

Клиническая характеристика и лечение неотложных состояний в наркологии

*Доцент кафедры психиатрии
ГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России,
к.м.н. Колмогорова В.В.*

- **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.**

К основным неотложным состояниям в наркологии относятся:

- Психомоторное возбуждение (алкогольный и героиновый абстинентный синдром, некоторые отравления (психостимуляторы))
- Суицидальное и аутоагрессивное поведение
- Судорожные припадки и эпилептический статус
- Алкогольный делирий (осложненный и не осложненный)
- Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике
- Тяжелое (глубокое) алкогольное опьянение
- Передозировка опиатов или опиоидов
- Основные виды абстинентных синдромов
- Острые осложнения при применении психотропных препаратов

Алкогольный абстинентный синдром (ААС)

- — одно из основных проявлений синдрома зависимости; проявляется как комплекс вегетативных, соматических, неврологических и психических нарушений.
- Возникает вслед за прекращением или резким сокращением длительного и массивного употребления алкоголя в пределах от 6 до 48 часов после последнего употребления алкоголя и длится от 2–3-х дней до 2–3-х недель.

КДК МКБ-10 F10.3 «Состояние отмены» и F10.4 «Состояние отмены с делирием»

Диагностические критерии:

- вегетативная реакция;
- тремор рук;
- бессонница;
- тошнота или рвота;
- транзиторные иллюзии или галлюцинации;
- тревога;
- большие судорожные припадки;
- психомоторное возбуждение.

ВАРИАНТЫ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

```
graph TD; A[ВАРИАНТЫ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА] --- B[нейровегетативный]; A --- C[церебральный]; A --- D[висцеральный]; A --- E[психопатологический]
```

нейровегета-
тивный

церебраль-
ный

висцеральный

психопатоло-
гический

Варианты алкогольного абстинентного синдрома (КДК F10.3)

Вариант ААС	Клиническая характеристика	Когда возникает
<i>С вегетативно-астеническими (инициальными) расстройствами</i>	Развивается после недлительных эксцессов. Отмечаются влечение к алкоголю, потливость, сухость во рту, тахикардия, снижение аппетита, незначительно выраженная астения. Длительность не более суток, социально-этические нормы могут препятствовать опохмелению	При становлении II стадии

Варианты алкогольного абстинентного синдрома (F10.3)

<i>С вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами</i>	Развивается после многодневного пьянства. Характеризуется гиперемией, отечностью лица, инъекцией склер, тахикардией, болевыми ощущениями в области сердца, гипертензией, головными болями, потливостью, диспепсическими расстройствами, тремором, нарушением координации, повышением сухожильных рефлексов, слабостью, расстройствами сна. Продолжительность до нескольких суток. Внешние факторы не препятствуют опохмелению	При II и III стадиях
--	---	----------------------

Варианты алкогольного абстинентного синдрома (F10.3)

<i>С психическими расстройствами</i>	Возникает после многодневной алкоголизации, включает многообразные по клинике (экзогенные, органические и эндоформные) и течению (острые, затяжные, хронические) психотические состояния. Характеризуется психомоторным возбуждением, тревогой, депрессией, идеями виновности, отношения, суицидальными тенденциями, нарушением сна, кошмарными сновидениями, агрессивностью. Соматоневрологические нарушения отступают на второй план. Длительность до недели и более	При II и III стадиях
--------------------------------------	--	----------------------

Варианты алкогольного абстинентного синдрома (F10.3)

<i>Развернутый ААС</i>	Развивается после длительной алкоголизации. Отмечаются развернутые соматоневрологические и психопатологические симптомы. Длительность до недели и более	Преимущественно в III стадии
<i>С судорожным компонентом</i>	В первые дни прекращения длительного запоя, на фоне преобладания соматоневрологических проявлений ААС развиваются судорожные припадки	При II и III стадиях

Варианты алкогольного абстинентного синдрома (F10.3)

<i>С обратимыми психоорганическими расстройствами</i>	Развивается после длительных запоев или постоянного употребления, на фоне выраженных неврологических симптомов: генерализованного тремора, атаксии, головокружения, дизартрии, зрачковых и глазодвигательных нарушений. Отмечаются интеллектуально-мнестические расстройства, отсутствие критической оценки, аффективные нарушения от эйфории и благодушия до немотивированной агрессии	При III стадии
---	---	----------------

КАТЕГОРИИ ААС — СИНДРОМ ОТМЕНЫ В РАЗДЕЛЕ F1 МКБ-10

F10.3 ААС:
F10.30 неосложнённое
F10.31 с судорогами

F10.4 ААС с делирием:
F10.40 без судорог
F10.41 с судорогами

ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ АЛКОГОЛЕМ

Металкогольные (алкогольные) психозы



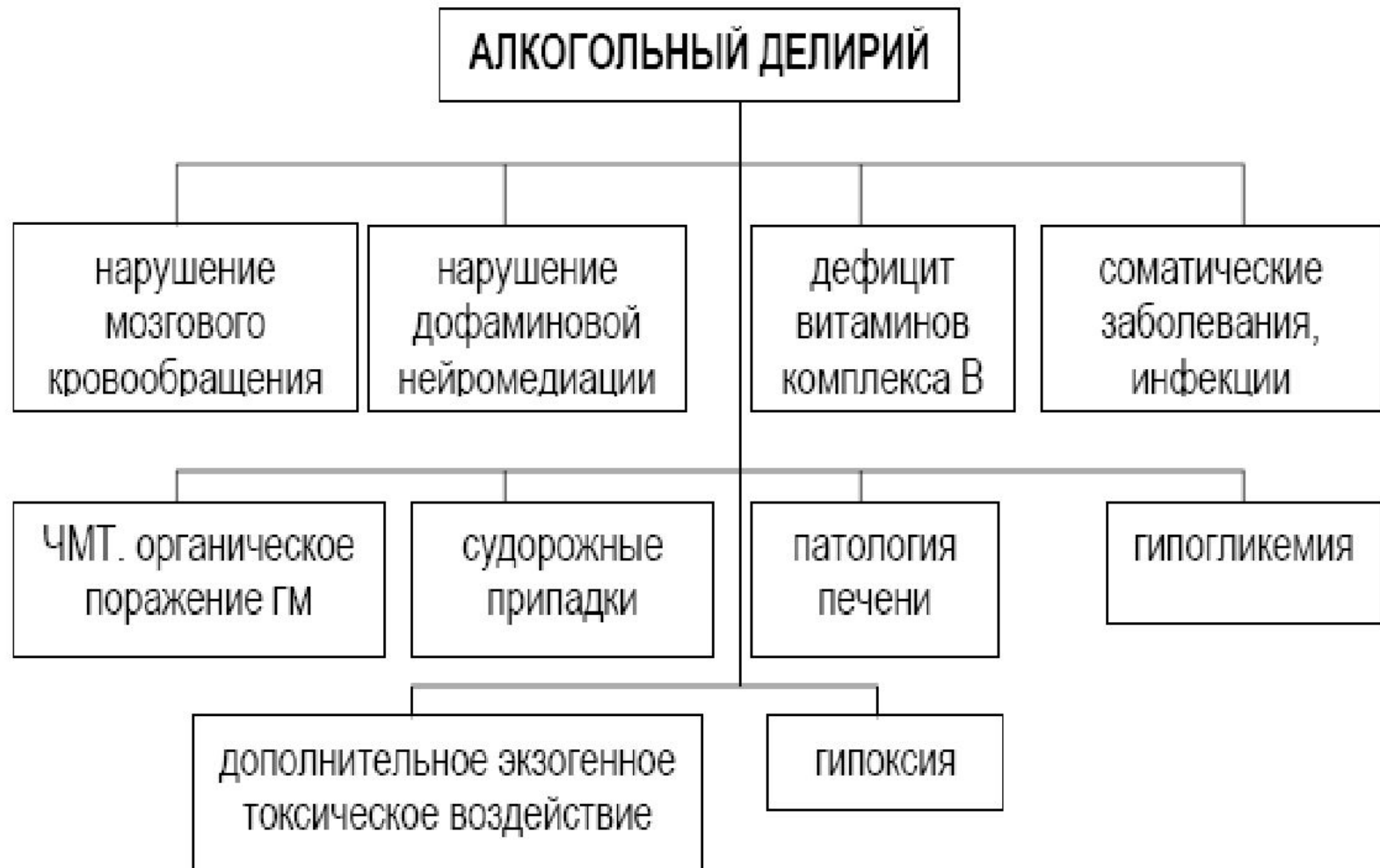
Алкогольный делирий

- алкогольный делирий всегда связан с алкогольным абстинентным синдромом, а не просто с эпизодом алкоголизации
- Развивается в период с 1-ых по 5-ые сутки после прекращения алкоголизации на фоне алкогольного абстинентного синдрома.
- Обычно в анамнезе есть указания на перенесенные в прошлом делирии – такие пациенты требуют особенно тщательного лечения алкогольного абстинентного синдрома.
- 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 (панкреатит, пневмония, рожистое воспаление, гнойная хирургическая патология и др.) или
- травмы во время запоя.
- Часто возникает в раннем послеоперационном периоде после экстренных операций (травмы, панкреатит, кровотечения в ЖКТ, перфорация язвы и др.) у больных алкогольной зависимостью).
- Может начаться после судорожного припадка в абстиненции.

