

Украинская военно-медицинская академия МО Украины
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

О.Г. Сыропятов, А.К. Напреенко, Н.А. Дзеружинская,
О.В. Друзь, Н.Ю. Петрина

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В НАРКОЛОГИИ

Смерть въ больницѣ отъ пьянства.



Олег Сыропятов

**Неотложные состояния в
наркологии. Учебное пособие**

«Автор»

2013

Сыропятов О. Г.

Неотложные состояния в наркологии. Учебное пособие /
О. Г. Сыропятов — «Автор», 2013

Пособие по неотложной наркологии в первую очередь предназначено для учебного процесса, а также для использования в ежедневной практике семейными врачами. Первый раздел посвящён оказанию неотложной помощи наркологическим больным. Второй раздел пособия состоит из описания основных лекарственных средств, используемых в наркологии. Книга адресована и врачам-наркологам, психиатрам, интернистам и смежным специалистам — психологам, социальным работникам и др.

© Сыропятов О. Г., 2013

© Автор, 2013

Содержание

Раздел I	6
1. Общие вопросы неотложной помощи	8
1.1. Определение понятия и виды неотложных состояний	8
1.2. Тактика медицинской помощи при неотложных состояниях в психиатрии и наркологии	9
1.3. Место проведения лечения	11
1.4. Документальное оформление консультации психиатра	11
2. Частные вопросы неотложной помощи	13
2.1. Экзогенная интоксикация	13
2.1.1. Алкогольная интоксикация	13
2.1.2. Опиатная интоксикация	13
2.1.3. Интоксикация каннабиноидами	14
2.1.4. Интоксикация психостимуляторами	14
2.1.5. Интоксикация барбитуратами	14
2.1.6. Интоксикация бензодиазепинами	14
2.1.7. Интоксикация летучими органическими веществами (ЛОВ)	14
2.1.8. Интоксикация психотомиметиками	15
2.1.9. Интоксикация средствами с антихолинергическим действием (тригексифенидил, дифенгидрамин, алкалоиды красавки и др.)	15
2.2. Терапия экзогенных интоксикаций	15
2.2.1. Неотложная помощь	15
2.2.2. Коррекция водно-электролитного обмена	15
2.2.3. Психомоторное возбуждение	17
2.3. Синдром лишения пав (абстинентный синдром)	19
2.3.1. Алкогольный абстинентный синдром (ААС)	20
2.3.2. Героиновый абстинентный синдром (ГАС)	22
Конец ознакомительного фрагмента.	25

О.Г. Сыропятов, А.К. Напреенко, Н.А. Дзеружинская, О.В. Друзь, Н.Ю. Петрина

Неотложные состояния в наркологии: Учебное пособие

Украинская военно-медицинская академия МО Украины
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

Рецензенты:

В.А. Вербенко – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии, психотерапии, наркологии с курсом общей и медицинской психологии Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского;

В.А. Солдаткин – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Ростовского государственного медицинского университета.

Смерть въ больницѣ отъ пьянства.



Раздел I

Неотложная наркология для семейных врачей

В последние десятилетия наблюдается увеличение числа критических, угрожающих жизни состояний у наркологических больных, что привело к созданию нового направления – неотложной наркологии. Объем информации, которой должны овладеть семейные врачи, возрастает с каждым годом и уже на настоящем этапе развития медицинского образования превышает возможности для усвоения. В аспекте неотложной наркологии изучена взаимосвязь между клинической картиной и нарушением обмена медиаторов в ЦНС, доказана роль иммунной системы и генетических факторов, усовершенствована система помощи этим больным с использованием новых медицинских технологий и лекарств и т. д. Изучение неотложных состояний в медицине является строго обязательным для выпускника медицинского ВУЗа и врача любой специальности. Вопросы диагностики и лечения неотложных состояний являются наиболее важным элементом подготовки семейного врача. Все неотложные состояния являются междисциплинарными, так как в критической ситуации в патологический процесс вовлекаются все системы организма человека, в результате чего их клинические проявления бывают исключительно многообразными. Поэтому для своевременной диагностики и лечения неотложных состояний недостаточно владеть знаниями только в какой-то одной области неотложной медицины.

Под неотложным состоянием в реаниматологии понимают наиболее острый период заболевания, когда в результате воздействия внешних факторов или при неблагоприятном развитии имеющихся болезненных процессов возникают тяжёлые расстройства жизненно важных физиологических функций. В наркологии неотложные состояния могут развиваться при остром отравлении психоактивными веществами (ПАВ) – выраженная интоксикация, интоксикационный психоз; тяжёлом течении заболевания зависимости – судорожный синдром, делирий; сопутствующей соматической или неврологической патологии – энцефалопатия, сердечно-сосудистая недостаточность; в результате резистентности или интолерантности к проводимой терапии. Знания из различных специальностей, по мере их получения, встраиваются в единую систему знаний врача и позволяют эффективно оказывать помощь. При осуществлении неотложной помощи проверяются профессиональные качества, уровень знаний и умений врача.

Введение института семейной медицины – одно из главных условий проведения реформы здравоохранения в Украине. Подготовка специалиста в западных странах по данному направлению длится в среднем 10–15 лет, из них около пяти лет она совмещена с практической работой. Врачи по профилю семейных специалистов выпускаются отечественными вузами только с 2001 года. Правда, с каждым годом увеличивается количество педиатров и терапевтов, переучивающихся на семейных врачей. Все это приводит к одному знаменателю: на место узкопрофильных специалистов, знающих специфику определенной сферы медицины, чаще всего приходит неопытная молодежь, которая должна уметь оказать терапевтическую, хирургическую, педиатрическую и другие виды неотложной помощи. То, что отечественная система медицинского обеспечения нуждается в реформировании, подтверждается данными социологических опросов: около 80 % наших граждан считают систему здравоохранения неэффективной. При этом даже в соседней Беларуси, в которой уже создано сеть «семейных» медицинских кабинетов, обращение пациентов к семейному врачу стало обыденным явлением. Полноценный переход Украины на новые стандарты медицинского обслуживания должен произойти до 2020 года. И хотя первые кабинеты семейной медицины в Украине были созданы

еще в 2000 году, их существующая сеть не способна удовлетворить потребности населения в получении качественной медицинской помощи.

В настоящем методическом пособии в краткой форме даются рекомендации по тактике оказания медицинской помощи, вопросам диагностики и лечения неотложных состояний в психиатрии и наркологии.

