодержащих седативных средств («корвалол», «валокордин» и др.)

3. Опиатный абстинентный синдром – синдром отмены героина и др. опиатов

Окончательный диагноз абстинентного синдрома может установить только психиатр (нарколог). Во избежание возможных юридических конфликтов с пациентами и их родственниками врачам других специальностей не рекомендуется ставить указанный диагноз окончательно в тех случаях, где возможна консультация психиатра (нарколога). Исключение: явная клиническая картина синдрома отмены, пациент сам подтверждает приём ПАВ, консультация психиатра или нарколога невозможна

Врачи непсихиатрических специальностей могут ставить предварительный диагноз абстинентного синдрома и обязаны оказать неотложную помощь.

Алкогольный абстинентный синдром (ААС)

одно из наиболее частых неотложных состояний - до $\frac{1}{4}$ всех пациентов нуждающихся в неотложной помощи.

Основные типичные клинические проявления:

- Тревога и двигательное беспокойство (вплоть до психомоторного возбуждения)
 - Выраженный тремор рук и туловища
 - Тахикардия, гиперемия кожных покровов, гипергидроз
 - Артериальная гипертензия
 - Бессонница
 - Выраженное влечение к алкоголю
- **клинические проявления носят неспецифический характер**, в сомнительных случаях (больной отрицает прием алкоголя) можно воздержаться от постановки диагноза, назначить симптоматическое лечение (транквилизаторы, антигипертензивные средства и др.) и предложить консультацию психиатра.
- Указанные проявления характерны для «типичного» ААС, однако, клиническая картина видоизменяется под влиянием сопутствующих заболеваний, возраста и др.
- Развитие острого соматического заболевания, травма приводят к обрыву алкоголизации и ААС разворачивается в стационаре, утяжеляя состояние больного.
- ААС часто возникает после экстренных операций у больных алкоголизмом в послеоперационном периоде.
- Алкоголизация и развитие ААС неминуемо **приводит к ухудшению течения** имеющихся у больного **хронических заболеваний**.
- Всегда сопровождается **электролитными расстройствами и гиперкатехоламинемией** – высокий риск внезапной смерти больного при несвоевременном и неправильном лечении.
- Часто осложняется развитием **судорожного синдрома и алкогольного делирия** – особенно при несвоевременном и неправильном лечении

Принципы ведения больных с ААС:

Лечение проводится в соматическом стационаре лечащим врачом пациента, под контролем психиатра (нарколога)-консультанта (перевод в психиатрический\нарк. стационар не показан)

При наличии соматического заболевания (травмы) проводится тщательное лечение этого заболевания параллельно с лечением алкогольного абстинентного синдрома (ААС):

Тщательное обследование для выявления нераспознанных соматических состояний (ААС часто маскирует серьёзные соматические состояния, так же часто он их провоцирует)

Динамическая оценка состояния больного (включая контроль основных физиологических функций и ключевых лабораторных показателей)

Дезинтоксикационная терапия – строго обязательно!!! - см. лечение алкогольного делирия – объем инфузии определяется состоянием больного и длительностью предшествующего запоя (обычно около 1 л физ-р-ра с электролитами в сутки в течение двух-трёх дней; растворы глюкозы применять только в дополнение к физ.р-ру и только после введения тиамина (В1))

Применение витаминов – строго обязательно!!!

Применение бензодиазепиновых транквилизаторов – строго обязательно !!! - см. лечение алкогольного делирия, обычно требуются меньшие дозы препаратов, предпочтительно введение основной дозы на ночь; предпочтительно дробное введение небольшими дозами в\м (например: S.Phenezepam 0.1% - 1.0-2.0 утром и днём, 2.0-3.0 на ночь в\м в течение двух-трёх дней);

для дополнительной седации можно применять ФЕНИБУТ (1 т утром и днем, 2-3 т на ночь) и ТИАПРИД (100-200 мг внутрь или в\м)

Применение ноотропов, антигипоксантов и нейропротекторов (пирацетам, мафусол, лиатилин, милдронат и др.)