- **Характерна типичная динамика развития (стадии делирия по Либермайстеру).**
- Практически всегда «период предвестников» (1 и 2 стадии делирия) длится часы, что, при своевременном лечении, позволяет оборвать развитие делирия.
- Характерно **выраженное психомоторное возбуждение, связанное с содержанием обманов восприятия, тревогой и страхом.**
- Обычно начинается как типичный делирий, но, **при неправильном лечении, может перейти в тяжелопротекающий (мусситирующий, профессиональный) делирий с последующим переходом в аменцию или синдромы исключения сознания.**

- На фоне алкогольного делирия дестабилизируются имеющиеся у больного хронические заболевания (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хронические обструктивные болезни легких, хронический гепатит и др.), что приводит к значительному ухудшению состояния пациента.
- Всегда сопровождается выраженными соматовегетативными и неврологическими нарушениями (в т.ч. электролитными расстройствами и гиперкатехоламинемией) –это обуславливает высокий риск внезапной сердечно-сосудистой смерти больного при несвоевременном и неправильном лечении.

Соматоневрологические расстройства, характерные для делирия



Делирий

- Делирии (белая горячка, delirium tremens) — самая частая форма, составляющая
- Обычно делирии развивается после 5 лет течения хронического алкоголизма. Белая горячка в 64 % случаев развивается в возрасте 40—50 лет, в 22 % случаев — до 40 лет и в 14 % случаев — старше 60 лет.

Делирий

- Первому приступу делирия обычно предшествует продолжительный запой, последующие возникают и после непродолжительных периодов пьянства.
- В продроме, продолжающемся дни, недели и даже месяцы, преобладают расстройства сна с кошмарными сновидениями, страхами, частыми пробуждениями и вегетативные симптомы, а днем — астенические явления и изменчивый аффект в форме пугливости и тревоги.

Продромальный период

- Продромальный период может отсутствовать.
- Делирии развивается чаще всего (в 89 % случаев) через 2—4 дня после прекращения пьянства, на фоне выраженных похмельных расстройств или при обратном их развитии.
- В 10—19 % случаев [Стрельчук И. В., 1970; Salum J., 1972] развитию делирия предшествуют единичные или множественные судорожные припадки, возможны эпизоды вербальных иллюзий или образного бреда.
- Начало делирия часто совпадает с развитием острого соматического заболевания, травмами, хирургическими вмешательствами.

Начальная стадия

- Делирии начинается с появляющихся к вечеру и усиливающихся ночью наплывов образных представлений и воспоминаний
- Нередки зрительные иллюзии
- В ряде случаев лишенные объемности зрительные галлюцинации — «кино на стенке» с сохранностью критического отношения к ним
- Преходящая дезориентировка или неполная ориентировка в месте и времени.

Начальная стадия

- Мимика и движения оживлены
- Внимание легко отвлекается
- Настроение изменчиво, с быстрой сменой противоположных аффектов.

Делирий

- Отграничении похмельного (абстинентного) синдрома с выраженными психическими компонентами от инициальных делириозных расстройств.
- Для похмельного состояния в отличие от делириозного типичен однообразный подавленно-тревожный аффект
- При начале делирия настроение изменчиво, с быстрой сменой противоположных аффектов

Развернутая стадия делирия

- Появляется полная бессонница
- Иллюзии усложняются или сменяются парейдолиями,
- Возникают истинные зрительные галлюцинации
- Преобладают множественные и подвижные микропсихические галлюцинации — насекомые, мелкие животные, змеи, а также нити, проволока, паутина

Развернутая стадия делирия

- Реже больные видят крупных, в том числе фантастических животных, людей, человекоподобных существ — «блуждающих мертвецов»
- Зрительные галлюцинации приближаются, удаляются, меняются в размерах, на глазах больного претерпевают превращения
- Они то единичны, то множественны, иногда бывают сценopodobными и, отражая определенные ситуации (застолье, зрелища, эротические сцены), могут калейдоскопически сменять друг друга.

Развернутая стадия делирия

- При углублении делирия появляются слуховые и среди них вербальные, а также обонятельные, термические и тактильные галлюцинации, в том числе локализующиеся в полости рта.
- Часты расстройства схемы тела, ощущения изменения положения тела в пространстве — все качается, вращается, падает.
- Поведение, аффект и тематика бредовых высказываний соответствуют содержанию галлюцинаций.
- Речь состоит из немногочисленных, отрывочных, коротких фраз или слов. Внимание свёрхотвлекаемо.

Развернутая стадия делирия

- На все происходящее вокруг больные реагируют отдельными репликами, поведением, мимикой.
- Больные повышенно внушаемы
- Типично быстрое изменение интенсивности психопатологических проявлений делирия, особенно под влиянием внешних раздражителей (беседа с врачом и т. п.).
- Периодически и ненадолго спонтанно ослабевают и даже почти полностью исчезают симптомы психоза - возникают так называемые люцидные промежутки.
- Психоз усиливается к вечеру и ночью.

Развернутая стадия делирия

- Болезнь обычно бывает кратковременной.
- Даже без лечения симптомы делирия исчезают в течение 3—5 дней.
- Иногда психоз затягивается на 1 — 1,5 нед.
- Длительность белой горячки в 75 % случаев составляет около 3 дней и лишь в 5 % случаев — более недели.
- Чаще всего выздоровление наступает критически — после глубокого продолжительного сна, значительно реже — постепенно (литически) или симптомы редуцируются волнообразно, с чередованием ослабления и возобновления, но уже в менее выраженном виде.
- Литическое окончание психоза чаще бывает у женщин.
- В 90 % случаев делирий протекает непрерывно, в 10 % отмечается до 2—3 делириозных приступов, разделенных «светлыми» промежутками продолжительностью около суток

Основные варианты делирия

Гипнагогический делирий

- Ограничивается многочисленными, яркими, в ряде случаев сценopodobными сновидениями или зрительными галлюцинациями при засыпании и закрывании глаз.
- Сопровождается нерезким страхом, реже аффектом удивления и соматовегетативными симптомами.
- В ряде случаев при возникновении галлюцинаций больные переносятся в иную, созданную этими расстройствами обстановку.
- При открывании глаз или пробуждении критическое отношение к болезненным симптомам и ориентировка иногда восстанавливаются не сразу, и в соответствии с этим нарушается поведение больных.
- Гипнагогический делирий длится 1—2 ночи и может смениться иными делириозными картинами или формами острых металкогольных психозов.

Гипнагогический делирий фантастического содержания

- Отличается фантастическим содержанием обильных чувственно-ярких зрительных галлюцинаций,
- Сценоподобностью галлюцинаторных расстройств с последовательной сменой одной ситуации другой
- Называют гипнагогическим ониризмом

Делирий без делирия (Dollken A., 1901)

- Во многом соответствует описанному J. Salum (1972) синдрому дрожания.
- Возникает остро.
- Преобладает суебливое возбуждение с выраженным тремором и потливостью.
- Сенсорные и бредовые расстройства отсутствуют или рудиментарны.
- Бывает преходящая дезориентировка в окружающем.
- Делирий длится 1—3 дня.
- Возможен переход в развернутые делириозные состояния.

Абортивный делирий

- Абортивный делирий определяется развитием необильных, а в ряде случаев единичных зрительных иллюзий и микропсихических галлюцинаций, не создающих впечатления определенных, а тем более законченных ситуаций, как при развернутых формах делирия
- Встречаются акоазмы и фонемы.
- Преобладает однообразный аффект тревоги или страха
Рудиментарные бредовые расстройства (недоверие, подозрительность, опасения) в некоторых случаях сопровождаются бредовой защитой.
- Возникает непродолжительное двигательное возбуждение.
- Ориентировка во времени может быть нарушена.
- Продолжительность не превышает 1 сут.

Систематизированный делирий

- Преобладают множественные, сценopodobные (с последовательно развивающимся сюжетом или в виде отдельных ситуаций) зрительные галлюцинации.
- Содержание определяется преимущественно разнообразными сценами преследования, нередко авантурными, с бегством или погоней, при которых меняются маршруты, виды транспорта, укрытия.
- Преобладает выраженный аффект страха.

Делирий с выраженными вербальными галлюцинациями

- Наряду с интенсивными зрительными, тактильными, термическими галлюцинациями, расстройствами схемы тела, зрительными иллюзиями постоянно присутствуют вербальные галлюцинации.
- Они то отступают на второй план, то резко усиливаются, в связи с чем можно говорить о развитии в структуре делирия вербального галлюциноза.
- Как зрительные, так и особенно вербальные галлюцинаторные расстройства имеют устрашающее или угрожающее жизни больного содержание
- В бредовых высказываниях преобладают идеи физического уничтожения
- Несмотря на сравнительно малый размах бреда, бредовые высказывания могут быть достаточно разработаны в отдельных деталях, из-за чего создается впечатление систематизированного бреда.

