

**Неотложные состояния
в психиатрии и наркологии
Часть 2**

Синдромы выключения сознания (1)

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

Возможно несколько вариантов развития синдромов выключения сознания:

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

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

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

Синдромы выключения сознания (2)

- **Наличие очаговых неврологических симптомов** указывает на непосредственное очаговое повреждение вещества головного мозга – в большинстве случаев ОНМК (инфаркт мозга или внутримозговое кровоизлияние) или ЧМТ (ушиб головного мозга); Диагноз ставится клинически и подтверждается КТ или МРТ (нейровизуализация). Может потребоваться экстренное нейрохирургическое вмешательство.
- **Отсутствие очаговых неврологических симптомов** указывает на интоксикацию, нарушения системной гемодинамики, тяжелые метаболические расстройства, тяжелые системные инфекции или субарахноидальное кровоизлияние (САК). Диагноз ставится на основании клинических и лабораторных данных. КТ и МРТ обычно малоинформативна. Такие состояния обычно лечатся терапевтически (исключение – САК) .
- **Внезапная утрата сознания** обычно связана с нарушениями системной гемодинамики, ОНМК или ЧМТ.

Пример: пароксизм желудочковой тахикардии, ТЭЛА, ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние, внутримозговое кровоизлияние, внутреннее кровотечение

Внезапная утрата сознания с его быстрым восстановлением — характерна для сотрясения головного мозга, проходящих нарушений ритма сердца (пароксизма тахиаритмии, эпизода асистолии, приступа Морганьи-Эдемса-Стокса), проходящих нарушений мозгового кровообращения

Постепенная утрата сознания обычно связана с интоксикацией, метаболическими

Синдромы выключения сознания (3)

Принципы неотложной помощи:

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

ДАЖЕ ЛЕГКОЕ ОГЛУШЕНИЕ ТРЕБУЕТ НЕОТЛОЖНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ Т.К. ОТРАЖАЕТ ТЯЖЕСТЬ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ

Отказ от еды (1)

Причины:

- **Дисморфомания** (особенно у молодых девушек)
- **Тяжелая или среднетяжелая депрессия**
- **Бред отравления, обонятельные и вкусовые галлюцинации**
- **Относительная причина – беспомощность больного при слабоумии и отсутствии надлежащего ухода – невозможность приобрести и приготовить пищу**

Признаки:

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

● **Важные особенности:**

Нарастающее снижение массы тела с развитием истощения должно вызывать у врача **онкологическую настороженность, настороженность в отношении**

- **депрессии и деменции** (особенно пожилые больные), а так же **настороженность в отношении дисморфомании** (молодые девушки)

Отказ от еды (2)

Неотложная помощь:

1. При тяжелом истощении (особенно при развитии осложнений) – госпитализация в реанимационное отделение или ПСО, обследование и налаживание парентерального питания:

- Провести биохимический и клинический анализ крови (уровень глюкозы и электролитов, гематокрит) – важно для адекватного лечения – гипогликемия может сочетаться с гипергидратацией («голодные» отёки) или дегидратацией (приём мочегонных и слабительных с целью «похудания»)

-При выраженной дегидратации – регидратация физ.р-ром (объем – по состоянию)

-При выраженных «голодных» отёках – осторожное введение гипертонического р-ра глюкозы и р-ра альбумина

- Начинать лечение следует с введения 5% р-ра глюкозы с хлоридом калия или аспаркамом (панангином). Обязательно дополнить введением тиамин (В1) и аскорбиновой к-ты (С).

После нормализации уровня глюкозы крови можно продолжать введение глюкозы с

- небольшими дозами инсулина короткого действия (8 ЕД на 400 мл 5% р-ра глюкозы) – для «усвоения» глюкозы

- Далее к лечению можно подключить аминокислотные (аминоплазмаль, инфузамин и др.) и липидные (липофундин и др.) препараты, а при согласии больного – осторожно начать

- энтеральное питание в минимальном объеме

Психотропные препараты не применяются (исключение – психомоторное возбуждение - см. выше)

Тяжёлое (глубокое) алкогольное опьянение

Опьянение средней глубины проявляется шаткостью походки и дизартрией

Тяжёлое алкогольное опьянение проявляется нарастающим выключением сознания – появляется лёгкое оглушение с мышечной гипотонией, которое быстро может перейти в глубокое оглушение, сопор и кому