1. Общие вопросы неотложной помощи

Умение распознать неотложное состояние и оказать необходимую помощь является обязанностью врача любой специальности, что регламентируется рядом специальных правил и законодательных актов. Согласно государственному образовательному стандарту (ГОС), врач – выпускник по специальности «лечебное дело» подготовлен для диагностики и оказания первой помощи при неотложных состояниях. Формирование личности компетентного специалиста в процессе обучения является залогом будущего страны. Готовность оказать необходимую неотложную медицинскую помощь отражена в «Клятві лікаря», которую дают все выпускники медицинских ВУЗов Украины.

Кроме того, согласно статьи 139 Карного кодексу України (так же, как и статьи № 124 УК Российской Федерации): «Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, 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».

1.1. Определение понятия и виды неотложных состояний

Неотложное состояние – это состояние, которое представляет угрозу для жизни пациента и поэтому требует проведения безотлагательных мер по диагностике, лечению и определению дальнейшей тактики ведения больного.

Понятие «неотложные состояния в психиатрии и наркологии» является условным, так как нет практически ни одного неотложного состояния, которое сопровождалось бы нарушением лишь психических функций и не вовлекало бы других систем организма. В ряде руководств в эту группу относят неотложные состояния, развивающиеся только в рамках психических заболеваний, алкоголизма, наркоманий и токсикоманий и исключают острые психические расстройства при соматических заболеваниях. В практической медицине применяется более широкая трактовка, согласно которой следует относить к «неотложным состояниям в психиатрии» все неотложные состояния, независимо от их нозологической принадлежности, сопровождающиеся выраженными психическими нарушениями.

Таким образом, возможно выделение нескольких принципиально различных групп неотложных состояний, протекающих с выраженными психическими нарушениями:

- неотложные состояния, развивающиеся в рамках течения собственно психических заболеваний (например, суицидальные действия при меланхолической депрессии);
- неотложные состояния, развивающиеся в рамках алкоголизма, наркоманий и токсикоманий (например, алкогольный делирий, передозировка героина);
- неотложные соматические состояния, протекающие с присоединением выраженных психических расстройств (например, соматогенный делирий при перитоните);
- неотложные состояния, развивающиеся как осложнения (нежелательные явления) при плановом применении психотропных препаратов в психиатрической и соматической практике (например, острая дистония, серотониновый синдром).

Главная особенность всех вышеперечисленных неотложных состояний – сочетание выраженных психических и соматических нарушений, что требует от врача, оказывающего помощь, достаточных знаний как психиатрии, так и других разделов медицины (терапия, неврология, хирургия и др.). Врачам скорой (неотложной) помощи и врачам соматических стационаров в большинстве случаев приходится сталкиваться с неотложными соматическими состояниями, протекающими с выраженными психическими расстройствами и с неотложными состояниями

при алкоголизме и наркоманиях. Проблема неотложных состояний у наркологических больных состоит в разнообразии клинических проявлений, высокой частоте развития смешанных форм, тенденции к быстрому развитию и затяжному течению.

Основные правила оказания неотложной помощи в психиатрии и наркологии

- На центральном месте – врачебная беседа.
- Учет особенностей окружающей обстановки.
- Для психофармакотерапии достаточно одного соответствующего лекарственного средства: антипсихотика, антидепрессанта, бензодиазепина или противосудорожного препарата.
- Учет правовых аспектов в соответствии с Законом о Психиатрической помощи.

Необходимая отчетная документация в неотложной психиатрии

- Оформление документации по аспектам организации помощи в конкретном случае (обнаружение – выявление – оповещение – ведение)
 - Подробное описание психопатологического статуса, включая незначительные детали
 - Подробное описание соматического статуса, включая незначительные детали
 - Данные лабораторных исследований
 - Информация об имеющихся психических заболеваниях
 - Данные субъективного анамнеза
 - Предполагаемый диагноз
 - План лечения
 - Этапы конкретных лечебно-диагностических мероприятий
- Оформление документации по правовым аспектам (ограничению свободы, фиксации, информированию пациента и вышестоящих инстанций с указанием времени оказания помощи).

1.2. Тактика медицинской помощи при неотложных состояниях в психиатрии и наркологии

Тактика медицинской помощи при неотложных состояниях в психиатрии и наркологии зависит от тяжести состояния больного и условий оказания помощи, она определяется Законом Украины «Про психіатричну допомогу» (2000):

1) в случае необходимости реанимационные мероприятия должны проводиться безотлагательно. Нередко острые психические нарушения сопровождают серьезную дестабилизацию соматического состояния и предшествуют развитию клинической смерти (например, психомоторное возбуждение на фоне нарастающей дыхательной недостаточности);

2) если больной нуждается в экстренной терапевтической, хирургической, токсикологической помощи, она должна быть оказана в первую очередь в положенном объеме. Даже выраженные психические расстройства не являются основанием для отказа больному в экстренной соматической помощи;

3) если психические расстройства (обычно это психомоторное возбуждение) препятствуют проведению экстренных диагностических и лечебных манипуляций, их купирование, не дожидаясь консультации психиатра, должен провести врач, оказывающий неотложную помощь;

4) после выполнения всех необходимых экстренных диагностических и лечебных манипуляций, в том случае если психические нарушения сохраняются, больной должен быть осмотрен психиатром:

в стационаре общего профиля – при наличии штатного психиатра-консультанта, он должен быть вызван для консультации и осмотра больного;

вне стационара (дома, на улице, в амбулаторном учреждении, на предприятии, в общественном месте) или в стационаре при отсутствии психиатра-консультанта – вызов бригады скорой психиатрической помощи (СПП).

В настоящее время в некоторых многопрофильных соматических стационарах имеются штатные психиатры-консультанты. В его обязанности входят: постановка диагноза психического расстройства, решение вопроса о месте лечения больного, назначение психофармакотерапии и контроль за ее проведением в том случае, если пациент продолжает лечение в соматическом стационаре.

Скорая психиатрическая помощь выезжает в общественные места, на предприятия и в организации, на улицу, в квартиры, в медицинские учреждения. Вызовы принимаются от медицинских работников, сотрудников милиции, руководителей предприятий и организаций (при отсутствии медработников) и прямых родственников больного. При развитии психотического состояния на улице или в общественном месте следует вызывать сотрудников милиции, которые, в свою очередь, вызывают бригаду СПП. При развитии психотического состояния на предприятии или в организации вызов СПП осуществляет штатный медработник. Вызовы в квартиры принимаются от прямых родственников больного или от соседей при отсутствии прямых родственников. От посторонних лиц вызовы принимаются только в случае общественно опасных действий больного.