Делирий с выраженными вербальными галлюцинациями

- Бредовые высказывания не подкрепляются аргументами.
- Кроме того, в подобных случаях всегда можно выявить отчетливые симптомы образного бреда (растерянность, бредовые идеи инсценировки, симптом положительного двойника, распространяющийся на множество окружающих лиц).
- Аффект, особенно в начале психоза, определяется резко выраженным страхом или напряженной тревогой, перемежающейся приступами страха.
- Ориентировка в месте и времени обычно страдает мало
- Выраженность вегетативных и неврологических расстройств чаще умеренная и даже незначительная.
- Длительность психоза колеблется от нескольких дней до нескольких недель.

Атипичные формы делирия

- Симптомы, характерные для белой горячки, определяются фантастическим содержанием — онейроидным помрачением сознания или сочетаются с психическими автоматизмами [Воронцова Г. С., 1960; Гофман А. Г., 1974].

Делирий с фантастическим содержанием (фантастический делирий, алкогольный онейроид)

- При повторных алкогольных психозах.
- Ему предшествуют иные по структуре делириозные состояния В развитии психоза происходит последовательная смена расстройств.
- В инициальном периоде преобладают множественные фотопсии или элементарные зрительные галлюцинации (пыль, дым, волосы, паутина, кольца, спирали, нити, часто блестящие или сверкающие), а также акоазмы.

Делирий с фантастическим содержанием (фантастический делирий, алкогольный онейроид)

- Реже психоз начинается с обычного или фантастического гипнагогического делирия.
- Днем возникают эпизоды образного бреда.
- Состояние измененного сознания, как и при типичном делирии, сопровождается изменчивым аффектом с преобладанием страха, двигательным возбуждением, периодическими люцидными промежутками.

Делирий с фантастическим содержанием (фантастический делирий, алкогольный онейроид)

- Через 2—3 дня ночью происходит отчетливое усложнение клинической картины:
- возникают сценopodobные зрительные и вербальные слуховые галлюцинации,
- элементы образного бреда, сопровождающиеся бредовой ориентировкой и симптомом положительного двойника
- интенсивное двигательное возбуждение со сложными координированными действиями.

Делирий с фантастическим содержанием (фантастический делирий, алкогольный онейроид)

- На фоне усиливающегося и становящегося все более беспорядочным двигательного возбуждения периодически возникают эпизоды обездвиженности с сонливостью или выраженная обездвиженность возникает остро.
- В состоянии заторможенности больные отвечают на вопросы лаконично, после неоднократного повторения вопроса.
- Выявляется ложная ориентировка в месте и времени при сохранности сознания своего Я.
- Отдельные высказывания свидетельствуют о бредовых расстройствах фантастического содержания.

Делирий с фантастическим содержанием (фантастический делирий, алкогольный онейроид)

- Характерна мимика больных: туповато-застывшее выражение лица сменяется испуганным, удивленным, озабоченным.
- Больные пытаются встать, куда-то стремятся идти, но обычно легко поддаются уговорам или небольшому принуждению.
- Чаще психоз через несколько суток оканчивается критически глубоким сном, реже продолжается неделю и более.
- О его содержании, в том числе и в период заторможенности, больные сообщают достаточно подробные сведения и сразу после психоза, и спустя различные сроки.
- Больные рассказывают о сменявшихся без какой-либо последовательности и связи фантастических и обыденных сценах.

Делирии с онирическими расстройствами (алкогольный ониризм).

- Указания на эту форму можно встретить у Е. Bleuler (1920), А. В. Снежневского (1941),
- Наиболее полно такой делирии описан М. Г. Гулямовым, И. Р. Хасановым (1973).
- От фантастического делирия он отличается преобладанием с самого начала чувственно-ярких галлюцинаций, симптомов субступора или ступора, значительно меньшим иллюзорно-бредовым компонентом психоза и выраженностью сценopodobного зрительного псевдогаллюциноза.

Делирии с психическими автоматизмами

- Психические автоматизмы возникают при усложнении типичного или на высоте систематизированного делирия при сочетании делирия с выраженными вербальными галлюцинациями или при делириозно-онейроидных состояниях
- Во всех случаях психические автоматизмы при делирии транзиторны, они исчезают до того, как начинают редуцироваться симптомы, на фоне которых они появились.
- Могут возникать все основные варианты психического автоматизма — идеаторный, сенсорный, моторный, но никогда не встречаются все три одновременно.
- Чаще всего отмечаются идеаторные психические автоматизмы.
- Иногда бывают сразу два варианта — идеаторный и сенсорный или сенсорный и моторный.
- Из идеаторных автоматизмов чаще встречаются проецируемые вовне зрительные псевдогаллюцинации.

Пролонгированный (протрагированный, хронический) делирии

- При замедленном обратном развитии некоторых форм делирия (систематизированный делирии, делирии с преобладанием выраженных вариабельных галлюцинаций, делирии с онейроидными расстройствами или с психическими автоматами) в течение недель, а изредка и месяцев могут оставаться симптомы гипнагогического делирия.
- Наряду со зрительными при нем возможны тактильные и значительно более редкие и менее интенсивные слуховые галлюцинации — акоазмы и фонемы.

Пролонгированный (протрагированный, хронический) делирии

- Бредовые расстройства ограничиваются легкой диффузной параноидностью, а аффективные — неглубокой тревогой и значительно реже преходящим и маловыраженным страхом.
- Поведение в этот период существенно не меняется.
- Все виды ориентировки сохраняются.
- Днем преобладает пониженно-слезливое или пониженно-дисфорическое настроение в сочетании с симптомами астении.
- К возникающим по ночам психическим расстройствам больные относятся критически.

Делирий с профессиональным бредом (профессиональный делирий, делирий с бредом занятий)

- Психоз может начаться как типичный делирий с последующей трансформацией клинической картины.
- Интенсивность галлюцинаторно-иллюзорных и аффективных расстройств значительно уменьшается, ослабевают или исчезают образный бред преследования.
- Одновременно видоизменяется возбуждение, в котором становится все меньше и меньше действий, связанных с защитой, бегством, т. е. действий, при которых требуются ловкость, сила, значительное пространство, сопровождаемых реакциями панического страха.
- Типично преобладание относительно простых, происходящих на ограниченном пространстве двигательных актов стереотипного содержания, отражающих отдельные бытовые действия — одевание и раздевание, собирание или раскладывание постельного белья, счет денег, зажигание спичек, отдельные движения во время выпивок.
- Характерно сокращение, а затем и полное исчезновение люцидных промежутков или они отсутствуют с самого начала психоза.

Делирий с профессиональным бредом (профессиональный делирий, делирий с бредом занятий)

- В начальном периоде делирия с профессиональным бредом, как правило, существуют множественные, изменчивые ложные узнавания окружающих лиц и постоянно меняющаяся ложная ориентировка в обстановке.
- Содержание обоих симптомов обыденное — родственники, сослуживцы, собутыльники, действительно бывшие или возможные ситуации.
- Сознание своего Я сохранено всегда. При утяжелении состояния ложные узнавания исчезают, движения становятся более автоматизированными и простыми, контакт с больным невозможен.
- Об утяжелении состояния свидетельствует появление симптомов оглушения днем.
- Психоз сопровождается полной амнезией, реже сохраняются отрывочные воспоминания.
- При утяжелении состояния профессиональный делирий может смениться мусситирующим.

Делирий с бормотанием (мусситирующий, «бормочущий» делирий)

- Сменяет делириозный синдром с профессиональным бредом и типичный делириозный синдром при аутохтонном неблагоприятном течении или осложнении интеркуррентными заболеваниями;
- Нередко возникает при алкогольной энцефалопатии типа Гайе — Вернике.
- Делирий характеризуется сочетанием глубокого помрачения сознания и особых двигательных и речевых нарушений с выраженными неврологическими и соматическими симптомами.
- Больные совершенно не реагируют на окружающее, словесное общение с ними невозможно.
- Двигательное возбуждение происходит «в пределах постели» (ощупывание, разглаживание, хватание, стягивание или, напротив, натягивание одеяла или простыни, так называемое обирание — карфология, перебирание пальцев)
- Возбуждение имеет отчетливый «неврологический» вид.

- По данным различных авторов, смертельный исход при алкогольном делирии наступает в 2—5 % случаев.
- В связи с успехами активной терапии алкогольных психозов смертность при них снизилась с 8 % в 20-х годах XX столетия до 2 % в 50-х годах .

Острые энцефалопатии

- Энцефалопатия Гайе — Вернике.
- Заболевают преимущественно мужчины от 30 до 50 лет, изредка старше.
- Психоз начинается с делирия со скудными, отрывочными однообразными и статичными зрительными галлюцинациями и иллюзиями.
- Преобладает тревожный аффект.
- Двигательное возбуждение проявляется в основном стереотипными действиями, как при обыденных или профессиональных занятиях, и в ограниченном пространстве, часто в пределах постели.
- Возможны периодические кратковременные состояния обездвиженности с напряжением мышц.

- Больные однообразно выкрикивают отдельные слова, невнятно бормочут.
- Временами бывает «молчаливое» возбуждение. Речевой контакт обычно невозможен.
- Речевая бессвязность обуславливает сходство начальных делириозных картин с аменцией. Это сходство усиливается при появлении мусситирующего делирия.
- Спустя несколько дней клиническая картина изменяется. Днем возникает оглушение сознания, или сомнолентность, при утяжелении состояния развивается сопор — псевдоэнцефалитический синдром.
- В наиболее тяжелых случаях сопор переходит в кому. Значительно реже появлению симптомов оглушения предшествует апатический ступор.
- Психопатологические симптомы всегда сочетаются с неврологическими и соматическими нарушениями.
- Ухудшению психического состояния неизменно сопутствует утяжеление соматоневрологических расстройств.