Неотложная помощь необходима при появлении признаков оглушения у опьяневшего

Принципы помощи:

1. Удаление невсосавшегося яда (алкоголя)

При сохранённом сознании – вызывание рвоты и промывание желудка «ресторанным» способом

При глубоком оглушении вызывание рвоты противопоказано – риск аспирации

При утрате сознания промывание желудка зондом возможно после интубации

1. Обеспечение адекватного внешнего дыхания

Смерть опьяневших чаще всего связана с нарушениями внешнего дыхания (западение языка, аспирация)

На догоспитальном этапе требуется уложить опьяневшего с приподнятой верхней половиной туловища и повернутой на бок головой

При западении языка – выдвигание и удержание нижней челюсти; при аспирации – удаление рвотных масс путём «вытряхивания» или с помощью электроотсоса

На этапе стационарной помощи – установка воздуховода или интубация (второе предпочтительнее)

- 1. Ускорение метаболизма алкоголя и восстановления функций ЦНС** – внутривенное введение гипертонического раствора глюкозы 10% (получаем из 5% р-ра+40% р-ра в соотношении) с 8 ЕД инсулина короткого действия и тиамин (В1) – 4.0 мл, можно добавить пирацетам 20 мл в\в струйно «в резинку»
- 2. Коррекция ацидоза и ощелачивания плазмы** – гидрокарбонат натрия 200.0-400.0 мл в\в быстро капельно

Особенности !!!:

● **Дыхательные analeптики (кордиамин, кофеин) применять не рекомендуется** – низкая эффективность и высокий риск побочных эффектов (судороги, вторичное угнетение дыхательного центра). При

- **После выхода из комы** (при правильном лечении происходит за 1-3 часа) врачу часто приходится невозможности выполнения пунктов 3) и 4) допустимо однократно подкожно ввести 2 мл кордиамина или

Передозировка опиатов или опиоидов

- Наиболее часто встречается передозировка наркотика у героиновых наркоманов
- Чаще происходит после проведения курса лечения (снижение толерантности) или при приобретении больным наркотика в непривычном месте (продаваемый порошок представляет собой героинсодержащую смесь произвольного состава с разной концентрацией наркотика)
- Часто происходит при комбинации героина с транквилизаторами и снотворными средствами

Клиническая картина:

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

Неотложная помощь:

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

1. При отсутствии пульса и/или спонтанного дыхания **немедленно начать реанимационные мероприятия;**
2. Ввести больному **внутривенно** последовательно **1 мл налоксона, 40 мл 40% глюкозы и 4 мл тиамина.**

При отсутствии эффекта через 2-3 минуты ввести **еще 1 мл налоксона**

При отсутствии эффекта введение **налоксона можно повторять несколько раз** с интервалом 2-3 минуты

При изолированной передозировке героина сознание должно быстро восстановиться

Если после введения 4 мл налоксона нет положительной динамики (восстановление спонтанного дыхания и сознания) следует подумать о других причинах развития комы

1. **Госпитализировать пациента** в отделение реанимации (интенсивной терапии)

• **Особенностью** улучшения может последовать **повторное развитие комы**

Основные виды абстинентных синдромов

Абстинентный синдром (синдром отмены) – комплекс психических, соматовегетативных и неврологических нарушений, возникающих у зависимых лиц после прекращения приёма психоактивного вещества (ПАВ)

- Возникает **только во второй стадии зависимости** от ПАВ, поэтому постановка такого диагноза
- автоматически ведёт к постановке диагноза синдрома зависимости второй стадии

В практической работе врачам **чаще всего приходится сталкиваться с тремя основными разновидностями абстинентного синдрома (или их сочетанием):**

1. Алкогольный абстинентный синдром (синдром отмены алкоголя) – встречается наиболее часто;

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

-у женщин и пожилых пациентов часто наблюдается зависимость от спиртосодержащих лекарственных настоек, а не спиртных напитков в традиционном виде, что так же необходимо учитывать

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

3) Опиатный абстинентный синдром – наиболее часто встречается и наиболее тяжело протекает синдром отмены героина;