Скорая психиатрическая помощь не может привлекаться для плановых консультаций пациентов с психическими расстройствами в соматических стационарах. Эта функция возложена на психиатра-консультанта стационара, а при его отсутствии обеспечивается психиатрами районного психоневрологического диспансера. В соматические стационары бригада СПП выезжает в двух основных случаях. Во-первых, для обеспечения перевода больного, находящегося в остром психотическом состоянии, в психиатрический стационар (после принятия решения о переводе психиатром-консультантом стационара). Во-вторых, к пациентам, находящимся в остром психотическом состоянии для осмотра и решения вопроса о дальнейшем лечении, если психиатр-консультант не может быть привлечен для осмотра (ночное время при отсутствии круглосуточной дежурной службы, выходные и праздничные дни). До вызова бригады СПП во всех случаях лечащему врачу необходимо установить предварительный **синдромальный диагноз** психотического состояния и приступить к оказанию неотложной помощи.

До прибытия бригады СПП (прихода психиатра-консультанта) пациент с выраженными психическими расстройствами, если позволяет его соматическое состояние, должен быть переведен в отдельное помещение на первом этаже стационара (изолятор или отдельная палата), и должно быть обеспечено постоянное наблюдение за состоянием больного (пост медсестры).

Таким образом, непосредственное оказание неотложной помощи и постановка синдромального диагноза психического (поведенческого) расстройства является обязанностью лечащего (дежурного) врача соматического стационара. Врач-психиатр присоединяется к оказанию неотложной помощи лишь в дальнейшем, он отвечает за постановку нозологического диагноза и определение места лечения больного. В случае если пациент продолжает лечение в соматическом стационаре, психиатр – консультант назначает лечение и контролирует его проведение. Решение о переводе или госпитализации пациента с психическими расстройствами в психиатрический стационар (психосоматическое отделение), может быть принято только врачом-психиатром.

1.3. Место проведения лечения

Место проведения лечения определяется состоянием больного. Если психические нарушения, сопровождающие соматическое заболевание, могут быть купированы непосредственно в многопрофильном стационаре или они не препятствуют нахождению в отделении, пациент продолжает лечение в соматическом стационаре (например, сочетание алкогольного абстинентного синдрома с обострением хронического панкреатита – терапию проводит лечащий врач больного с участием психиатра (нарколога) – консультанта).

В психиатрический/наркологический стационар переводятся (госпитализируются) пациенты с психическими расстройствами, соматическая патология которых не определяет тяжесть состояния и не требует нахождения в соматическом стационаре. Например, пациент, страдающий меланхолической депрессией, нанес себе поверхностные самопорезы в области предплечья – после проведения первичной хирургической обработки раны и наложения швов он должен быть переведен в психиатрический стационар.

При сочетании тяжелой соматической патологии с выраженными психическими расстройствами, препятствующими нахождению в обычном соматическом отделении, больные переводятся (госпитализируются) в специализированное психосоматическое (соматопсихиатрическое) отделение (например, у пациента наблюдается сочетание маниакального синдрома с открытым переломом костей голени – после выполнения оперативного вмешательства пациент продолжает лечение в психосоматическом отделении).

Если в клинической картине доминирует тяжелое соматическое состояние или оно угрожает жизни больного, пациент продолжает лечение в соматическом стационаре (отделении реанимации) при участии штатного психиатра-консультанта (например, делирий на фоне перитонита – лечение проводится в реанимационном отделении).

Категорически запрещено оставлять пациента с выраженными психическими расстройствами под наблюдением соседей по палате, родственников, сотрудников охраны стационара. Наблюдение за больным должны осуществлять врач или медсестра.

При нарушениях поведения у пациентов, находящихся в алкогольном или наркотическом опьянении, вызов СПП может быть осуществлен только после протрезвления пациента (если психические нарушения сохраняются) и проведения полного физикального обследования для исключения серьезной соматической патологии. Преходящие нарушения поведения, обусловленные простым алкогольным или наркотическим опьянением, не являются основанием для вызова СПП и перевода пациента в психиатрический стационар. Такие пациенты в дальнейшем (в плановом порядке) могут быть осмотрены психиатром (наркологом) – консультантом стационара.

В случае агрессивных действий пациента с психическими расстройствами (непосредственная опасность для окружающих) для оказания помощи могут быть привлечены сотрудники милиции (в соответствии с Законом України «Про міліцію»).

1.4. Документальное оформление консультации психиатра

Во всех случаях показания к консультации психиатра (нарколога) или показания к вызову СПП должны быть отражены врачом в истории болезни (амбулаторной карте) в виде описания психического статуса и предварительного синдромального диагноза (например: делириозный синдром, депрессивный синдром с суицидальными намерениями, галлюцинационно-параноидный синдром).

Если психическое состояние больного позволяет, особенно при сомнениях врача в наличии психических нарушений психотического уровня, следует обсудить консультацию непо-

средственно с пациентом, получить его письменное согласие на осмотр психиатра и приложить его к истории болезни.

При наличии выраженных психотических расстройств, представляющих угрозу для больного и окружающих, или при беспомощности пациента (слабоумие), его письменное согласие на осмотр психиатра не требуется, что так же должно быть отражено в истории болезни.

Порядок проведения психиатрического освидетельствования регламентируется статьями №№ 7, 11 Закона України «Про психіатричну допомогу». Порядок проведения госпитализации (перевода) в психиатрический стационар, в том числе в недобровольном порядке, регламентируется статьями №№ 13–17 этого же закона.

2. Частные вопросы неотложной помощи

К основным неотложным состояниям в психиатрии и наркологии относятся:

- экзогенная интоксикация
- психомоторное возбуждение
- ступор, кататония
- суицидальное и аутоагрессивное поведение
- судорожные припадки и эпилептический статус
- неалкогольный (соматогенный) делирий
- аментивный синдром
- алкогольный делирий (осложненный и неосложненный)
- острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике
- синдромы выключения сознания
- отказ от еды в связи с психическими расстройствами
- тяжелое (глубокое) алкогольное опьянение
- передозировка опиатов или опиоидов
- абстинентные синдромы
- панические атаки и вегетативные кризы (острое состояние страха или паники)
- отравления психотропными препаратами
- острые осложнения при применении психотропных препаратов (злокачественный нейрорептический синдром, серотониновый синдром).