- Отчетливо выражены разнообразные неврологические расстройства:
- фибриллярные подергивания мускулатуры губ и других мышц лица.
- сложные гиперкинезы, в которых перемежаются дрожание, подергивания, хореоформные, атетоидные и другие движения.
- приступы торсионного спазма.
- изменения и нарушения мышечного тонуса в форме гипер- или гипотонии.
- оппозиционная гипертония — нарастание сопротивления при энергичных попытках изменить положение конечностей.
- Постоянны симптомы орального автоматизма: хоботковый рефлекс, спонтанное вытягивание губ и хватательные рефлексy.
- В развернутой стадии болезни всегда присутствует атаксия.
- Развиваются нистагм, птоз, диплопия, страбизм, неподвижный взгляд, зрачковые расстройства.
- Так называемый симптом Гуддена: миоз, анизокория, ослабление реакции на свет вплоть до ее полного исчезновения и нарушение конвергенции.
- Наиболее ранний и постоянный симптом — нистагм, чаще крупноразмашистый, горизонтальный, которым глазодвигательные нарушения могут ограничиться.
- Как правило, наблюдаются гиперпатия и полиневриты, сопровождаемые легкими парезами и пирамидными знаками.
- Из менингеальных симптомов чаще всего наблюдается ригидность мышц затылка.
- При спинномозговой пункции лежа отмечается (хотя и не всегда) несколько повышенное давление цереброспинальной жидкости (до 200—400 мм вод. ст., реже выше).
- В последней может быть повышено содержание белка при нормальном цитозе.

- При пневмоэнцефалографии обнаруживают явления гидроцефалии, в частности расширение боковых желудочков.
- Возможны трофические нарушения: больные физически истощены, выглядят старше своих лет.
- Лицо одутловатое или сальное.
- Язык подергивается, малинового цвета, сосочки с краев сглажены.
- Гипертермия постоянна, повышение температуры тела до 40—41 °С — прогностически неблагоприятный признак.
- Кожа сухая, с шелушением или, напротив, влажная, с обильным, в виде капель росы потоотделением. Конечности отечны. Легко образуются обширные некротические пролежни.
- Постоянны тахикардия и аритмия.
- АД по мере утяжеления психоза снижается, легко возникают коллаптоидные состояния. Дыхание учащено.
- Печень может быть увеличенной и болезненной. Нередко отмечается частый жидкий стул.
- В крови — лейкоцитоз.

- Через 3—10 дней после развития манифестных симптомов болезни психические и соматовегетативные расстройства могут на некоторое время значительно редуцироваться.
- Эти «светлые промежутки» продолжаются от одного до нескольких дней.
- Повторные ухудшения, которых может быть несколько, обычно менее тяжелы и менее продолжительны, чем предыдущие.
- Самым ранним признаком выздоровления служит нормализация сна, вначале лишь во вторую половину, а далее в течение всей ночи.
- У женщин с началом улучшения состояния могут появиться симптомы конфабуляторной спутанности, свидетельствующие о возможности последующего развития корсаковского синдрома.
- Смерть чаще наступает в середине или к концу 2-й недели от начала психоза.
- Нередко летальному исходу способствуют присоединяющиеся интеркуррентные заболевания, в первую очередь пневмонии. Психоз, не приводящий к смерти, обычно длится 3—6 нед и более.
- Обычным исходом энцефалопатии Гайе — Вернике является психоорганический синдром различной глубины, продолжительности и структуры, а также корсаковский синдром (чаще у женщин) и симптомы псевдопаралича (у мужчин).

Энцефалопатия со сверхострым «молниеносным» течением

- Заболевают только мужчины.
- В продроме, длящемся 2—3 нед, преобладает адинамическая астения с выраженными вегетативно-неврологическими расстройствами, интенсивность которых резко усиливается при развитии инициальных симптомов психоза.
- Психоз с самого начала проявляется профессиональным или мусситирующим делирием.
- Температура тела повышается до 40—41 °С. Через 1 или несколько дней развивается тяжелое оглушение вплоть до комы.
- Смерть наступает чаще всего на 3—6-й день болезни.
- При своевременно начатом лечении возможно выздоровление с развитием преходящего или затяжного псевдопаралитического синдрома.

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиатов F11

- Опиум относится к естественным продуктам опийного мака, таким как кофеин и кодеин.
- Опи́йная наркомания (морфинизм) — патологическое влечение к приёму в возрастающих количествах опиатов вследствие стойкой психической и физической зависимости от них.
- Наркотики включают в себя как натуральные опиаты, так и синтетические, такие как метадон, героин и фентанил.

Клинико-диагностические признаки синдрома опийной зависимости

Острая интоксикация

- Психическая зависимость (патологическое влечение) — болезненное стремление непрерывно или периодически принимать опиаты с тем, чтобы испытать желаемые ощущения, развивается в сжатые сроки (после двух-трёх инъекций)
- Эйфория — повышенное благодушное или оживлённое настроение
- Физическая зависимость — выраженные физические и психические нарушения, когда действие опиатов прекращается
- Бледность и сухость кожных покровов и слизистых
- Аналгезия — ослабление болевой чувствительности
- Миоз — сужение зрачков с их вялой и даже отсутствующей реакцией на свет
- Гипотония, брадикардия — падает давление, угнетается дыхание, ослабляются рефлексy
- Толерантность — в динамике болезни выделяют нарастающую толерантность, «плато» и снижение толерантности; может появляться перекрёстная толерантность

Причины отравления опиатами (В.Г.Сенцов и др., 2001)

№ п\п	Причина	%%
1.	<i>Сочетание с алкоголем</i>	21%
2.	<i>Неопытность потребителя</i>	20%
3.	<i>Рецидив после лечения</i>	18%
4.	<i>Употребление героина высокой степени очистки</i>	16%
5.	<i>Срыв после спонтанной ремиссии</i>	12%
6.	<i>Повторный прием для усиления эйфорического эффекта</i>	6%
7.	<i>Попытка суицида</i>	5%
8.	<i>Сочетание с другими ПАВ</i>	4%

Зависимость частоты отравления опиатами от стажа употребления

<i>№ n\п</i>	<i>Стаж употребления</i>	<i>Частота в %%</i>
1.	До 1 года	45%
2	От 1 до 2 лет	21%
3.	От 2 до 3 лет	16%
4.	От 3 до 5 лет	13%
5.	Свыше 5 лет	5%

Признаки опийного АС

- Мидриаз — расширение зрачков, тёмные круги вокруг глаз
- Мышечные боли — боли и судороги в мышцах рук, ног, спины в крупных суставах, обуславливающая суетливость
- Вегетативные расстройства — насморк, чихание, обильное слюно- и слезотечение, озноб, зевота, рвота, тошнота, диарея
- Повышение артериального давления, тахикардия, учащение дыхания
- Настроение подавленное с оттенком дисфории
- Поведение непоследовательное, непредсказуемое, выраженное влечение к наркотику

Хроническая интоксикация

- Больной выглядит старше своих лет
- Дряблость кожных покровов, иногда с желтоватым оттенком
- Разрушающиеся зубы, ломкие редяющие волосы
- Симметричные «круги» вокруг глаз
- Наличие «следов» прошлых инъекций
- Расстройство в сфере интеллекта, памяти и поведения

Рекомендуемое лечение при тяжёлой героиновой абстиненции (1) (в порядке очередности выполнения)

<i>Вид терапии</i>	<i>Препараты</i>	<i>Доза</i>
1. Специфическая фармакотерапия:	Клофелин Холецистокинин Тиапридал Трамал	0,60-0,90 мг/сут. 3 фл./сут до 800 мг/сут. 0,6-0,8г/сут.
2. Транквилизаторы, снотворные и седативные препараты:	Диазепам Рогипнол Грандаксин Нитразепам(Радедорм) Тазепам Феназепам Хлозепид Альпрозолом(Ксанакс) Клоназепам(Антелепсин) Натрия оксибутират Натрия тиопентал	0,5%-2-12мл/сут. В/в, в/м 0,02% 2-6мл/сут. В/м 0,05-0,3 г/сут. 5-30 мг/сут. 10-40 мг/сут. 0,5-2 мг/сут. 10-40 мг/сут. 0,5-2 г/сут 0,5-2 мг/сут. 20% 10-20мл внутрь до 1 г разово

Рекомендуемое лечение при тяжёлой героиновой абстиненции (2) (в порядке очередности выполнения)

<i>Вид терапии</i>	<i>Препараты</i>	<i>Доза</i>
3.Гормоны:	Преднизолон Дексаметазон	30-90 мг/сут. в/в 4-12 мг/сут в/в
4.Неспецифические противовоспалительные средства:	Анальгин Баралгин Максиган	50% 4-8 мл/сут. 5-15 мл/сут. 5-15 мл/сут.
5.Ингибиторы протеиназ:	Контрикал Гордокс	20000-30000ед. в/в капельно. 100-200т.ед. в/в капельно
6.Витамины.	Вит.В 1 Вит. В6 Вит. В12 Никотиновая кислота Аскорбиновая кислота	6%-4 мл в/м 5%-4 мл в/м 0,01 %-1 мл в/м 1%-2 мл в/м 5%-5 мл с 40%р-ром Глюкозы (10 мл) в/в

