

УРГЕНТНЫЕ СОСТОЯНИЯ В НАРКОЛОГИИ

Выполнила: Науразбаева М.

Группа: 569 ОМ

Проверила: Пешкова Т.Я.

Неотложные состояния в наркологической практике

1. Выраженная интоксикация различной этиологии (алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами)
2. Интоксикационные психозы вследствие злоупотребления различными психоактивными веществами
3. Тяжелый абстинентный синдром
4. Острые алкогольные и другие психозы
5. Осложняющие соответствующий абстинентный синдром наркологические заболевания, протекающие на фоне выраженной сопутствующей соматической патологии
6. Выраженное патологическое влечение к психоактивному веществу
7. Побочные явления и осложнения при проводимой терапии (нейролептический синдром); резистентность к проводимой терапии
8. Судорожные состояния у больных хроническим алкоголизмом, токсикоманиями и наркоманиями
9. Смешанные состояния

Выраженная интоксикация различной этиологии
(алкоголем, наркотиками и другими психоактивными
веществами)



Признаки интоксикации тяжелой степени

Для алкогольной интоксикации тяжелой степени характерны угнетение сознания (глубокая оглушенность, сомноленция, сопор или кома) и вегетативных функций (артериальная гипотензия, гипотермия, бледность и синюшность кожи и слизистых, холодный липкий пот), пассивное положение тела, запах алкоголя в выдыхаемом воздухе, брадикардия, частый и слабый пульс. Возможны судороги, аспирация рвотных масс, ларингоспазм, остановка дыхания.

**Основные задачи терапии больных
в острой алкогольной
интоксикации тяжелой степени,
при атипичном и патологическом
опьянении – быстрое выведение
алкоголя из организма,
поддержание жизненно важных
функций, купирование
возбуждения.**

Интоксикационные психозы вследствие злоупотребления различными психоактивными веществами

- Делирии
- Галлюцинозы
- Параноиды
- Тяжелые (атипичные) психозы (с аментивноподобной симптоматикой)
- Энцефалопатии (Гайе-Вернике)