Возможные причины неотложных состояний

- Психические заболевания
- Неврологические заболевания
- Терапевтические заболевания
- Побочные действия лекарственных средств.

2.1. Экзогенная интоксикация

Хроническое злоупотребление ПАВ приводит к комплексу изменений обмена веществ и росту толерантности, в том числе и перекрёстной. Компенсаторные возможности систем организма снижаются, что повышает угрозу передозировки.

2.1.1. Алкогольная интоксикация

Острая алкогольная интоксикация характеризуется начальным периодом возбуждения ЦНС, сменяющимся угнетением вплоть до комы. Различают три степени алкогольной интоксикации: лёгкую (0,5–1,5‰ этанола в крови), среднюю (1,5–2,5‰) и тяжёлую (2,5–3,0‰). Летальной считают интоксикацию – 5–6‰ этанола в крови. При алкогольной интоксикации тяжёлой степени отмечается резкий запах алкоголя, угнетение сознания и вегетативных функций, бледность или цианоз кожи и слизистых. В начальной фазе возможны колебания аффекта, агрессивное поведение, судороги, аспирация рвотных масс, ларингоспазм, нарушение, вплоть до остановки, дыхания.

2.1.2. Опиатная интоксикация

При передозировке опиатами наблюдают нарушение сознания, достигающее до степени сопора или комы, угнетение дыхания, миоз, сменяющийся мидриазом при утяжелении состояния, выраженную брадикардию, артериальную гипотензию. Клиническая картина отравления

может иметь волнообразный характер. При передозировке опиатом из группы агонист-антагонист (буторфанол) или классическим опиатом на фоне лечения антагонистом опиатных рецепторов (налтрексоном) начальная фаза острой интоксикации может сопровождаться психомоторным возбуждением, тремором, дисфорией, судорогами.

2.1.3. Интоксикация каннабиноидами

Передозировка препаратами конопли проявляется как интоксикационный психоз. Характерны исчезновение чувства реальности, ощущение чуждости тела (дереализация-деперсонализация), иногда зрительные и слуховые галлюцинации. В тяжёлых случаях наблюдают сопор или кому с последующим развитием энцефалопатии и полинейропатии, отмечают спутанность сознания, дизартрию, анестезию, парезы и другие расстройства. Специфический признак гашишной интоксикации – резкий запах конопли от больного и его одежды.

2.1.4 Интоксикация психостимуляторами

Наибольшее распространение на территории Украины имеют кустарно изготавливаемые производные эфедрина (эфедрон и первитин), активно распространяется кокаин, амфетамины и метамфетамины.

Передозировка психостимуляторами сопровождается мидриазом, тахикардией, артериальной гипертензией. Возможны судорожные припадки, психотические нарушения по типу острого параноида или галлюциноза с преимущественно обонятельными и тактильными, реже слуховыми и зрительными галлюцинациями, развитии осложнений в виде инсультов, инфарктов, сердечно-сосудистой недостаточности, аритмии.

2.1.5 Интоксикация барбитуратами

В настоящее время встречается у лиц с алкоголизмом в сочетании со злоупотреблением валокладином, корвалоном и другими барбитуратами. В таких случаях начальная стадия интоксикации сопровождается эйфорией и психомоторным возбуждением, затем нарастает нарушение сознания: оглушённость, сопор, кома. Гемодинамика нестабильна, с тенденцией к брадикардии и артериальной гипотензии, отмечается патологическое дыхание – брадипноэ.

2.1.6 Интоксикация бензодиазепинами

Передозировка бензодиазепинов сопровождается потерей сознания в виде сопора и комы, мышечной релаксацией и анестезией. Гемодинамика и функции дыхания длительное время остаются относительно стабильными.

2.1.7 Интоксикация летучими органическими веществами (ЛОВ)

Интоксикация ЛОВ сопровождается эйфорией со спутанностью сознания и нарушением ориентировки во времени и пространстве. Возможен острый галлюциноз со зрительными и слуховыми галлюцинациями (яркими, сценopodobными, угрожающими), которые вызывают агрессивное поведение и представляют опасность для окружающих. С углублением интоксикации возможны судороги и выключение сознания. Специфический признак интоксикации ЛОВ – резкий запах растворителей от больного и его одежды, предметов, используемых им для вдыхания летучих веществ (пакеты, куски ткани).

2.1.8 Интоксикация психотомиметиками

Возникает в результате приёма препаратов ЛСД, псилоцибина (грибы) и МДМА («экстази»). Интоксикация психотомиметиками сопровождается наплывом мыслей, ускорением мышления, дереализацией и деперсонализацией, нарушением восприятия времени. Наблюдаются гиперестезии, иллюзии, зрительные, реже слуховые, галлюцинации. Интоксикация часто сопровождается психомоторным возбуждением. Настроение лабильное – эйфория и гипертимия сменяются дисфорией, тревогой, страхом, паранойяльностью с социально опасными действиями.

2.1.9 Интоксикация средствами с антихолинергическим действием (тригексифенидил, дифенгидрамин, алкалоиды красавки и др.)

При передозировке холинолитических препаратов наблюдается сухость слизистых оболочек и кожных покровов, гипертермия, мидриаз, тахикардия. Возникают тревога, страх, психомоторное возбуждение, нарушается ориентировка во времени, пространстве, реже собственной личности, развивается делирий. Галлюцинации носят неприятный или устрашающий характер. При утяжелении состояния развиваются сопор или кома с сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью.

2.2 Терапия экзогенных интоксикаций

2.2.1 Неотложная помощь

- Этиопатогенетическое лечение (удаление ПАВ, антидоты).
- Устранение признаков дегидратации и нормализация электролитного обмена.
- Нормализация кислотно-щелочного состояния.
- Дезинтоксикационная терапия.
- Назначение препаратов, нормализующих метаболические процессы в головном мозге.
- Решение вопроса о госпитализации.

Основные задачи лечения больных с острой интоксикацией ПАВ тяжёлой степени – быстрое выведение токсического агента из организма, поддержание жизненно важных функций, купирование возбуждения, судорожного припадка или иного состояния. При нарушении функции внешнего дыхания необходимо как можно скорее провести реанимационные мероприятия (ИВЛ). При передозировке опиатами или бензодиазепинами вводятся специфические антагонисты (р-р налоксона 0,4–0,8 мг в/в и флумазенил 0,3–0,5 мг в/в).