Рекомендуемое лечение при тяжёлой героиновой абстиненции (3)

<i>Вид терапии</i>	<i>Препараты</i>	<i>Доза</i>
7. Ноотропы:	Пирацетам Пиридитол Пантогам Пикамилон Фенибут	20%р-р 5-20мл в/в с 40% р-ром глюкозы -10 мл капсулы 1,2-2,4 г/сут 0,2-0,8 г/сут 1,5-3,0 г/сут 0,06-0,15 г/сут 0,75-1,0 г/сут
8. Гепатопротекторы:	Гептрал Эссенциале Тиоктацид Тегретол Суксилеп Конвулекс (конвульсофин) Фалилепсин	400-800 мг в/в 5,0 в/в 600 мг таб. 1 раз/сут 0,4-0,6 г/сут 0,5-1,0г/сут 0,9-1.2 г/сут 0,2-0,3 г/сут

Рекомендуемое лечение при тяжёлой героиновой абстиненции (4) (в порядке очередности выполнения)

9. Средства, подавляющие патологическое влечение к наркотику:	Нейролептики, начиная с 3-4 суток по показаниям: Аминазин Галоперидол Азалептин Неулептил Терален Этаперазин Эглонил Тизерцин Сонапакс Хлорпротиксен Терален	до 400 мг/сут 5-15 мг/сут 25-75 мг/сут 100-400мг/сут 100-200 мг/сут 4-20 мг/сут 200-600 мг/сут 25-100 мг/сут 30-50 мг/сут 30-100 мг/сут 10-100 мг/сут
10. Немедикаментозная терапия	Суггестивная психотерапия	

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиоидов F12

- Каннабиоиды — препараты на основе индийской конопли (гашиш, марихуана, анаша), имеющие различную наркотическую активность.
- Гашишная наркомания (син. гашишизм, анашизм) — патологическое влечение к постоянному приёму во всё больших количествах наркотического вещества.

Клинико-диагностические признаки синдрома зависимости от каннабиоидов

Острая интоксикация

- Покраснение лица, инъектированность склер, блеск глаз, мидриаз
- Сухость языка, слизистых ротовой полости
- Артериальная гипертензия, тахикардия
- Нарушение координации, походки, тремор рук, смазанность речи
- Непоследовательность мышления, неадекватная весёлость, расторможенность
- Тревога, подозрительность, с элементами ажитации, злобностью, агрессией
- Спутанность сознания, страх, сценopodobные галлюцинации с неадекватным поведением, острый параноид

Синдром отмены (абстинентный синдром)

- Возникает после прекращения длительного интенсивного употребления наркотика (через 2–3 года)
- Клиника абстинентного синдрома выражена соматовегетативными и психопатологическими расстройствами: недомогание, усталость, разбитость, апатия, астения, отсутствие аппетита, расстройство сна, тахикардия, тремор, потливость, депрессия, нередко тревога и страх, сенестопатии в различных частях тела, влечение к наркотику, абстинентные психозы (делирий).

Хроническая интоксикация

- Бледность кожных покровов
- Дистрофические изменения в коже, дефицит массы тела, раннее постарение
- Признаки хронического бронхита
- Патология сердечно-сосудистой системы (брадикардия, экстрасистолия), почечная и печеночная недостаточность
- Психическая астения (снижение способности к волевым действиям, постепенная утрата интересов)
- Личностное огрубление

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных или снотворных средств F13

- Все снотворные и седативные средства потенцируют действия друг друга и алкоголя.
- В качестве седативно-снотворных средств используют производные барбитуровой кислоты.
- Злоупотребление барбитуратами имеет разные стереотипы, при которых возможно возникновение зависимости.
- Барбитуровая зависимость имеет сходство с алкогольной.

Клинико-диагностические признаки синдрома зависимости от седативных или снотворных средств

Острая интоксикация

- Бледная кожа с пастозностью, сальным налётом, акроцианоз
- Зрачки вяло реагируют на свет, латеральный нистагм, нарушение конвергенции и аккомодации
- Артериальная и мышечная гипотония, тахикардия, гипотермия, частое дыхание
- Нарушение статики, походки, координации движений
- Замедленность психических процессов, неадекватность суждений
- Лабильность аффективного фона
- Глубокая острая интоксикация — выключение сознания вплоть до сопора и комы, патологические рефлексy

Синдром отмены (абстинентный синдром)

- Потливость, озноб, головные боли
- Общая слабость, тремор рук, век, языка, нистагм, фибриллярные подёргивания мышц, иногда — большие судорожные припадки
- Психомоторное возбуждение, бессонница, боли в животе и крупных суставах
- Тревожность, депрессивность, дисфоричность с гневливостью и агрессией
- Возможны психотические нарушения — эпизодические иллюзии и галлюцинации, делириозные проявления, параноидная настроенность

Хроническая интоксикация

- *Барбитуромания* — преобладают тревога, раздражительность, вспыльчивость, дисфории
- Тугоподвижность, вязкость мышления, ригидность поведения
- Интеллектуально-мнестические нарушения
- Постепенно развивается токсическая энцефалопатия с деменцией
- *Бензодиазепиномания* — больные астенизированы, истощаемы, отвлекаемы, рассеянны
- Эмоциональная лабильность — от благодушия до раздражительности и злобности
- Испытывают затруднения при запоминании и формулировки суждений
- Неврологические нарушения — полиневропатии, атаксия, дизартрия, гипомимия

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина F14

- Кокаин — производное растения кока. Способы употребления: жевание листьев коки, вдыхание (кристаллы кокаина), курение («крэк»).
- Используется также подкожное и внутривенное введение.

Клинико-диагностические признаки кокаиновой наркомании

Острая интоксикация

- Приподнятое настроение, жажда, дисфория
- Импульсивное сексуальное и психомоторное возбуждение
- Гипергидроз, мидриаз, жжение в глазах, головные боли, озноб
- Повышение АД, тахикардия, экстрасистолия
- Повышение рефлексов, мышечные гиперкинезы
- Ускорение ассоциативного процесса, бессонница
- Влечение к наркотику

Синдром отмены (абстинентный синдром)

- Синдром отмены возникает через 24 ч после последнего употребления
- Потливость, сухость во рту, учащенные позывы к мочеиспусканию
- Повышение АД, мидриаз, расширение зрачков, аритмия
- Повышенная активность, расторможенность, раздражительность, агрессивность
- Галлюцинации, бред
- Аффективные расстройства (астенодисфорические)
- Настойчивые поиски наркотика
- Отдельные идеи отношения и преследования, суицидальные мысли

Хроническая интоксикация

- Астенические и апатические расстройства
- Затяжные тревожно-депрессивные состояния с дисфорическими эпизодами
- Сонливость
- Развитие хронических психозов: галлюцинозов, галлюцинаторно-параноидных состояний

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других психостимуляторов, включая кофеин F15

- Стимуляторы обычно принимают внутрь и иногда внутривенно.
- Небольшие дозы вызывают улучшение самочувствия, повышение умственной продуктивности, снятие чувства усталости и голода, снижение болевого порога.
- Симптомы острой интоксикации при наличии не менее одного из следующих признаков.

Клинико-диагностические признаки синдрома зависимости от психостимуляторов

Острая интоксикация

- Соматовегетативные расстройства: мидриаз, потливость, сухость во рту, повышение АД, аритмия, тахикардия, потеря веса, снижение реакции зрачков на свет, нистагм, мышечная слабость, игра вазомоторов, цианоз
- Неврологические расстройства: тремор, психомоторное беспокойство
- Психопатологические расстройства: эйфория с чувством прилива энергии, чувство повышенной бодрости, тенденция к переоценке собственной личности, конфликтность, агрессивное поведение, стереотипность поведения, слуховые, зрительные или осязательные галлюцинации при сохранной ориентировки

Синдром отмены (абстинентный синдром)

- Общая слабость, вялость, разбитость, постоянная головная боль
- Подавленное настроение, переходящее в дисфорию, раздражительность, тоска, депрессия с суицидальными тенденциями, влечение к наркотику
- Дневная сонливость, сменяющаяся ночной бессонницей
- Психотические эпизоды с гиперактивностью, гиперсексуальностью, преобладанием зрительных галлюцинаций над слуховыми, дисфоричность поведения

Хроническая интоксикация

- Общее истощение, астенизация, мышечная и сосудистая гипотензия
- Западашие глаза, цианоз губ, бледность кожи, пигментные пятна, гнойничковые поражения
- Тремор пальцев рук, век, фибриллярные подёргивания мышц
- Тахикардия, поражение ЖКТ, миокардиодистрофия
- Изменение личности по астеническому или возбудимому типу
- Снижение умственной продуктивности и производительности труда

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов F16

- Галлюциногены (психоделические, психотомиметические вещества), обладают симпатомиметическим действием, состоят из сборной группы свыше ста природных и синтетических веществ, основное свойство которых — вызывать галлюцинации, иллюзии и бред.
- Наиболее известные психостимуляторы: ЛСД, псилоцибин, мескалин.