При высоком артериальном давлении, тахикардии – применение б-блокаторов – пропранолол (анаприлин) – 20-40 мг 2-3 раза в день или метопролол 25 мг 2 раза в день с учётом противопоказаний возможно дополнительное применение сульфата магния 25% (магнесии) -5.0 в\м 1-2 раза в день;

Категорически противопоказано применение любых нейролептиков (исключение – тиаприд)

Героиновый абстинентный синдром (ГАС)

- В отличие от больных алкоголизмом, больные героиновой наркоманией обычно не скрывают факт зависимости и сами настаивают на лечении абстинентного синдрома.
- Абстинентный синдром имеет типичную клиническую картину, что в сочетании с данными анамнеза и объективного осмотра позволяет установить правильный диагноз.
- Героиновые наркоманы обычно поступают в соматический стационар в связи с передозировкой наркотика или развитием хирургических гнойных осложнений (абсцессы, флегмоны, острый тромбоз и др.).
- Реже госпитализация может быть в связи с бактериальным эндокардитом, сепсисом, декомпенсацией вирусного гепатита, пневмонией, оппортунистическими инфекциями (СПИД) и др.
- Достаточно часто наркоманы самостоятельно обращаются в соматический стационар с целью облегчения тяжёлого ГАС, симулируя при этом острое соматическое заболевание

Особенности ведения больных с героиновым абстинентным синдромом (ГАС):

- Если у пациента нет серьёзной сопутствующей патологии – рекомендуется перевод в наркологический стационар (в отличие от ААС) в связи с трудностью и длительностью лечения ГАС.
- При наличии серьёзной соматической патологии, препятствующей переводу, пациент продолжает лечение в соматическом стационаре под контролем психиатра (нарколога) – консультанта.
- ГАС отличается затяжным тяжёлым течением (по сравнению с ААС) – до 10-14 суток.
- У героиновых наркоманов в подавляющем большинстве случаев (более 90%) имеется микст-вирусный гепатит; очень часто имеется ВИЧ – инфекция и СПИД (в т.ч. с оппортунистическими инфекциями), поэтому предпочтительно назначение препаратов перорально (при возможности).
- Часто отмечаются явления политоксикомании (в т.ч. злоупотребление транквилизаторами, снотворными, димедролом, комбинированными барбитуратсодержащими и кодеинсодержащими препаратами) – в связи с этим обычно наблюдается гипертолерантность ко многим психофармакопрепаратам, а так же к средствам для проведения общей анестезии.

Лечение ГАС:

- дезинтоксикационная терапия обычно не проводится (если нет дополнительных соматических показаний) т.к. не улучшает состояние больного, но усиливает явления абстиненции
- допустимо применение **транквилизаторов** в таблетках или внутримышечно дробно (S.Diazepam 0.5% - до 12 мл\сут (таблетки до 60 мг\сут), S.Phenazepam 0.1% - до 10 мл\сут (таблетки до 10 мг\сут),
- **тиаприд** до 800 мг\сут в таблетках или в\м (2-3 приёма)
- **фенибут** – 2 таб утром и днём, 3 таб на ночь
- **ненаркотические анальгетики (НПВС)** в таблетках или в\м (кетопрофен и диклофенак наиболее эффективны и обладают наиболее сильным действием) в обычных суточных дозах
- **клофелин** – таблетки 0.075 мг – 2 таблетки три раза в день под контролем АД
- **поливитамины** перорально (обязательно с содержанием витаминов группы «В»)
- Указанные препараты применяются совместно с учётом состояния больного (противопоказаний)
- Нейролептики (кроме тиаприда) использовать крайне нежелательно – высокий риск тяжёлых побочных эффектов в сочетании с низкой эффективностью !!!
- К сожалению, даже после выполнения всех рекомендаций у больных сохраняются симптомы ГАС, больные требуют повышения доз лекарственных препаратов.
- Следует быть готовым к шантажному и криминальному поведению таких больных, важно проявлять строгость в работе с такими пациентами, что не отменяет принципов гуманности.
- Необходимо наладить с больным терапевтический контакт («лекарства не устраняют, но облегчают симптомы»; «лечение в обмен на соблюдение режима»)