2.2.2 Коррекция водно-электролитного обмена

Объём, концентрация электролитов и рН жидкостей являются основными характеристиками внутренней среды, определяющими условия нормальной деятельности функциональных систем. Организм на 60–65 % (40–45 литров) состоит из воды. Её суммарное количество зависит от пола, возраста, массы тела. Выделяют три сектора воды: внутрисосудистый (5 %), интерстициальный (15 %), внутриклеточный (45 %). Во внутриклеточном секторе осмотическое давление (наиболее стабильный параметр внутренней среды) определяется концентрацией калия, фосфора и белка, во внеклеточном – содержанием Na⁺, С⁻, и белка. В норме обмен ионами,

водой и субстратами окисления подчинён процессу получения энергии и выведению метаболитов.

К основным видам нарушений водно-электролитного обмена относятся дегидратация и гипергидратация.

Дегидратация

При ограничении поступления воды в организм или при нарушении её распределения в организме возникает дегидратация. В зависимости от дефицита жидкости, выделяют лёгкую (5–6%), среднюю (5–10 %) и тяжёлую (более 10 %) степень дегидратации. Острая потеря организмом более 20 % жидкости, как и быстрая потеря 20–30 % объёма интерстициального пространства, – смертельны. Существует тесная взаимосвязь между нарушениями обмена воды, электролитов и КЩС. К клиническим симптомам, позволяющим определить вид нарушения баланса жидкости в организме, относятся жажда, состояние кожных покровов и видимых слизистых, температура тела, общее состояние больного и его неврологический и психический статус, наличие отёков, показатели центральной гемодинамики: АД, ЦВД, ЧСС, состояние дыхания, диуреза, лабораторные данные. Дегидратация лёгкой степени клинически проявляется появлением жажды и сухости ротовой полости, появлением сухости кожных покровов в подмышечных или паховых областях.

Осмотическая концентрация интерстициальной жидкости определяется содержанием в ней ионов натрия. В зависимости от его уровня, выделяют изотоническую (натрий в норме), гипотоническую (натрий ниже нормы) и гипертоническую (натрий выше нормы) дегидратации и гипергидратации.

• **Дегидратация изотоническая (Na^+ 135–145 ммоль/л)** возникает вследствие потери жидкости интерстициального пространства, по электролитному составу близкой к плазме крови. Наиболее часто данное патологическое состояние возникает при длительной рвоте и диарее, острых и хронических заболеваниях ЖКТ, кишечной непроходимости, перитоните, панкреатите, обширных ожогах, при полиурии, неконтролируемых назначениях диуретиков, политравме и т. д. Клинически отмечаются нарушения со стороны центральной гемодинамики: снижается АД, ЦВД, МОС. Тургор кожи уменьшается, язык становится сухой, развивается олигурия или анурия. **Лечение: воздействие на патогенетический фактор, заместительная терапия изотоническим раствором хлорида натрия (35–70 мл/кг/сутки). Инфузионную терапию следует проводить под контролем ЦВД и почасового диуреза.**

• **Дегидратация гипотоническая (Na^+ менее 130 ммоль/л)** развивается в тех случаях, когда потеря натрия превышает потерю воды – при многократной рвоте, профузном поносе, обильном потоотделении, полиурии. Понижение осмолярности приводит к внутриклеточной гипергидратации и углублению дефицита жидкости в интерстициальном пространстве. Клиника – снижение тургора кожи и глазных яблок, появление циркуляторных нарушений, азотемии, нарушении функции почек, мозга, сгущение крови. **Лечение:** регидратация организма, препаратами, содержащими катионы натрия: Дефицит Na^+ (ммоль/л) = $(142 \text{ ммоль/л} - \text{Na} \text{ плазмы пациента в ммоль/л}) \times 0,2 \text{ массы тела (кг)}$

Если коррекция гипотонической дегидратации проводится на фоне метаболического ацидоза, натрий вводится в виде бикарбоната, при метаболическом алкалозе – в виде хлорида.

• **Дегидратация гипертоническая (Na^+ плазмы более 150 ммоль/л)** возникает при превышении потери воды над потерей натрия – при полиурической стадии ОПН, длительном форсированном диурезе без своевременного восполнения дефицита воды, при лихорадке, недостаточном введении воды при парентеральном питании. Формируется клеточный эксикоз. Клиника – жажда, слабость, апатия, психомоторное возбуждение, спутанность сознания, судороги, развитие коматозного состояния. Отмечается сухость кожи, повышение температуры

тела, олигурия с выделением концентрированной мочи, сгущение крови. **Терапия** – ликвидация внутриклеточной дегидратации – инфузии раствора глюкозы с инсулином.

Гипергидратация

• **Гипергидратация изотоническая (Na^+ плазмы в пределах нормы 135–145 ммоль/л)** возникает при заболеваниях, сопровождающихся отёчным синдромом и в результате чрезмерного введения изотонических солевых растворов. Возникновение данного синдрома возможно на фоне цирроза печени и заболеваний почек.

Клинически данная форма гипергидратации проявляется артериальной гипертензией, быстрым увеличением массы тела, развитием отёчного синдрома, анасарки, снижением концентрационных показателей крови. На фоне гипергидратации в организме отмечается дефицит свободной жидкости, что вызывает жажду.

Терапия изотонической гипергидратации заключается в применении средств, направленных на уменьшение объёма интерстициального пространства (10 % альбумин в/в, мочегонные препараты, гемодиализ с ультрафильтрацией крови).

• **Гипергидратация гипотоническая (Na^+ менее 130 ммоль/л)** — «водное отравление», может возникать при одномоментном приёме очень больших количеств воды, при длительном в/в введении бессолевых растворов, отёках на фоне хронической сердечной недостаточности, циррозах печени, ОПН, гиперпродукции АДГ. Клинически данное состояние проявляется рвотой, частым жидким водянистым стулом, полиурией, признаками поражения ЦНС: слабость, разбитость, быстрая утомляемость, нарушение сна, делирий, нарушение сознания, судороги, кома. **Лечение** – выведение из организма избытка воды (мочегонные препараты, гемодиализ с ультрафильтрацией крови).

• **Гипергидратация гипертоническая (Na^+ больше 150 ммоль/л)** – возникает при введении больших количеств гипертонических растворов в организм с сохранённой выделительной функцией почек или изотонических растворов больным с нарушенной выделительной функцией почек. Клиника – наличие жажды, покраснение кожи, гипертермия, гипертензия, повышение ЦВД., нарушение психики, судороги, кома. **Лечение** – инфузионная терапия с заменой солевых растворов нативными белками и раствором глюкозы, в использовании осмодиуретиков и салуретиков, гемодиализ.