Клинико-диагностические признаки синдрома зависимости от галлюциногенов

Острая интоксикация

- Клинические проявления при ЛСД: бессонница, причудливые сны, аффективная неустойчивость, страх, тревога, синестезии, дереализация, деперсонализации, нарушение сознания, зрительные галлюцинации, персеверации, импульсивное поведение
- Острая интоксикация при псилоцибине и мескалине: яркие калейдоскопические зрительные галлюцинации, нарушения схемы тела, чувство раздвоения личности, головокружение, тошнота, рвота, нарушение координации

Синдром отмены (абстинентный синдром)

- Повышается острота восприятия, всплывают давно забытые воспоминания
- Появляются депрессивные расстройства, сопровождающиеся психотическими симптомами
- Могут появляться тревожно-депрессивные синдромы с суицидальным поведением

Хроническая интоксикация

- Длительное пристрастие возникает редко в связи с непредсказуемостью каждого эпизода острой интоксикации
- Отсутствует физическая зависимость и синдром отмены
- Толерантность развивается быстро и так же быстро исчезает
- Повторный приём ЛСД усиливает вероятность шизоформных психозов

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей F18

- С наркотической целью используются следующие летучие растворители: бензин, растворители лака, различные виды клея, очистительные жидкости, аэрозоли (особенно краски).
- Подавляющее большинство пользователей — дети и подростки 6-16 лет из малообеспеченных слоев общества.
- Зависимость от летучих растворителей (токсикомания) — хроническое патологическое влечение к летучим растворителям с выраженными
- медико-социальными последствиями

Клинико-диагностические признаки синдрома зависимости от летучих растворителей

Острая интоксикация

- Апатия, безучастность, конфликтность, агрессивное поведение
- Аффективная неустойчивость
- Снижение целенаправленности мышления
- Нарушение сосредоточения и памяти
- Снижение умственной продуктивности
- Может быть переоценка собственной личности, чувства неуязвимости, силового превосходства
- Психомоторная заторможенность
- Неврологические признаки: шаткость походки, смазанная речь, нистагм, отрицательная проба Ромберга, мышечная слабость, нечеткость зрения, диплопия, нарушение сознания
- Типичны иллюзии, яркие зрительные галлюцинации, отдельные психотические симптомы

Синдром отмены (абстинентный синдром)

- Наблюдается редко, так как физическая зависимость не успевает сформироваться в связи с частым переходом к приёму разнообразных токсикоманических или других ПАВ.
- Проявляется выраженными астеническими расстройствами, подавленностью, дисфорией, влечением к повторному употреблению ингалянтов

Хроническая интоксикация

- Снижение умственной продуктивности сопровождается затруднениями в учёбе
- Стержневое агрессивное поведение ведёт к частым правонарушениям
- Соматические последствия: тошнота, снижение аппетита, снижение сухожильных рефлексов, наблюдаются периферические невриты, затрагиваются костный мозг, почки, печень
- Летальный исход наступает в результате остановки дыхания, сердечной аритмии и несчастных случаев

**С учетом динамики психического состояния
пациентов и их готовности к работе
реабилитантам оказывается
дифференцированная помощь на трех
этапах ЛРП.**

- I этап (активной терапии) продолжительностью 5–9 дней;
- II этап (базисной терапии) — 21–25 дней;
- III этап (стабилизационный) — до 6–12 месяцев. Первые два этапа осуществляются в стационаре, третий — в амбулаторных условиях.
- Каждый этап включает различные комплексы лечебно-реабилитационных мероприятий.

- ***I этап активной терапии — этап купации наркозависимого сопряжен с задачей медикаментозного купирования психопатологической симптоматики абстинентного синдрома.***
- Пациенты, поступающие на реабилитацию, проходят индивидуальное общеклиническое и лабораторное обследование, тестирование, экспериментально-психологическое исследование и консультирование.
- ***II этап базисной терапии является основным лечебно-реабилитационным этапом.***
- На нём осуществляется активная психофармакологическая, психотерапевтическая и психокоррекционная работа с пациентами.

Рекомендуемое обследование

- Общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови (сахар, белок, белковые фракции, билирубин, амилаза, лдг, КФК, АлАТ, АсАТ, КЩЕ крови, электролиты крови, остаточный азот, креатинин, мочевины в сыворотке крови), ЭКГ.
- Наблюдение, мониторинг жизненно важных показателей (АД, Рс, Sa 2)
- Контроль соотношения введенной жидкости и диуреза.
- Определение времени свертывания крови.
- Консультации терапевта, невропатолога, хирурга.
- Дифференциальный диагноз с неотложными состояниями другой этиологии.

Вызывающие зависимость ПАВ, которые можно обнаружить в моче

Вещество	Время, в течение которого препарат можно обнаружить в моче
Алкоголь	7-12 часов
Фенамин	48 часов
Барбитураты	24 часа - не пролонгированного действия: 3 недели - пролонгированного действия
Бензодиазепины	3 дня
Кокаин	6-8 часов (метаболиты - 2-4 дня)
Кодеин	48 часов
Героин	36-72 часа
Марихуана	3 дня - 4 недели (зависит от интенсивности использования)!
Метадон	3 дня
Метаквалон	7 дней
Морфин	48-72 часа
Фенилциклидин	8 дней
Пропоксифен	6-48 часов

Терапия экзогенной интоксикации

Задачи лечения больных в острой интоксикации ПАВ тяжелой степени

1. Выделение токсического агента из организма.
2. Поддержание жизненно-важных функций.
3. Купирование возбуждения, судорожного припадка или состояния

Тактика лечения экзогенной интоксикации

При нарушении функции внешнего дыхания провести комплекс реанимационных мероприятий.

- При передозировке опиатами или бензодиазепинами — налоксон 0,4–0,8 мл в/в и флумазенил 0,3–0,5 в/в.
- При сохраненном дыхании, лечение острой интоксикации — зондирование и промывание желудка, затем в полость желудка вводят энтеросорбент — 10–15 г повидона разведенного в воде.

Для детоксикации используют эфферентную терапию — гемосорбцию или фильтрационный плазмоферез, в сочетании с плазмасорбцией или электрохимическим окислением плазмы.

- Объем перфузии при гемосорбции — до 1,5 объема циркулирующей крови.
- Объем удаляемой плазмы 20–30% объема циркулирующей плазмы, при возвращении плазмы — объем перфузии может достигать 0,5–1,0 объема циркулирующей крови.
- Применяют гипербарическую оксигенацию.

Для коррекции водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия проводят инфузионную терапию.

- Объем для инфузии — 20–40 мл/кг под контролем центрального венозного давления, водно-электролитного баланса, КЩР и диуреза.
- Препараты и растворы для инфузионной терапии (меглюминат, натрия сукцинат 400–800 мл 1,5% раствора в/в капельно, 4–4,5 мл в 1–2–3 дня, цитофларин 20–40 мл в 200–400 мл 5% глюкозы) сторофундин, ацесоль, дисоль.

При депрессии дыхательного центра:

- 2 мл 10% раствора сульфокромфокаина п/к, в/м или в/в медленно;
- 1–2 мл 25% раствора никетамида п/к, в/м или в/в медленно;
- 1 мл 20% раствора кофеина п/к.

При сердечной недостаточности:

- гликозиды 0,06% раствор ландыша травы гликозид 1 мл в/в или
- симпатомиметики (допамин 100–200 мг в 200–400 мл изотонического раствора натрия хлор в/в капельно под контролем АД.

- При снижении АД 80/40 мм рт. ст. — инфузионная терапия (коллоидные растворы, препараты кальция — 10 мл 10% раствора кальция глюконата; при отсутствии эффекта — гормоны (преднизолон 30–90 мг в/в).
- При повышении АД 180/105 мм рт.ст. — спазмолитики (10–20 мл 25% раствор сульфата магния в/в медленно; 2–4 мл папаверина в/в, в/м; 2–4 мл 2% раствора дротаверина гидрохлорида в/в, в/м).
- При задержке мочи — катетеризация мочевого пузыря.
- При олиго- и анурии — петлевые диуретики (фуросемид 20–40 мг/сут.) и осмотические диуретики (манитол 10–12 мл 20% раствора).
- Для стабилизации диуреза — адекватный подбор инфузионной терапии (включение растворов улучшающих клубочковую фильтрацию — реополиглюкин, препарат комбинированного действия — реоглюман).