Синдром отмены транквилизаторов и снотворных средств

- Зависимость от транквилизаторов и снотворных встречается как в изолированном виде, так и в сочетании с алкогольной зависимостью (часто осложняет течение алкоголизма и ААС).
- Наиболее часто встречается зависимость от **феназепама, нитразепама, диазепама и фенobarбитала** другие препараты – реже.
- Среди пожилых пациентов, женщин и больных алкоголизмом широко распространена зависимость от **комбинированных седативных препаратов, содержащих фенobarбитал** («Корвалол», «Валокордин», «Валосердин», «капли Морозова» и др.)
- **Абстинентный синдром часто бывает тяжёлым и длительным (до двух недель)**
- **Часто осложняется судорожными припадками, эпилептическим статусом и развитием делирия**

Клинические проявления:

1. **Выраженная тревога и беспокойство (вплоть до психомоторного возбуждения)**
2. **Бессонница**
3. **Мышечные подергивания (миоклонии)**
4. **Выраженный тремор рук**
5. **Судорожные припадки**

Лечение синдрома отмены транквилизаторов :

В основе лечения лежит применение самих транквилизаторов и снотворных с постепенным медленным снижением дозы и последующей полной их отменой

- Можно применять тот же препарат, который принимал больной
- Можно использовать феназепам или диазепам в таблетках
- Доза транквилизатора (снотворного) подбирается эмпирическим путём – назначается та доза, которая значительно уменьшит явления абстиненции; в дальнейшем эта доза медленно снижается – не более чем на 1\5 за три дня (т.к. речь идёт об «учётных» препаратах – лучше проводить лечение под контролем психиатра (нарколога).
- Если речь идёт о пожилom пациенте, зависимом от «Корвалола» и сходных препаратов или пациенте с серьёзной соматической патологией – лучше не отменять препарат и позволить больному принимать его (без записи в и\б) во избежание ухудшения состояния (развития синдрома отмены);
- После выписки из стационара рекомендовать плановое лечение у нарколога

Передозировка опиатов или опиоидов

Наиболее часто встречается передозировка наркотика у героиновых наркоманов

Чаще происходит после проведения курса лечения (снижение толерантности) или при приобретении больным наркотика в непривычном месте (продаваемый порошок представляет собой героинсодержащую смесь произвольного состава с разной концентрацией наркотика)

Часто происходит при комбинации героина с транквилизаторами и снотворными средствами

Клиническая картина:

- Нарастающая утрата сознания
- Нарастающее угнетение дыхания (острая дыхательная недостаточность по нескольким механизмам)
- Артериальная гипотензия
- Резкий миоз (при глубокой коме сменяется мидриазом)

Неотложная помощь при передозировке опиатов или опиоидов:

Оценить состояние больного – кожные покровы, пульс, спонтанное дыхание, АД, внешние признаки повреждений и травм, следы внутривенных инъекций (следы подкожных инъекций – диабет !!!), грубые очаговые и менингеальные симптомы, пальпация живота;

1. При отсутствии пульса и\или спонтанного дыхания **немедленно начать реанимационные мероприятия;**
2. Ввести больному **в/в последовательно 1 мл налоксона, 40 мл 40% глюкозы и 4 мл тиамина.** При отсутствии эффекта через 2-3 минуты ввести еще **1 мл налоксона**
 - При отсутствии эффекта введение налоксона можно повторять несколько раз с интервалом **2-3 минуты**
 - При изолированной передозировке героина сознание должно быстро восстановиться
 - Если после введения 4 мл налоксона нет положительной динамики (восстановление спонтанного дыхания и сознания) следует подумать о других причинах развития комы

Госпитализировать пациента в отделение реанимации (интенсивной терапии)

Особенности !!!:

- Ведение налоксона часто требуется повторять, т.к. его действие значительно короче чем у героина и за периодом улучшения может последовать повторное развитие комы

Острые отравления психотропными препаратами

Носят **преднамеренный** (суицид, наркомании) или **случайный** характер (в т.ч. у пожилых и детей).

Часто встречаются:

- **при наркоманиях, политоксикоманиях и алкоголизме,** больные комбинируют высокие дозы психотропных средств с целью вызывания опьянения или облегчения явлений абстиненции
- **среди пациентов с психическими расстройствами,** которым психотропные препараты назначаются с лечебной целью

Часто встречаются отравления транквилизаторами, антидепрессантами и снотворными средствами, реже нейролептиками и антиконвульсантами.