2.2.3 Психомоторное возбуждение

Резкое повышение двигательной и/или речевой активности, связанное с изменением психического состояния больного, является неотложным состоянием в тех случаях, когда обусловлено психотическими расстройствами, выявляемыми у пациента. Следует отличать от физиологического повышения двигательной и речевой активности, обусловленного влиянием ситуационных факторов.

Ведущие причины психомоторного возбуждения

Психические:

- *мании*
- *шизофренические расстройства*
- *ажитированная депрессия*
- *острая реакция на стресс*
- *расстройства личности*
- *снижение интеллекта*

Органические:

- *органические заболевания головного мозга (деменция, эпилепсия)*
- *Эндокринные расстройства (гипертиреоз)*
- *Инттоксикации*
- *Состояния наркотического опьянения.*

Виды психомоторного возбуждения

• **Галлюцинаторное** – вызвано галлюцинаторными переживаниями угрожающего или пугающего характера и вытекает из содержания галлюцинаций. Выделяют два варианта галлюцинаторного психомоторного возбуждения по характеру преобладающих обманов восприятия:

– в связи со зрительными галлюцинациями – в рамках синдромов помрачения сознания (делирий, сумеречное помрачение сознания)

– в связи со слуховыми галлюцинациями на фоне ясного сознания – в рамках галлюцинозов органической и эндогенной природы

• **Дисфорическое** – злобно-тоскливый аффект при эпилепсии и органических заболеваниях головного мозга.

• **Тревожное** – при ажитированной депрессии, при бреде.

• **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 в рамках соответствующих синдромов.

В общемедицинской практике наиболее часто встречается галлюцинаторное возбуждение в рамках делирия – при различных тяжелых соматических и инфекционных заболеваниях, алкоголизме.

Психомоторное возбуждение может сопровождать ряд тяжелых соматических состояний, которые нельзя однозначно отнести к вышеперечисленным видам возбуждения:

- гипертонический криз
- алкогольный и героиновый абстинентный синдром
- небольшие ишемические инсульты лобной локализации (часто протекают без параличей, что затрудняет диагностику)

• заболевания, сопровождающиеся острой дыхательной недостаточностью I–II степени (начальные стадии гипоксии ЦНС)

- заболевания и травмы, сопровождающиеся выраженным болевым синдромом
- острый инфаркт миокарда
- некоторые инфекционные заболевания (бешенство, столбняк и др.)
- некоторые отравления (психостимуляторы).

Возможность данных состояний необходимо учитывать при развитии психомоторного возбуждения у пациента.

Неотложная помощь при психомоторном возбуждении в лечебном учреждении состоит из следующих этапов.

1. Физическое ограничение, удержание (фиксация) и изоляция больного – проводятся силами медицинского персонала максимально бережно, для чего привлекается необходимое количество медицинских работников. Категорически недопустимо связывание больного и применение любых травмирующих методов фиксации. Фиксация применяется для ограничения возможности больного нанести вред себе или окружающим, с сохранением возможности общения с пациентом и проведения ему диагностических процедур и манипуляций. Фиксация про-

должается до момента достаточного воздействия используемых лекарственных средств. Допустимо осторожное удержание за конечности, прижатие за плечи к кровати или полу, мягкая фиксация туловища и конечностей с помощью простыни или одеяла. (В условиях психиатрического стационара возможно для фиксации в четырех точках на уровне нижней трети предплечья и голени использовать кожаные или полотняные петли с поролоновыми прокладками, которые прикрепляются к раме кровати; при этом больной сохраняет способность двигать конечностями и поворачиваться с боку на бок). 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 др.).

С этой же целью – обеспечение безопасности больного – используются и различные формы изоляции. Это может быть требование на ограничение передвижения по отделению или палате, а в некоторых случаях помещение (добровольное или принудительное) в специальную палату (уже в условиях психиатрического стационара, где выбор формы изоляции определяется врачом-психиатром, руководствующимся в своих действиях соответствующими законодательными актами).

2. Применение лекарственных препаратов для купирования возбуждения. К препаратам выбора относятся бензодиазепиновые транквилизаторы. В настоящее время два транквилизатора доступны в инъекционной форме – диазепам и феназепам:

Sol.Diazepam 0.5 % – 2.0 – 6.0 внутримышечно или

Sol.Phenazepam 0.1 % – 2.0 – 4.0 внутримышечно/

Доза препарата определяется состоянием пациента. Эффект после внутримышечной инъекции развивается через 10–30 минут. Перед применением транквилизаторов врач обязан исключить состояния, при которых транквилизаторы противопоказаны. Внутривенное введение транквилизаторов не разрешается из-за риска нанесения травмы возбужденному больному и высокого риска остановки дыхания.

При развитии психомоторного возбуждения у пациента, страдающего серьезным соматическим заболеванием, к применению транквилизаторов следует относиться осторожно. Высокие дозы препаратов нередко приводят к развитию глубокого выключения сознания, что может способствовать утяжелению соматического состояния больного и, безусловно, затруднит последующие диагностические и лечебные манипуляции. В связи с этим предпочтительно введение небольших доз транквилизаторов, которое, при необходимости, всегда можно повторить.

Транквилизаторы предпочтительны при всех видах психомоторного возбуждения как в рамках собственно психических расстройств, так и при соматических заболеваниях. Применение нейролептиков для купирования психомоторного возбуждения в соматической практике необоснованно из-за высокого риска тяжелых побочных эффектов. Нейролептики значительно уступают транквилизаторам в отношении безопасности и их использование для врачей психиатрических специальностей не рекомендуется.

3. Вызов бригады СПП или психиатра-консультанта стационара.

4. После применения транквилизаторов и до приезда СПП (прихода психиатра-консультанта) врач обязан продолжать наблюдение за больным, даже если психомоторное возбуждение купировано.

5. В медицинской документации необходимо описательно отразить состояние больного, установить предварительный синдромальный диагноз психического расстройства и указать, что физическое удержание и транквилизаторы были применены для неотложного купирования психомоторного возбуждения

2.3 Синдром лишения пав (абстинентный синдром)

Абстинентный синдром (АС, 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, поэтому постановка такого диагноза (т. е. диагноза синдрома отмены) автоматически ведёт к установлению диагноза синдрома зависимости второй стадии. В практической работе врачам чаще всего приходится сталкиваться с тремя основными разновидностями абстинентного синдрома (или их сочетанием).