- Для поддержания жизнедеятельности — **ноотропы** — **пирацетам** 20% 20–60 мл в/в медленно или капельно;
- Кортиксин 10 мг в/м
- гепатопротекторы — фосфолипиды 10–20 мл в/в кап.; адеметионин 800 мг в/в, тиоктовая кислота 400 мг в/в капельно;
- для улучшения обменных процессов в ЦНС, миокарде и паренхиматозных органах — иназин 2% 5–10 мл в/в капельно, мексидон (мексиприм) 5% 1–2 мл в/в капельно, метадоксин 300–600 мг в/в, в/м;
- для улучшения окислительно-восстановительных процессов, тканевого дыхания, углевого обмена, деятельности периферической нервной системы — витамины группы В и С (тиамин 2–4 мл 5% раствора в/м, в/в капельно; пиридоксин 5–8 мл 5% раствора в/м, в/в капельно, никотиновую кислоту 1–2 мл 0,1% раствора, аскорбиновую кислоту 5–10 мл 5% раствора в/м, в/в капельно);

- *при психомоторном возбуждении* — 0,5% диазепама 2–4 мл в/в медленно в/м 200–300 мг тиопентала натрия в/м, в/в медленно;
- *лечение судорожного припадка* — диазепам 0,5% 2–4 мл в/в медленно, феназепам 0,1% раствора 2–4 мл в/в медленно или 200–300 мг тиопентала натрия в/м, в/в медленно т.к. угнетают центр дыхания быть готовым к ИВЛ.
- *При резистентности к терапии* — миорелаксанты (суксаметония Cl 2% — 5 мл в/в), проводя катетеризацию трахеи и ИВЛ;
- *для предупреждения отека легких* — 25% 10 мл сульфата магния в/в;
- фуросемид 10 мл в/в.

Средства, рекомендуемые для лечения для лечения тяжелых экзогенных интоксикаций

Острая тяжёлая интоксикация алкоголем, барбитуратами или неутончённым веществом седативного действия

- Восстановление проходимости дыхательных путей, кислородотерапия, при угнетённом внешнем дыхании— ИВЛ.
- Промывание желудка
- Гемосорбция в объеме 1–2 объема циркулирующей крови
- Повидон по 5 г 3 р/сут внутрь в разведении водой
- Стерофундин изотонический 500 мл, или дисоль 400 мл
- Раствор KCL 1% 100–150 мл, в/в капельно (при гипокалиемии, адекватном диурезе), декстран 200-400 мл в/в капельно.
- Витаминотерапия: тиамин 6% 4 мл в/м, пиридоксин 5% 4 мл в/м, никотиновая кислота 1% 2 мл в/м, аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в, цианкобаламин 0,01% 2 мл в/м.
- Ноотропные препараты: пирацетам 20% 20–60 мл в/в медленно или капельно, кортексин 10 мг в/м.
- Симптоматическое лечение, направленное на поддержание жизненно важных функций, (аналептики, сердечные гликозиды, антиаритмические средства, гормоны, диуретики по показаниям).

Острая тяжёлая интоксикация бензодиазепинами

- Восстановление проходимости дыхательных путей, кислородотерапия, при угнетённом внешнем дыхании — ИВЛ.
- Введение раствора флумазенила 0,3–0,6 мг в/в, затем в/в капельно.
- Инфузионная терапия в объеме 10–20 мл/кг, предпочтительно использование растворов антигипоксантов комплексных препаратов с буферными свойствами: стерофундин, ацесоль, дисоль.
- Симптоматическое лечение соматических осложнений.

Лечение острой тяжёлой интоксикации опиатами

- Восстановление проходимости дыхательных путей, кислородотерапия, при угнетённом внешнем дыхании — ИВЛ.
- Введение раствора налоксона 0,4–0,8 мг в/в, затем в/в капельно.
- Инфузионная терапия в объеме 20–30 мл/кг, предпочтительно использование детоксикационных средств с антигипоксическим эффектом: мнглумина натрия сукцинат 400–800 мл 1,5% раствора внутривенно капельно со скоростью 4,0–4,5 мл в минуту курсом 2–3 дня или цитофлавин 20–40 мл в разведении 200–400 мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно со скоростью 4,0–4,5 мл в минуту.
- Симптоматическое лечение соматических осложнений.

Средства, рекомендуемые для лечения тяжелых синдромов отмены опиатов

Синдром отмены опиатов

- Специфическая терапия (трамадол)
- Бензодиазепины
- Плазмаферез один раз в сутки, в течение 2–3 дней. Объем удаляемой плазмы составляет 5–10% объема циркулирующей плазмы за одну процедуру, при возвращении больному очищенной плазмы методом плазмосорбции объем перфузии составляет 0,5–1,0 объема циркулирующей крови.
- Нейролептики для купирования суицидального или агрессивного поведения (перициазин 5–30 мл в сутки), при некупирующемся психомоторном возбуждении (зуклопентиксол 50–70 мг в сутки), при больном синдроме и гиперстезии (тиаприд до 400 мг в сутки).
- Инфузионная терапия в объеме 10–20 мл/кг
- Нейрометаболическая терапия: никотинол гаммааминомасляная кислота по 0,05 три раза в сутки или гопантеновая кислота по 0,5 три раза в сутки.
- МДМ-терапия.
- Симптоматическое лечение, направленное на поддержание жизненно важных функций.

Инттоксикационные психозы в результате злоупотребления стимуляторами, галлюциногенами, каннабиноидами, холинолитиками и другими средствами, возбуждающими ЦНС

- Фиксация больного.
- Терапия, направленная на купирование психомоторного возбуждения, судорожных припадков: раствор диазепама 0,5% 2–4 мл внутримышечно, внутривенно, внутривенно капельно, до 0,06 г в сутки; или раствор феназепама 0,1% 1–4 мл внутривенно, внутривенно капельно, до 0,01 г в сутки.
- При некупирующемся возбуждении, судорожном состоянии — барбитураты короткого действия (тиопентал натрия, гексобарбитал до 1 г в сутки внутривенно капельно под постоянным контролем дыхания и кровообращения).
- Гемосорбция в объеме 1–2 объема циркулирующей крови.
- Инфузионная терапия в объеме 10–20 мл/кг.
- Раствор сульфата магния 25% 10 мл два раза в сутки.
- Симптоматическое лечение соматических осложнений.

Терапия тяжелого абстинентного синдрома вследствие употребления ПАВ

Задачи терапии:

- устранение нарушений, вызванных хронической интоксикацией
- лечение абстинентного синдрома
- предупреждение различных осложнений, вызванных хроническим злоупотреблением ПАВ
- подавление патологического влечения к ПАВ

Тактика терапии

- специфическая антидотная терапия
- инфузионная терапия
- симптоматическая терапия
- эфферентная терапия

Комплексный подход к терапии

- Использование ноотропов, гепатопротекторов (базисные средства), антиконвульсантов и др. психотропных средств

Критерии эффективности лечения

- Восстановление жизненноважных функций

Средства, рекомендуемые для лечения тяжелых синдромов отмены

Алкогольный АС, синдром отмены гипноседативных средств

- Литическое уменьшение доз алкоголя или специфическая терапия барбиратами (последние предпочтительны при судорожной готовности, припадках в анамнезе).
- Бензодиазепины
- Адреноблокаторы
- Плазмаферез один раз в сутки, в течение 2–3 дней. Объем удаляемой плазмы составляет 5–10% объема циркулирующей плазмы за одну процедуру, при возвращении больному очищенной плазмы методом плазмасорюции объем перфузии составляет 0,5–1,0 объема циркулирующей крови.

- Инфузионная терапия в объеме 40–50 мл/кг под контролем центрального венозного давления, электролитного баланса, кислотно-щелочное состояние крови, сахара крови и диуреза, при необходимости назначают диуретики, инсулин.
- В числе инфузионных средств применяют меглумина натрия сукцинат 400–800 мл 1,5% раствора внутривенно капельно со скоростью 4,0–4,5 мл в минуту курсом 2–3 дня или цитофлавин 20–40 мл в разведении 200–400 мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно со скоростью 4,0–4,5 мл в минуту курсом 2–3 дня, реополиглюкин 200–400 мл в сутки, стерофундин, ацесоль, дисоль.

- *Витамиотерапия:* тиамин 6% 4 мл внутримышечно, пиридоксин 5% 4 мл внутримышечно, никотиновая кислота 1% 2 мл внутримышечно, аскорбиновая кислота 5% 5 мл внутривенно, цианокобаламин 0,01% 2 мл внутримышечно.
- *Нейрометаболическая терапия:* семакс 0,1% раствор по 2–4 капли в нос 2 раза в сутки или гопантеновая кислота по 0,5 три раза в сутки.
- *Гепатопротекторы* (адеметионин по 400 мг 1–2 раза в сутки, тиоктовая кислота по 600 мг 1 раз в сутки)
- *Кислородотерапия*, гипербарическая оксигенация.
- МДМ-терапия.
- *Симптоматическое лечение*, направленное на поддержание жизненноважных функций (аналептики, сердечные гликозиды, антиаритмические средства, гормоны, диуретики по показаниям).