Клиническая картина отравления

СОСТОИТ ИЗ **неспецифических и специфических** СИМПТОМОВ:

1. **основной неспецифический симптом** – **утрата сознания** (от оглушения до глубокой комы)
2. **специфические симптомы** зависят от особенностей фармакодинамического действия:
 - **угнетение дыхания** барбитуратами,
 - **артериальная гипотензия** при альфа-адренолитическом действии препаратов,
 - **антихолинергический синдром и делирий** при М-холинолитическом действии,
 - **серотониновый синдром** при отравлении СИОЗС,
 - **аритмогенные эффекты** при хинидиноподобном действии трициклических антидепрессантов

Частая причина отравления – **применение недопустимых комбинаций различных лекарственных препаратов по вине врача !!!** Перед назначением нового лекарственного препарата врач обязан собрать у пациента подробный лекарственный анамнез и убедиться в безопасности назначения нового лекарства

Лечение отравлений

СОСТОИТ ИЗ ДВУХ ОСНОВНЫХ ЭТАПОВ:

- реанимационные мероприятия и стабилизация жизненно важных функций
(уже на этом этапе положено ввести последовательно 40% глюкозу 40 мл, тиамин (В1) 4 мл и налоксон 2 мл - если принятый пострадавшим препарат неизвестен),
параллельно с этим проводится обследование больного
- специфическое лечение отравления после установки диагноза (включая антидоты при возможности)

Острые отравления психотропными препаратами

Амитриптилин и другие трициклические антидепрессанты – кома или делирий, выраженный холинолитический синдром, артериальная гипотензия, нарушения ритма сердца, высокий риск желудочковой тахикардии и фибрилляции – отравления отличаются высокой летальностью из-за нарушений сердечного ритма - специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое, диализ неэффективен

Аминазин и сходные препараты (тизерцин, хлорпротиксен) – угнетение сознания, выраженная артериальная гипотензия, холинолитический синдром - специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое, диализ неэффективен

Тиоридазин – угнетение сознания, высокий риск желудочковых аритмий и внезапной смерти - специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое

Феназепам и другие бензодиазепины (диазепам, нитразепам и др.) – нарастающее угнетение сознания – антидот – флумазенил, при нарушениях дыхания – перевод на ИВЛ, диализ малоэффективен

Барбитураты (фенобарбитал, комбинированные барбитуратсодержащие препараты, бензонал и др.) – кома и угнетение дыхания – антидота нет, показан перевод на ИВЛ до восстановления спонтанного дыхания и форсированный диурез с ощелачиванием плазмы

Галоперидол и сходные препараты (клопиксол, трифтазин) – психомоторное возбуждение, повышение мышечного тонуса, острая дистония, судорожные припадки – антидот отсутствует, диализ неэффективен, лечение симптоматическое

Антидепрессанты группы СИОЗС (флуоксетин, сертралин, пароксетин и др.) – психомоторное возбуждение, судороги, рвота. Антагонисты серотонина - метисергид, ципрогептадин, бета-адреноблокаторы (пропранолол) способствуют более быстрому восстановлению, диализ неэффективен.

Карбамазепин – нарастающее угнетение сознания или делирий – специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое, диализ неэффективен.

Опасные и нежелательные комбинации лекарственных средств

Пациент может отказаться сообщать врачу об имеющемся у него диагнозе психического заболевания (это полное право пациента), но назвать принимаемый психотропный лекарственный препарат.

Наиболее частые опасные и нежелательные комбинации психотропных препаратов с соматотропными средствами и между собой:

- Гипотензивные средства и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- Антиаритмические препараты и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- Антигистаминные средства и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- Средства для наркоза (общие анестетики, миорелаксанты) и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- Антидепрессанты\нейролептики и адреномиметики (включая средства для симптоматического лечения ОРВИ и средства для лечения бронхиальной астмы)
- Антидепрессанты\нейролептики и симпатомиметики (включая средства для симптоматического лечения ОРВИ и средства для лечения бронхиальной астмы)
- Антидепрессанты и наркотические анальгетики
- Антибиотики (антибактериальные химиопрепараты) и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- Противогрибковые химиопрепараты и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- Противовирусные препараты и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты

Острые осложнения при применении психотропных средств

В отличие от отравлений указанные реакции возникают при применении терапевтических доз препаратов (в том числе и по правильным показаниям)