Алкогольный абстинентный синдром (синдром отмены алкоголя) – в общей медицинской практике встречается наиболее часто;

– не следует путать с постинтоксикационным вегетативным синдромом у больных первой стадией алкоголизма и практически здоровых лиц, развивающимся после массивного употребления спиртного;

– у женщин и пожилых пациентов иногда наблюдается зависимость от спиртосодержащих лекарственных настоек, а не спиртных напитков в традиционном виде, что так же необходимо учитывать при сборе анамнеза.

Синдром отмены транквилизаторов и снотворных средств – встречается достаточно часто, в нашей стране наиболее распространена зависимость от бензодиазепинов (феназепам и др.) и комбинированных барбитуратсодержащих седативных средств («корвалол», «валокордин» и др.).

Опиатный абстинентный синдром – наиболее часто встречается и наиболее тяжело протекает синдром отмены героина. В последние годы широкое распространение получила зависимость от кодеина (в связи с доступностью в аптечной сети комбинированных кодеинсодержащих препаратов) и метадона. Абстинентный синдром, вызванный употреблением кодеина и метадона, отличается затяжным течением.

Окончательный диагноз абстинентного синдрома и синдрома зависимости 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, прием ПАВ подтвержден анализами.

Врачи непсихиатрических специальностей имеют право ставить предварительный диагноз абстинентного синдрома (синдрома отмены ПАВ) и обязаны оказывать неотложную помощь при тяжелом и осложненном абстинентном синдроме.

Тяжелый абстинентный синдром опасен высоким риском соматоневрологических осложнений и внезапной смерти, поэтому всегда является неотложным состоянием и требует лечения. По различным данным до половины всех случаев внезапной смерти связано с приемом ПАВ (интоксикация или синдром отмены).

2.3.1 Алкогольный абстинентный синдром (ААС)

Основные типичные клинические проявления ААС:

- 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 (после тяжелых запоев может наблюдаться отвращение к алкоголю).

– В состоянии синдрома отмены алкоголя находятся до четверти всех пациентов, обращающихся за неотложной помощью – это одно из наиболее частых острых состояний в практической медицине.

– Развитие острого соматического заболевания (панкреатит, пневмония, рожистое воспаление, инфаркт миокарда и др.) или травмы (ЧМТ, переломы конечностей) приводит к обрыву алкоголизации, и абстинентный синдром разворачивается уже в стационаре, значительно утяжеляя состояние больного.

– Алкоголизация и развитие абстинентного синдрома неминуемо приводят к ухудшению течения имеющихся у больного хронических заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, хронические обструктивные болезни легких, сахарный диабет, хронический панкреатит, хронический гепатит и др.).

– Тяжелый синдром отмены алкоголя всегда сопровождается выраженными соматовегетативными и неврологическими нарушениями (в т. ч. электролитными расстройствами и гиперкатехоламинемией), которые обуславливают высокий риск внезапной смерти больного при несвоевременном и неправильном лечении.

– Часто возникает после экстренных операций в послеоперационном периоде (травмы, панкреатит, пищеводные и желудочные кровотечения, перфорация язвы желудка и др.) у больных алкоголизмом, находящихся в запое.

– Может осложняться развитием судорожного синдрома и алкогольного делирия, особенно при несвоевременном и неправильном лечении синдрома отмены.

Как видно из описания, клинические проявления носят неспецифический характер, поэтому в сомнительных случаях (больной отрицает прием алкоголя) можно воздержаться от постановки диагноза синдрома отмены алкоголя, назначить симптоматическое лечение (транквилизаторы, антигипертензивные средства и др.) и предложить пациенту консультацию психиатра.

Указанные проявления характерны для «типичного» абстинентного синдрома, однако во многих случаях клиническая картина видоизменяется под влиянием сопутствующих заболеваний, возраста, особенностей предшествовавшего периода алкоголизации (длительность, доза, характер алкоголя и др.). С учётом важности и высокой частоты данного состояния, будущим врачам терапевтических и хирургических специальностей, особенно будущим врачам стационаров и скорой (неотложной) помощи, рекомендуется детально ознакомиться с клинической картиной синдрома отмены алкоголя в соответствующих руководствах по наркологии.

Принципы ведения больных с ААС:

Лечение алкогольного абстинентного синдрома, сочетающегося с соматическими заболеваниями, проводится в соматическом стационаре лечащим врачом пациента, при наличии психиатра (нарколога) – консультанта – под его контролем. Перевод в психиатрический (наркологический) стационар не показан.

При отсутствии соматических заболеваний и травм, требующих лечения в соматическом стационаре, терапия проводится в специализированном наркологическом стационаре или амбулаторно в наркологическом диспансере

Дополнительные диагностические процедуры не должны задерживать лечение синдрома отмены. Терапевтические мероприятия начинаются незамедлительно после сбора краткого анамнеза и проведения базового соматического обследования больного. Лечебные и диагностические процедуры проводятся параллельно.

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

1) тщательное обследование для выявления нераспознанных соматических состояний, которые могут привести к ухудшению состояния больного (абстинентный синдром часто маскирует серьёзные соматические состояния или провоцирует их развитие или обострение);

2) динамическая оценка состояния больного (включая контроль основных физиологических функций и ключевых лабораторных показателей);

3) дезинтоксикационная терапия: объем инфузии определяется состоянием больного и длительностью предшествующего запоя (обычно около 1 л физиологического р-ра с электролитами в сутки в течение двух-трёх дней; растворы глюкозы применять только в дополнение к физиологическому р-ру и только после введения тиамина («В1»);

4) применение витаминов;

5) применение бензодиазепиновых транквилизаторов. Обычно требуются меньшие дозы препаратов, чем при делирии. Рекомендуется введение основной дозы на ночь. Предпочтительно дробное введение небольшими дозами внутримышечно (например, Sol.Phenzepamі 0.1 % – 1.0–2.0 утром и днём, 2.0–3.0 на ночь в\м, в течение двух-трёх дней). При синдроме отмены легкой степени тяжести возможно ограничиться приемом транквилизаторов в таблетках. Для дополнительной медикаментозной седации при необходимости можно применять фенибут (1–2 таблетки утром и днем, 2–3 таблетки на ночь) и тиаприд (100–400 мг внутрь или в\м);