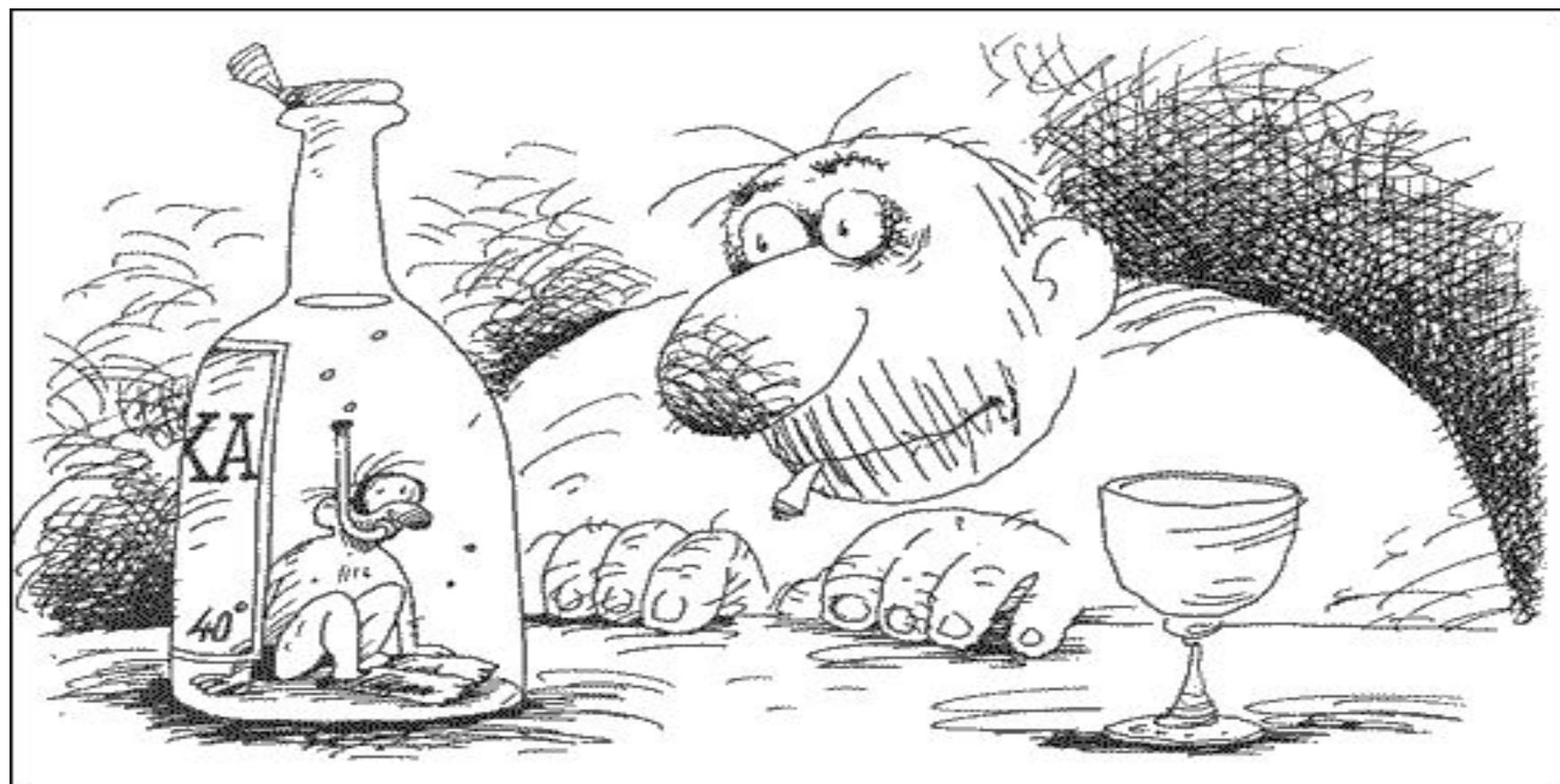
Особенности атипичных психозов

- Большая длительность по сравнению с так называемыми классическими формами
- Период иллюзорных и галлюцинаторных расстройств бывает очень кратковременным или не наблюдается вообще
- Их резистентность к традиционной терапии. Дополнительное назначение нейролептиков всегда приводит к ухудшению состояния, оказываются практически неэффективными седативные и снотворные препараты, применяемые обычно для купирования алкогольных делириев.
- Только массивная инфузионная терапия, форсированный диурез и особенно экстракорпоральные методы дезинтоксикации (плазмаферез) оказывают существенное положительное воздействие на динамику этих психозов.
- Из фармакотерапии эффективно применение ноотропов в высоких дозах в комплексной инфузионной терапии

Тяжелый абстинентный синдром

Интенсивной терапии требуют больные с тяжело протекающим абстинентным синдромом, а также с синдромом отмены на фоне выраженной сопутствующей соматической патологии. Основные задачи терапии больных с алкогольным абстинентным синдромом – выведение из организма токсинов экзо- и эндогенного происхождения при помощи методов интра- и экстракорпоральной детоксикации, купирование вегетативных, соматических, неврологических и психических расстройств, поддержание жизненно важных функций

Острые алкогольные и другие психозы,
осложняющиеся соответствующий абстинентный
синдром



Острые алкогольные психозы, развивающиеся у больных хроническим алкоголизмом в стационаре в процессе медикаментозного лечения.

- 1. Возраст больных старше 40 лет, длительный алкогольный анамнез, высокая толерантность.*
- 2. Алкогольный абстинентный синдром, расценивающийся как тяжелый или протекающий с большой представленностью неврологической патологии в его структуре.*
- 3. Выявляющиеся в анамнезе черепно-мозговые травмы, особенно тяжелые, эпилептиформные припадки, указание на перенесенные ранее делириозные эпизоды.*
- 4. Неадекватное применение методов интенсивной терапии.*
- 5. Назначение в остром абстинентном периоде различных нейролептиков и их сочетаний, в том числе широкого антипсихотического действия.*
- 6. Назначение в остром периоде тяжелого алкогольного абстинентного синдрома трициклических антидепрессантов и других препаратов, обладающих холинолитической активностью.*

Галлюцинозы и параноиды

Лечение галлюцинозов и параноидов сводится к назначению нейролептиков, наиболее эффективна комбинация галоперидола или трифтазина с аминазином или тизерцином в комплексе с большими дозами витаминов группы В.