- **Лекарственный делирий** – возникает при приеме препаратов с холинолитическим действием (амитриптилин, тиоридазин, димедрол, аминазин и др.), особенно у пожилых и соматически ослабленных больных (у них даже однократное назначение таких препаратов может спровоцировать делирий);

Клиническая картина соответствует сочетанию делирия с антихолинергическим (холинолитическим) синдромом (сухость кожи и слизистых, жажда, нечеткость зрения, мидриаз, тахикардия, гипертермия, задержка мочи и стула, делирий со «спутанностью»);

Лечение: обязательная отмена препарата, симптоматическая терапия, лечение проводится в соматическом стационаре по принципам лечения соматогенного делирия ;

- **Острая дистония** – возникает при приеме нейролептиков и метоклопрамида (в т.ч часто при однократном назначении) проявляется произвольными сокращениями различных групп мышц (наиболее часто – мышцы шеи и лица, мышцы грудной клетки), является крайне мучительным и иногда опасным симптомом (нарушения дыхания).

Серотониновый синдром – острое осложнение, развивающееся при приёме серотонинергических средств (наиболее часто при приёме СИОЗС и других серотонинергических антидепрессантов) или их комбинации с другими лекарственными препаратами.

Клиника: тревога, агитация, делирий, гиперрефлексия, гипергидроз, грубая атаксия, миоклонии, лихорадка, тошнота и рвота (должны присутствовать более трёх симптомов вместе после назначения/изменения дозы серотонинергического лекарственного препарата); Степень выраженности симптомов может быть различной;

Лечение: отмена всех принимаемых больным серотонинергических средств, госпитализация в реанимационное отделение; интенсивная симптоматическая и патогенетическая терапия (включая поддержание гемодинамики и газового состава крови, коррекцию КЩС и электролитов, дезинтоксикационную терапию; диазепам для купирования психомоторного возбуждения);

Злокачественный нейролептический синдром – может возникать при терапии нейролептиками и метоклопрамидом – редкое и очень опасное осложнение с высокой летальностью;

Клиническая картина: гипертермия, нарастающее угнетение сознания и мышечная ригидность – симптомы могут развиваться при однократном применении нейролептика (или метоклопрамида) или увеличении его дозы;

Степень выраженности симптомов может быть различной;

Лечение: немедленная отмена всех принимаемых больным лекарственных препаратов, госпитализация в реанимационное отделение; показано осторожное охлаждение больного (холод на область крупных сосудов), интенсивная симптоматическая и патогенетическая терапия (дантролен или сульфат магния в\в как специфическое лечение; интенсивная инфузионная терапия, поддержание гемодинамики и газового состава крови, коррекция КЩС и электролитов, интенсивная дезинтоксикационная терапия.

Фебрильная шизофрения

Для отнесения фебрильных приступов к фебрильной шизофрении требуются следующие критерии:

- острое развитие приступа шизоаффективной структуры с кататоническими включениями;
- быстрое (в течение от 1 до 5 дней) появление температурной реакции вне связи с каким-либо соматическим заболеванием и приемом нейролептических средств.

Неотложная помощь:

- при наличии лихорадки — регионарная гипотермия крупных сосудов — мешки со льдом на область сонной артерии, подмышечные и паховые области;
- амидопирин 10-20 мг 4%-ного раствора внутримышечно;
- для стабилизации сосудистого тонуса: кордиамин 1 мл подкожно,
- при остром снижении артериального давления — мезатон внутривенно в дозе 0,1—0,5 мл 1%-ного раствора в 40 мл 5—20—40%-ного раствора глюкозы;
- преднизолон 60—120 мг капельно с 5%-ным раствором глюкозы или изотоническим раствором натрия хлорида;
- для предупреждения отека мозга, стабилизации вегетативных функций, уменьшения проницаемости сосудов — эуфиллин 10мл 2,4%-ного раствора в/в или 1 мл 24%-ного раствора в/м, лазикс 20 мг в/м или в/в, антигистаминные препараты: димедрол — 2 мл 1%-ного раствора, пипольфен — 2 мл 2,5%-ного раствора внутримышечно, аскорбиновая кислота 10 мл 5%-ного раствора внутривенно.