Тактика терапии опийного абстинентного синдрома

Опийный абстинентный синдром средней степени тяжести

- Обезболивающие средства
- Бензодиазепины
- Агонисты альфа-2 адреноблокаторов (клофелин)
- Антипсихотики с целью купирования суицидального или агрессивного поведения, психомоторного возбуждения, болевого синдрома, гиперестезии, нарушений сна
- Нейрометаболическая терапия
- Симптоматическое лечение, направленное на поддержание жизненноважных функций

Опийный абстинентный синдром тяжелой степени тяжести

- Обезболивающие средства
- Бензодиазепины
- Плазмаферез
- Инфузионная терапия в объеме 10–20 мл/кг
- Агонисты альфа-2 адреноблокаторов (клофелин, клонидин)
- Антипсихотики
- Нейрометаболическая терапия
- Симптоматическое лечение, направленное на поддержание жизненноважных функций

Средства, рекомендуемые для лечения тяжелых синдромов отмены опиатов

- Специфическая терапия (трамадол)
- Бензодиазепаны
- Плазмаферез один раз в сутки, в течение 2–3 дней. Объем удаляемой плазмы составляет 5–10% объема циркулирующей плазмы за одну процедуру, при возвращении больному очищенной плазмы методом плазмосорбции объем перфузии составляет 0,5–1,0 объема циркулирующей крови.
- Нейролептики для купирования суицидального или агрессивного поведения (перициазин 5–30 мл в сутки), при некупирующемся психомоторном возбуждении (зуклопентиксол 50–70 мг в сутки), при больном синдроме и гиперстезии (тиаприд до 400 мг в сутки).
- Инфузионная терапия в объеме 10–20 мл/кг
- Нейрометаболическая терапия: никотинол гаммааминомасляная кислота по 0,05 три раза в сутки или гопантеновая кислота по 0,5 три раза в сутки.
- МДМ-терапия.
- Симптоматическое лечение, направленное на поддержание жизненноважных функций.

Детоксикация синдрома отмены опиатов клофелином и налоксоном

Показания:

- Длительный стаж заболевания
- Высокая толерантность
- Резистентность к проводимой терапии

Дни	Препараты, дозы
1	Клофелин 0,9–1,5 мг на 3–4 приема
2	Клофелин 0,9 мг на 3 приема Налоксон 0,2 мг 2 раза в день в/м
3	Клофелин 0,6–0,9 мг на 3 приема Налоксон 0,4 мг 2 раза в день в/м
4	Клофелин 0,45–0,6 мг на 3 приема Налоксон 0,8 мг 2 раза в день в/м
5	Налоксон 0,4 мг 2 в/м как тест-доза

Общие принципы терапии болевого синдрома

- Средство обезболивания должно строго соответствовать интенсивности боли
- Средство обезболивания должно быть безопасно для пациента
- Обязательно сочетание наркотических анальгетиков с ненаркотическими
- Продолжительность назначения и дозы наркотических средств определяются врачом индивидуально для каждого пациента в зависимости от пола, причин и особенностей течения болевого синдрома

Средства, применяемые для купирования острой и хронической боли

Группа	Название
Антагонисты-агонисты опиатов	Трамал, трамадол
Ненаркотические анальгетики	Анальгин, диклофенак, кетанов, ксефокам
Антипсихотики	Тиапридал, сульперид, аминазин
Ингибитор протеиназ	Веро-наркап
Другие группы веществ	Нейропептиды, холинолитики

III этап — стабилизационный, осуществляется в амбулаторных условиях

- Продолжительность данного этапа реабилитации зависит от сформированности осознанной установки пациента на здоровый образ жизни и уровня адаптации во всех сферах жизнедеятельности.
- На этом этапе потенцируются результаты, достигнутые на предыдущих этапах, вырабатываются мотивы активного участия в программах противорецидивного лечения, вырабатываются навыки коммуникации, самоконтроля и самодисциплины, формируются и апробируются новые паттерны поведения в микросоциальной среде, семье, в проблемных ситуациях, закрепляются достигнутые результаты по восстановлению личностного, социального, семейного статуса и продолжению образования и трудовой деятельности.

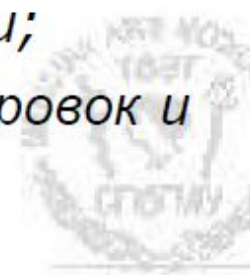
Наиболее значимыми для наркологической практики являются следующие осложнения терапии ОАС:

- 1. нейролептические состояния;*
- 2. фармакогенные психозы;*
- 3. лекарственный гепатит;*
- 4. острая пневмония;*
- 5. респираторный дисстресс-синдром взрослых (РДВС).*

1. Нейролептические состояния (1)

Частота нейролепсии в практике лечения ОАС объясняется:

- А) повышенной чувствительностью больных к экстрапирамидным и другим побочным действиям нейролептиков;*
- Б) недифференцированным применением нейролептиков без учета клинических особенностей и фармакологического профиля препарата;*
- В) особенностями индивидуальной переносимости;*
- Д) превышением индивидуально допустимых дозировок и рекомендованных доз;*
- Е) недостаточным применением препаратов-корректоров.*



1. Нейролептические состояния (2)

Нейролептические реакции у толерантных к опиоидам лиц отличаются выраженным своеобразием:

- нейролептики при наркомании могут действовать парадоксально и вместо седативного и общезатормаживающего эффектов приводить к растормаживанию и выраженному психомоторному возбуждению.
- Попытки увеличения дозы препарата могут вызвать своеобразную диссоциацию: нарастание у больных негативизма по отношению к лечебным мероприятиям и двигательное беспокойство на фоне резко ослабленного мышечного тонуса и снижения способности к осмыслению окружающего.
- нейролептики недостаточно влияют на влечение к наркотикам и лишь в слабой степени влияют на расстройства поведения больных в период ОАС и в постабстинентный ^период;
 - в развитии нейролептического синдрома психопатологические симптомы (психическая ригидность и акатизия) нередко опережают неврологические, что может усиливать расстройства поведения больных и приводить к снижению терапевтического контакта; нейролептики обладают недостаточной способностью облегчать засыпание у больных опийной наркоманией.

1. Нейролептические состояния (3)

При увеличении доз препаратов может развиваться парадоксальный эффект с растормаживанием, бессонницей и затруднением осмысления окружающего. Отмечена взаимосвязь между слабым вовлечением пациентов в лечебные программы и ассоциативной заторможенностью, вызванной действием нейролептических препаратов.

Определённое исключение из этого правила составляет КЛОЗАПИН (азалептин, клозарил, лепонекс), который обладает достаточно выраженной способностью купировать бессоницу у больных опийной наркоманией. Этот препарат - единственный притягательный для больных нейролептик, присутствующий в сфере незаконного оборота ПАВ. К другим нейролептикам у больных наркоманией отмечается стойкий негативизм.

1. Нейролептические состояния (4)

Безопасность терапии нейролептиками может существенно повышаться при соблюдении следующих правил:

1. Осторожное назначение нейролептиков лицам с признаками выраженной энцефалопатии, а также больным, злоупотребляющим алкоголем и обнаруживающим полинаркоманические тенденции.
2. Выбор нейролептиков в строгом соответствии с особенностями психопатологического синдрома.
3. Отказ от необоснованной массивной нейролептизации.
4. Быстрое снижение доз препаратов либо полная их отмена при появлении первых признаков нейролептического состояния.
5. Отказ от проведения детоксикации в амбулаторных условиях.

Недопустимым является использование в период ОАС нейролептиков пролонгированного действия (возможно для купирования компульсивного влечения через 10-14 дней после снятия абстиненции и при условии хорошей переносимости обычных нейролептиков).

Лечение нейролепсии при опийной наркомании симптоматическое:

- *холиноблокаторы центрального действия (паркопан, циклодол, акинетон);*

1. Нейролептические состояния (5)

Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС)

- *повышение мышечного тонуса;*
- *тахикардия;*
- *тахипное;*
- *повышение температуры тела;*
- *обильное потоотделение.*

Является безусловным показанием для проведения реанимационных мероприятий в условиях специализированного отделения (смертность до 10%).

Если находится в обычном психиатрическом (наркологическом) отделении, то до его перевода в реанимационное отделение необходимо:

- *восполнить потерю жидкости путем капельного введения инфузионных растворов с обязательным содержанием препаратов калия;*
- *добиться снижения температуры (жаропонижающие средства, влажные холодные обертывания);*
- *введение небольших доз гепарина (профилактика легочной эмболии).*

2. Фармакогенные психозы (1)

Раньше - редко, в последние годы до 8% (главным образом делирии).

К факторам риска развития делирия в период ОАС относятся:

- *злоупотребление алкоголем в преморбидном периоде и в периоды ремиссий;*
- *злоупотребление транквилизаторами и другими лекарственными препаратами снотворно-седативного ряда;*
- *наличие у больных органического поражения мозга различного генеза;*
 - *наличие у больных соматических заболеваний, развившихся или обострившихся на высоте ОАС.*



2. Фармакогенные психозы (2)

К препаратам, применение которых создает высокий риск развития делирия, относятся следующие лекарственные средства с выраженными холинолитическими свойствами:

- 1. нейролептики (аминазин, тизерцин, неупелтил, пипортил, азалептин, клопиксол, зипрекса);**
- 2. антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин, анафранил, синекван);**
- 3. антигистаминные (противоаллергические) - пипольфен, димедрол;**
- 4. холиноблокаторы {атропин, ицклодол, акинетон}.**

Делирий при опийной наркомании протекает более доброкачественно, чем при алкоголизме.

Препараты выбора при купировании:

- галоперидол; - диазепам;
- дроперидол - барбитураты;
- промедол - парацетамол.



СПбГМУ им. И.П. Павлова

www.spbm.ru

кафедра психиатрии и наркологии

Респираторный дистресс-синдром взрослых

- Редкое, но самое грозное осложнение (летальность от 50 до 90%).
- **РДВС - острая дыхательная недостаточность, вызванная некардиогенным отеком легких, нарушением функции внешнего дыхания и гипоксией.**
- Развитие РДВС является показанием для ИВЛ и лечения в условиях реанимационного отделения.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!