Симптоматическое лечение назначают при необходимости

Энцефалопатия Гайе-Вернике

Начальные и особенно манифестные проявления психоза определяются симптомами, свойственными тяжело протекающим делириям, особенно мусситирующему. Дальнейшее ухудшение состояния определяется нарастающим оглушением, психическое состояние ухудшается на фоне тяжелого общего соматического и неврологического состояния. Все симптомы поражения нервной системы включают несколько групп расстройств: глазодвигательные нарушения, рефлекс орального автоматизма, гиперкинезы, нарушения мышечного тонуса, атаксию, вегетативные нарушения, признаки пирамидной недостаточности, трофические расстройства.

Острые алкогольные энцефалопатии

В исходе энцефалопатии Гайе–Вернике либо смерть в результате развития у больного полиорганной недостаточности, обычно в конце второй недели, либо развитие корсаковского психоза, психоорганического или псевдопаралитического синдромов.

При любом варианте и степени тяжести объем лечения и обследования должен быть максимальным. Основные задачи терапии больных с алкогольной энцефалопатией – поддержание жизненно важных функций (прежде всего дыхания, кровообращения, диуреза), выведение токсинов из организма, коррекция нарушенного метаболизма ЦНС

Наркологические заболевания, протекающие на фоне выраженной сопутствующей соматической патологии

Наиболее часто встречается патология печени с нарушением ее дезинтоксикационной функции, что приводит к вынужденному ограничению или полной невозможности проведения таким больным психофармакотерапии и требует немедленного применения методов интенсивной терапии.

Из других наиболее грозных осложнений следует назвать такие, как отек мозга в разной степени выраженности, сердечно-сосудистая недостаточность, гипоксия, токсико-аллергические реакции.

Помощь при наркологических расстройствах с выраженной сопутствующей соматической патологией

Таким больным проводят симптоматическую терапию, направленную на поддержание жизненно важных функций и коррекцию соматических нарушений. Назначают инфузионную терапию с целью дезинтоксикации и для коррекции нарушений водно-электролитного баланса и КЩС, улучшения реологических свойств крови в объеме 10–20 мл/кг под контролем центрального венозного давления, водно-электролитного баланса, КЩС и диуреза, витаминотерапию.

Для предупреждения и лечения отека мозга внутривенно вводят сульфат магния 25% – 10,0 внутривенно струйно, при необходимости раствор лазикса 10–20 мг внутривенно.

Выраженное патологическое влечение к психоактивному веществу

Основные задачи терапии таких больных – купирование патологического влечения к ПАВ комбинацией нейролептика с транквилизатором (например, галоперидола в дозе 5 мг и реланиума в дозе 10 мг).

Для купирования психомоторного возбуждения также целесообразно назначение нейролептика с транквилизатором – аминазина в дозе 50–100 мг или неупептила в дозе 10–15 мг и реланиума в дозе 10–20 мг или феназепама в дозе 1–2 мг.

Побочные явления и осложнения при проводимой терапии (нейролептический синдром), а также резистентность к проводимой терапии

- Нейролептический синдром
- Делириозные расстройства, спровоцированные назначением различных холинолитических средств
- Другой аспект этой же проблемы – терапевтическая резистентность части больных.

Коррекция осложнений терапии

Показана дезинтоксикация, прежде всего экстракорпоральная, инфузионная терапия, направленная прежде всего на коррекцию водно-электролитных нарушений и расстройств КЩС. Объем инфузии – 10–30 мл/кг в сутки под контролем центрального венозного давления, водно-электролитного баланса, КЩС и диуреза. Назначают также симптоматическую терапию, направленную на поддержание жизненно важных функций.