Судорожный синдром

эпилептические или чаще **симптоматические** судорожные припадки, на фоне:

1. Абстинентного синдрома,
2. Интоксикаций,
3. Высокой лихорадки,
4. Различной патологии церебральных сосудов,
5. Реакция на введение лекарственных препаратов –
 - витаминов особенно группа «В» и никотиновая кислота,
 - антибиотиков,
 - аналептиков,
 - антигистаминных и др.

Такой припадок длится обычно 30-90 секунд и имеет характерную клинику

- **Серия припадков** – несколько припадков за короткий промежуток времени, разделенных периодами восстановления сознания
- **Эпилептический статус** – повторяющиеся генерализованные судорожные припадки, между которыми сознание больного полностью не восстанавливается

Во время припадка:

- по возможности упредить падение больного
- уложить (повернуть) больного на бок и подложить что-нибудь мягкое под голову (одежда, сумка, подушка и др.)
- удерживать голову аккуратно, без применения большой силы
- нельзя с силой удерживать конечности – может случиться вывих или повреждение связок
- нельзя вставлять твердые предметы и инструменты между зубами (во избежание травмы), допустимо при наличии возможности вложить свернутую ткань
- во время припадка препараты не вводят

После припадка:

- Проверить проходимость дыхательных путей
- При необходимости остановить кровотечение из языка путем прижатия (больной находится в состоянии оглушения)
- Проверить пульс, АД, ЧДД, грубые очаговые и менингеальные симптомы
- Оценить травмы, полученные в ходе припадка (особенно травмы головы)
- При повторных припадках, между припадками ввести в\м S. Diazepam 0.5%-4.0 или S. Phenazepam 0.1%-3.0 и р-р сульфата магния



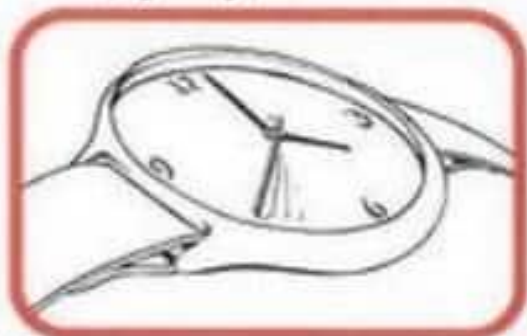
Положить голову на подушку, снять очки



Ослабить тугую одежду



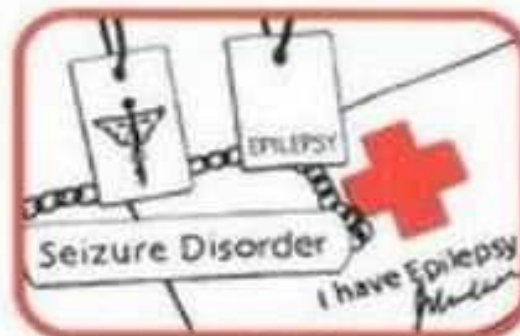
Перевернуть набок



Отследить длительность припадка



Ничего не класть больному в рот



Поискать ID браслет с информацией



Не фиксировать тело больного в припадке



Когда человек придет в сознание...



предложите ему помощь

Эпилептический статус

- Неотложная помощь на этапе первой врачебной помощи как при повторных припадках
- Перевод в реанимационное отделение (вызов реанимационной бригады СП)
- На этапе специализированной помощи (реанимационная бригада СП, реанимационное отделение):
 - 1) при отсутствии эффекта от указанных выше мероприятий: – внутривенное введение раствора тиопентала или гексенала (титрация дозы) со вспомогательной вентиляцией легких при необходимости
 - 2) при дальнейшем отсутствии эффекта – общий наркоз, миорелаксанты, эндотрахеальная ИВЛ,
 - 3) интенсивная терапия в полном объеме (поддержание гемодинамики, контроль газового состава крови, коррекция КЩС и электролитов крови, борьба с отеком мозга, антигипоксанты, нейропротекторы)
 - 4) полное физикальное, лабораторное и инструментальное обследование для поиска причины эпилептического статуса и направленной этиотропной и патогенетической терапии (в первую очередь необходимо исключить ЧМТ, ОНМК, острые нейроинфекции, объемные образования головного мозга)