6) применение ноотропов, антигипоксантов и нейропротекторов (пирацетам, мафусол, милдронат и др.);

7) при высоком артериальном давлении, тахикардии – применение β -блокаторов – пропранолол (анаприлин) – 20–40 мг 2–3 раза в день или метопролол 25–50 мг 2 раза в день с учётом противопоказаний. Хороший эффект дает применение сульфата магния 25 % (магнезии) -5.0 в\м 1–2 раза в день в сочетании с β – блокаторами. Препараты группы β -блокаторов предпочтительны по сравнению с другими антигипертензивными средствами, так как хорошо устраняют симптоматическую артериальную гипертензию и тахикардию при синдроме отмены алкоголя (обусловленные симпатикотонией и гиперкатехоламинемией). Липофильные β -блокаторы (пропранолол, метопролол) проникают в ЦНС, что обеспечивает дополнительные лечебные эффекты (седативное действие, уменьшение влечения к алкоголю).

Не рекомендуется применение любых нейролептиков до консультации психиатра или нарколога в связи с высоким риском побочных эффектов препаратов данной группы у больных алкоголизмом (исключение – тиаприд). Противопоказано применение димедрола и сходных препаратов для седации в связи со способностью препаратов данной группы провоцировать судорожные припадки и развитие делирия у больных алкоголизмом. Своевременное и адекватное лечение алкогольного абстинентного синдрома препятствует развитию серьёзных и опасных осложнений, экономит силы и время медицинского персонала отделения.

2.3.2 Героиновый абстинентный синдром (ГАС)

Героиновый абстинентный синдром рассматривается как пример синдрома отмены опиатов и опиоидов. Неотложная помощь при синдроме отмены, вызванным употреблением других опиатов и опиоидов, существенно не отличается от помощи при синдроме отмены героина.

В отличие от больных алкоголизмом, больные героиновой наркоманией обычно не скрывают факт зависимости и сами настаивают на лечении абстинентного синдрома в том случае, если в силу каких-либо причин наркотик им недоступен.

Абстинентный синдром имеет типичную клиническую картину, что в сочетании с данными анамнеза и объективного осмотра больного позволяет в короткие сроки установить правильный диагноз.

Героиновые наркоманы обычно поступают в соматический стационар в связи с передозировкой наркотика или развитием хирургических гнойных осложнений (абсцессы, флегмоны, острый тромбоз флебит и др.). Реже госпитализация может быть связана с бактериальным эндокардитом, сепсисом, обострением хронического вирусного гепатита, пневмонией, оппортунистическими инфекциями (СПИД и др.).

Достаточно часто наркоманы самостоятельно обращаются в соматический стационар с целью облегчения тяжёлого синдрома отмены, симулируя при этом острое соматическое заболевание.

Особенности ведения больных с героиновым абстинентным синдромом:

Если у пациента нет серьёзной сопутствующей патологии, препятствующей выписке, после оказания необходимой соматической помощи следует выписать больного с рекомендацией обратиться в районный наркологический диспансер или наркологический стационар в связи с трудностью и длительностью лечения ГАС (в отличие от больных с ААС, который достаточно легко можно купировать в соматическом стационаре).

При наличии серьёзной соматической патологии, препятствующей выписке, пациент продолжает лечение в соматическом стационаре (или ПСО) под контролем психиатра (нарколога) – консультанта.

ГАС отличается затяжным тяжёлым течением (по сравнению с ААС) – до 10–14 суток острых проявлений синдрома отмены.

У героиновых наркоманов в подавляющем большинстве случаев (более 90 %) имеется микст-вирусный гепатит, часто имеется ВИЧ – инфекция и СПИД (в т. ч. с оппортунистическими инфекциями), поэтому, в целях предупреждения заражения медперсонала, предпочтительно назначение препаратов перорально (если это возможно).

Часто отмечаются явления политоксикомании (злоупотребление транквилизаторами, снотворными, димедролом, комбинированными барбитуратсодержащими и кодеинсодержащими препаратами) – в связи с этим обычно наблюдается гипертолерантность ко многим психофармакологическим препаратам, а также к средствам для проведения общей анестезии.

Для героиновых наркоманов характерно криминальное поведение, особенно в период острых проявлений ГАС.

ГАС часто сопровождается выраженным психомоторным возбуждением.

В силу вышеуказанных причин **на период лечения ГАС необходимо обеспечить наблюдение за такими больными.**

Лечение ГАС:

1) дезинтоксикационная терапия обычно не проводится (если нет дополнительных соматических показаний) т. к. не улучшает состояние больного, но усиливает явления абстиненции;

2) показано применение: транквилизаторов в таблетках или внутримышечно дробно (Sol.Phenazepamі 0.1 % – до 10 мл\сут (таблетки до 10 мг\сут), Sol.Diazepamі 0.5 % – до 12 мл\сут (таблетки до 60 мг\сут)); тиаприда до 800 мг\сут в таблетках или в\м (2–3 приёма); фенибута – 2 таблетки утром и днём, 3 таблетки на ночь; ненаркотических анальгетиков (НПВС) в таблетках или в\м (кетопрофен и диклофенак наиболее эффективны и обладают наиболее сильным действием) в обычных суточных дозах;

3) клофелин – таблетки 0.075 мг – 2 таблетки три раза в день под контролем артериального давления;

4) поливитамины перорально (обязательно с витаминами группы «В»);

5) трамадол (относится к наркотическим анальгетикам, хорошо устраняет проявления ГАС) – 100 мг 2–3 раза в сутки в капсулах. Однако его применение сопряжено с рядом сложностей: замена героина на наркотический анальгетик противоречит принципу прекращения употребления наркотика, а попытка отмены трамадола в дальнейшем приведет к рецидиву

синдрома отмены. В связи с этим его следует использовать лишь в тяжелых случаях, когда вышеуказанные препараты не дают значимого лечебного эффекта.

С учётом тотальной распространённости вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции среди героиновых наркоманов предпочтение следует отдавать пероральному назначению большей части лекарств (хотя оно уступает внутримышечному по эффективности). Указанные препараты применяются совместно с учётом состояния больного (противопоказаний). К сожалению, даже после выполнения таких рекомендаций у больных сохраняются симптомы ГАС, больные навязчиво требуют повышения доз лекарственных препаратов, дают медперсоналу «рекомендации» по лечению – всё это требует терпения от врачей и медсестёр.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.