Терапия резистентности

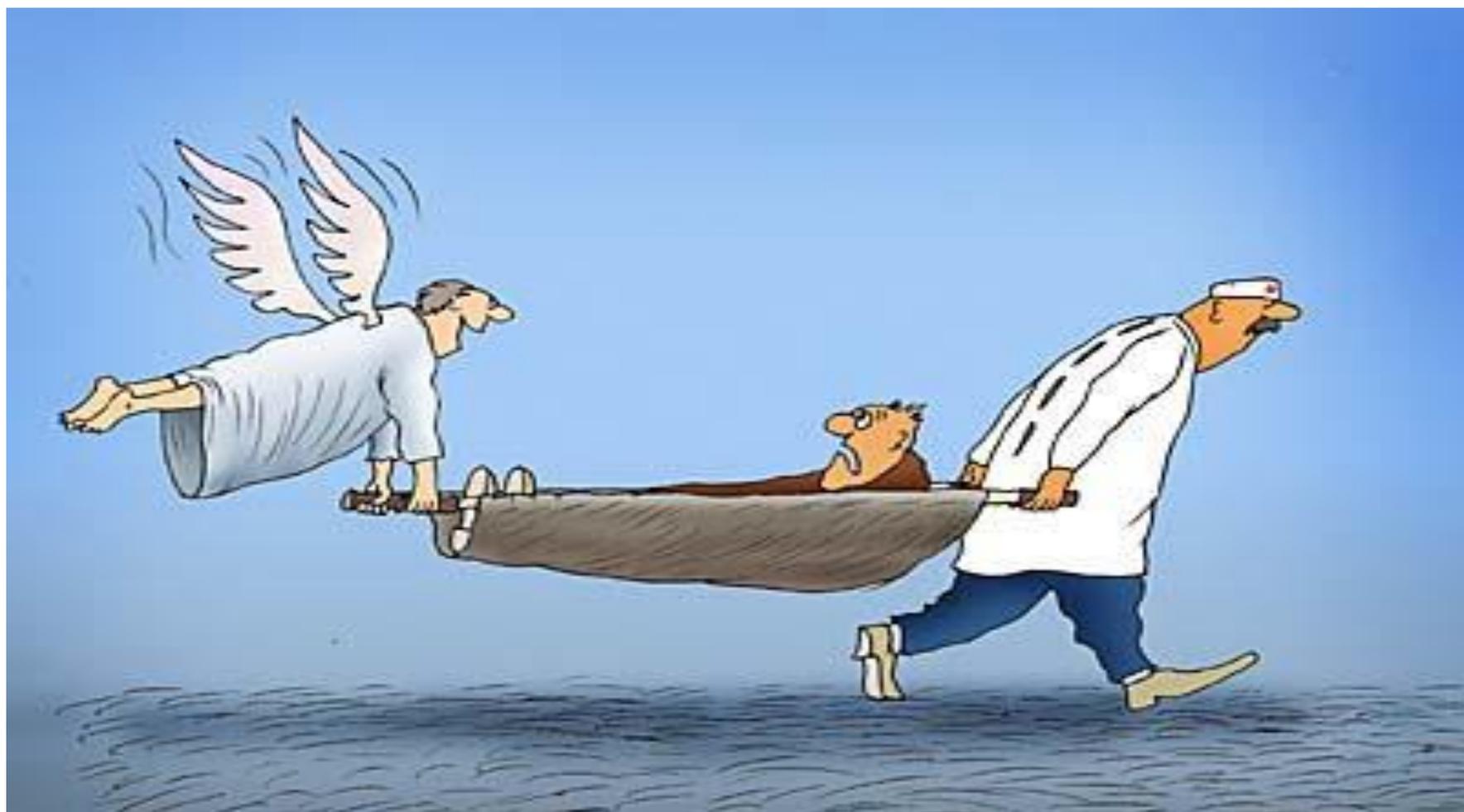
Терапия при резистентности к проводимой терапии в постабстинентном периоде: аутогемотерапия курсом в 5–10 инъекций, пирогенал 50–100 мкг внутримышечно курсом 10–30 инъекций, экстракт алоэ 1–2 мл подкожно курсом 20–30 инъекций, плазмаферез, внутривенное лазерное облучение крови.

Судорожные состояния у больных хроническим алкоголизмом,

токсикоманиями и наркоманиями

Интенсивную терапию начинают с мер по предотвращению западения языка, прикусывания языка, предупреждения возможных травм (фиксация в положении с приподнятым головным концом). При необходимости проводят восстановление проходимости дыхательных путей, санацию полости рта. Затем назначают 0,5% раствор диазепама 2–4 мл внутривенно медленно с целью купирования судорожного припадка. Допустимо также использование 0,1% раствора феназепама 2–4 мл внутривенно медленно. Необходимо также принять меры для предупреждения отека мозга: вводят сульфат магния 25% – 10,0 внутривенно струйно, при необходимости раствор лазикса 10 мг внутривенно.

Смешанные состояния



Алкоголизм – единственное заболевание, при котором встречаются неотложные состояния всех девяти групп.



Детоксикационные средства

- энтеросорбенты (активированный уголь, полифепан, энтеросгель)
- использование антидотов (налоксон)
- стимуляция естественных путей детоксикации (стимуляция диуреза, средства, улучшающие почечный кровоток, стимуляция дыхательного центра)
- инфузионная терапия (восполнение водных потерь, восполнение электролитных потерь, коррекция кислотно-основного состояния, улучшение реологических свойств крови, собственно детоксикация, витаминотерапия)
- экстракорпоральная детоксикация (гемосорбция, плазмаферез, ультрафильтрация, прямое электрохимическое окисление, квантовая гемотерапия).

Методы детоксикационной терапии

- **Стимуляция естественных путей детоксикации** (*восполнение водных потерь, восполнение электролитных потерь, улучшение реологических свойств крови, собственно дезинтоксикация, витаминотерапия*)
- **Использование методов искусственной детоксикации**
 - а) интракорпоральные методы (желудочный, кишечный и перитонеальный диализы, редко применяемые в наркологии и энтеросорбция*
 - б) экстракорпоральные методы (гемодиализ, гемосорбция, плазмосорбция, лимфосорбция и плазмаферез)*

Восполнение водных потерь

Введение 5% раствора глюкозы и 0,9% изотонического раствора натрия хлорида. В среднем назначают до 1 л раствора для инфузий, однако инфузионная программа должна меняться в зависимости от параметров кровообращения, диуреза и общего состояния

Восполнение электролитных потерь

Переливание 1% раствора хлорида калия, максимальное количество калия, вводимое за 24 ч – не более 150 мл 1% раствора. При необходимости коррекции дефицита магния и кальция производят инфузию соответственно 10–20 мл 25% раствора сернокислой магнезии и 10% раствора хлорида кальция. Конкретные дозировки устанавливают в зависимости от показателей водно-электролитного баланса, магнезия также снижает внутричерепное давление, снижает риск развития отека мозга

Улучшение реологических свойств крови

Т.е. повышение ее суспензионных свойств, уменьшение вязкости, уменьшение агрегации форменных элементов, увеличение осмолярности жидкости в сосудистом русле. Для этого проводят инфузию высокомолекулярных растворов, таких как реополиглюкин, реоглюман, полиглюкин. Эти растворы также обладают дезинтоксикационными свойствами. Однако к их применению имеются определенные противопоказания: тромбоцитопения, заболевания почек с анурией (диурез меньше 60 мл/ч), сердечная недостаточность и другие противопоказания для переливания больших количеств жидкости

Собственно дезинтоксикация

Переливание раствора гемодеза. Действие препарата основано на способности полимеров связывать, обезвреживать и нейтрализовать токсические вещества непосредственно в кровеносном русле. Образую комплекс с токсинами, низкомолекулярный поливинилпирролидон (гемодез) повышает для них проницаемость почечного барьера. Кроме того, гемодез способен усиливать почечный кровоток, клубочковую фильтрацию и, следовательно, увеличивать диурез. Рекомендуемая разовая доза – 400 мл гемодеза; повторное введение через 12 ч. Противопоказания к его введению: бронхиальная астма, острый нефрит, инфаркт мозга

Витаминотерапия

Витамины группы В и С, участвующие в образовании ферментов и коферментов, которые способствуют окислительно-восстановительным процессам в организме, влияют на тканевое дыхание, углеводный обмен, деятельность периферической нервной системы.

Детоксикация

При лечении больных делирием из солевых растворов предпочтение можно отдать плазмалиту сбалансированному по основным (К, Na, Mg) электролитам (800-1000,0 мл)

Детоксикация при поражении почек

При затруднении диуреза используют выделение токсинов через другие пути – стимуляция вентиляции, потоотделения, диареи. Этот метод в наркологии используется редко, хотя имеются отдельные сведения об их эффективности

Экстракорпоральные методы

Основным недостатком гемодиализа, гемо-, плазмо- и лимфосорбции являются травмирующее действие процедур на форменные элементы крови и потеря вместе с токсинами большого количества необходимых веществ и клеток

Плазмаферез

Является наиболее оптимальным методом, с позиции соотношения эффективности и безопасности. Для подготовки больного к операции плазмафереза необходимо провести следующие исследования: общий анализ крови, определение общего белка плазмы, мочевины, креатинина, АЛАТ, глюкозы, билирубина и его фракций, натрия и калия плазмы крови, гематокрита, времени свертывания крови, артериального и центрального венозного давления.

Эффекты применения плазмафереза (Н.В. Стрелец, С.И. Уткин, Н.Н. Деревлев, 2000)

Включаются не только в непосредственном удалении токсинов и ЦИК, но и в общем неспецифическом стимулирующем действии метода на обмен веществ, состояние иммунного статуса, улучшение микроциркуляции и метаболизма кислорода в тканях, что приводит к повышению чувствительности больного к проводимой фармакотерапии и соответственно к сокращению длительности и интенсивности неотложных состояний, уменьшению риска возникновения осложнений, существенному улучшению субъективного самочувствия больных и объективных клинических показателей

Внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК)

У больных алкоголизмом также приводит к нормализации метаболизма, функций вегетативной нервной системы, мобилизации защитных сил организма, а в конечном счете дает значительный лечебный эффект в преодолении терапевтической резистентности у данной категории больных

Основные принципы фармакотерапии неотложных наркологических состояний

- синдромальный подход
- комплексность
- совместимость применяемых лекарственных средств

Фармакотерапия

- сердечно-сосудистые средства
- гепатотропные средства
- лечение вегетативных
- неврологических
- психопатологических нарушений

Сердечно-сосудистые средства

Если у больных отмечается "диссоциация" систолического и диастолического давления с сокращением или увеличением разницы между ними, назначают средства с преимущественным инотропным действием (сердечные гликозиды – 0,06% раствор коргликона 1 мл или 0,05% раствор строфантина 1 мл, если же наблюдается равномерное падение этих показателей, целесообразно назначение препаратов с преимущественным воздействием на сосудистую систему (20% раствор кофеина 1–2 мл или 1 мл стандартного раствора кордиамина).

Симптоматическая (алкогольная) артериальная гипертензия

- При тенденции к повышению артериального давления внутримышечно или внутривенно вводят 10–20 мл 25% раствора сернокислой магнезии.

Алкогольная кардиопатия

Терапия данных состояний
определяется типом аритмии и/или
степенью атриовентрикулярной
блокады

Поражения печени

Также одним из наиболее частых осложнений хронической интоксикации являются поражения печени в диапазоне от хронических токсических гепатитов до циррозов (эссенциале, карсил, гептрал). Гепта-мерц, назначаемый в первые дни терапии внутривенно капельно по 10,0 №3, а затем перорально по 1-2 гранулята 2 раза в сутки № 3-6.

L-орнитин-L-аспартат (гепа-мерц)

- Снижает содержание аммиака, способствует восстановлению экспрессии генов, влияющих на синтез белков клеток астроглии
- Восстанавливает функции астроцитов и нейронов (**нейропротективный эффект**)
- Способствуя снижению образования ароматических аминокислот, уменьшает синтез глутамина
- Устраняет избыточную проницаемость гематоэнцефалического барьера

Лечение вегетативных нарушений

Применяются вегетостабилизаторы, прежде всего транквилизаторы бензодиазепинового ряда (диазепам, нитразепам, лоразепам, рудотель, грандаксин и др.)

Неврологические нарушения

При алкоголизме и других зависимостях от ПАВ наибольшее значение имеют полиневриты, энцефалопатии (часто смешанного генеза – токсического и травматического)

Лечение неврологических расстройств

Средства, улучшающих мозговое кровообращение (2,4% раствор эуфиллина по 5,0 до 3–4 раз в сутки, кавинтон 0,5% раствор 2,0 на 500 мл физиологического раствора в виде капельной инфузии до 3 раз в день, а также циннаризин внутрь по 25 мг 2–3 раза в день и др.), микроциркуляцию (трентал 2% раствор 5,0 на 250–500 мл физиологического раствора для медленного внутривенного введения до 2–3 раз в сутки) и метаболизм (препараты ноотропного ряда)

Причины низкой курабельности наркологических расстройств

- Недостаточная мотивация больных к лечению и излечению
- Фармакорезистентность влечения к ПАВ (как и других аддиктивных влечений)



НЕТ НАРКОТИКАМ!