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

Алкогольный абстинентный синдром (1)

Основные типичные клинические проявления:

- Тревога и двигательное беспокойство (вплоть до психомоторного возбуждения)
- Выраженный тремор рук и туловища
- Тахикардия, гиперемия кожных покровов, гипергидроз
- Артериальная гипертензия
- Бессонница
- Выраженное влечение к алкоголю

-В состоянии синдрома отмены алкоголя находятся до четверти всех пациентов, обращающихся за неотложной помощью – **это одно из наиболее частых неотложных состояний**

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

-Алкоголизация и развитие абстинентного синдрома неминуемо **приводит к ухудшению течения** имеющихся у больного **хронических заболеваний** (ГБ, ИБС, ХОБЛ, СД, хр.панкреатит, хр.гепатит и др.)

- Всегда **сопровождается выраженными соматовегетативными и неврологическими нарушениями** (в т.ч. электролитными расстройствами и гиперкатехоламинемией) – **высокий риск внезапной смерти** больного при несвоевременном и неправильном лечении

-**Часто возникает после экстренных операций** (травмы, панкреатит, кровотечения в ЖКТ, перфорация язвы и др.) у больных алкоголизмом (запой) **в послеоперационном периоде**

-Часто **осложняется развитием судорожного синдрома и алкогольного делирия** – **особенно при несвоевременном и неправильном лечении**

-Как видно из описания **клинические проявления носят неспецифический характер**, поэтому в

сомнительных случаях (больной отрицает прием алкоголя) можно воздержаться от постановки диагноза

Алкогольный абстинентный синдром (2)

Принципы ведения больных:

- Лечение проводится в соматическом стационаре лечащим врачом пациента, при наличии психиатра (нарколога)-консультанта под его контролем (перевод в психиатрический\нарк. стационар не показан)
- При наличии соматического заболевания (травмы) проводится тщательное лечение этого заболевания параллельно с лечением алкогольного абстинентного синдрома (ААС):

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

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

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

4) **Применение витаминов – строго обязательно!!!** - см. лечение алкогольного делирия

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

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

2. **Применение ноотропов, антигипоксантов и нейропротекторов** (пирацетам, мафусол, глиатилин, милдронат и др.)

Категорически противопоказано применение карбоксимидов, нейролептиков-блокаторов и триаприда!!!

Героиновый абстинентный синдром (1)

Детальную клиническую картину с динамикой симптомов во времени см. в соответствующем разделе электронного учебника и презентации «Наркомании».

- В отличие от больных алкоголизмом, больные героиновой наркоманией обычно не скрывают факт зависимости и сами настаивают на лечении абстинентного синдрома.
- Абстинентный синдром имеет типичную клиническую картину, что в сочетании с данными анамнеза и объективного осмотра больного позволяет установить правильный диагноз

Героиновые наркоманы обычно поступают в соматический стационар в связи с передозировкой наркотика или развитием хирургических гнойных осложнений (абсцессы, флегмоны, острый тромбофлебит и др.). Реже госпитализация может быть в связи с бактериальным эндокардитом,

- сепсисом, декомпенсацией вирусного гепатита, пневмонией, оппортунистическими инфекциями (СПИД) и др.

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

-

Особенности ведения больных с героиновым абстинентным синдромом (ГАС):

- Если у пациента нет серьёзной сопутствующей патологии – рекомендуется перевод в наркологический стационар (в отличие от ААС) в связи с трудностью и длительностью лечения ГАС
- При наличии серьёзной соматической патологии, препятствующей переводу, пациент продолжает лечение в соматическом стационаре (или ПСО) под контролем психиатра (нарколога) - консультанта
- ГАС отличается затяжным тяжёлым течением (по сравнению с ААС) – до 10-14 суток
- у героинового наркоманов в подавляющем большинстве случаев (более 90%) имеется микст-вирусный гепатит; очень часто имеется ВИЧ – инфекция и СПИД (в т.ч. с оппортунистическими инфекциями), поэтому предпочтительно назначение препаратов перорально (при возможности)

Героиновый абстинентный синдром (2)

Лечение:

- дезинтоксикационная терапия обычно не проводится** (если нет дополнительных соматических показаний) **т.к.** не улучшает состояние больного, но **усиливает явления абстиненции**
- допустимо **применение транквилизаторов** в таблетках или внутримышечно дробно (S.Phenazepam 0.1% - до 10 мл\сут (таблетки до 10 мг\сут), S.Diazepam 0.5% - до 12 мл\сут (таблетки до 60 мг\сут))
 - тиаприд** до 800 мг\сут в таблетках или в\м (2-3 приёма)
 - фенибут** – 2 таб утром и днём, 3 таб на ночь
- ненаркотические анальгетики (НПВС)** в таблетках или в\м (кетопрофен и диклофенак наиболее эффективны и обладают наиболее сильным действием) в обычных суточных дозах
 - клофелин** – таблетки 0.075 мг – 2 таблетки три раза в день **под контролем АД**
- **поливитамины перорально (обязательно с содержанием витаминов группы «В»)**

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

Следует быть готовым к шантажному и криминальному поведению таких больных

- Важно проявлять строгость в работе с такими пациентами, однако строгость не отменяет принципов гуманности и не должна выходить за рамки допустимого в отношениях «врач-пациент»
- Необходимо наладить с больным терапевтический контакт («лекарства не устраняют, но облегчают симптомы»; «лечение в обмен на соблюдение режима»)

Нейролептики (кроме тиаприда) использовать крайне нежелательно – высокий риск тяжёлых

Синдром отмены транквилизаторов и снотворных средств

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

Клинические проявления:

- Выраженная тревога и беспокойство (вплоть до психомоторного возбуждения)
- Бессонница
- Мышечные подергивания (миоклонии)
- Выраженный тремор рук
- Судорожные припадки

Лечение:

В основе лечения лежит применение самих транквилизаторов и снотворных с постепенным

- **медленным снижением дозы и последующей полной их отменой**
- Можно применять тот же препарат, который принимал больной;
- Можно использовать феназепам или диазепам в таблетках

Доза транквилизатора (снотворного) подбирается эмпирическим путём – **назначается та доза, которая значительно уменьшит явления абстиненции**; в дальнейшем эта доза медленно снижается – **не более**

- **чем на 1\5 за три дня** (т.к. речь идёт об «учётных» препаратах – лучше проводить лечение под контролем психиатра (нарколога) или использовать «тайком» препараты самого больного – позволив ему их принимать, не отражая это в истории болезни – подобная тактика оправдана «во благо больного»)

Панические атаки и вегетативные кризы

- Представляют собой сборную группу остро возникающих полиморфных приступов тревоги и страха с выраженными сомато-вегетативными проявлениями
- Встречаются в клинической картине многих т.н. «пограничных» (непсихотических) психических расстройств (неврозов, маскированных депрессий и др.) и при соматогенной астении
- Детальную клиническую картину см. в разделе «психогенные расстройства» электронного учебника

Основные клинические проявления:

-приступообразно возникающая **тревога** (неспецифическое состояние, не имеет чёткого содержания)

-**страх** (имеет чёткое содержание, например – страх умереть от «сердечного приступа» в метро)

-**вегетативные проявления тревоги и страха** (чрезвычайно разнообразные симптомы – зависят от особенностей вегетативной нервной системы пациента) – чаще всего встречаются: тахикардия, гипергидроз, ощущение затруднения дыхания, сухость во рту, абдоминальный дискомфорт, головокружение, дрожание рук;

-**приступы полиморфны** (отсутствует стереотипность), **имеют разную длительность** и обычно связаны с состоянием эмоционального напряжения, хотя могут возникать и на фоне полного благополучия

Следует дифференцировать с вегетативно-висцеральными парциальными припадками при эпилепсии,

- пароксизмами аритмий, гипогликемическими состояниями, интоксикационными расстройствами, проявлениями абстинентного синдрома, приступами феохромоцетомы и др.

В отличие от многих неотложных состояний панические атаки **не несут угрозы для жизни больного, но являются крайне тягостными** для пациента, **требуют исключения действительно опасных острых соматических состояний** и поэтому требуют неотложной помощи,

Помощь во время приступа:

-Усадить больного

-Проверить пульс (для исключения пароксизма аритмии)

-Постараться успокоить пациента

-Предложить дышать в более спокойном ритме, можно предложить дышать в бумажный или полиэтиленовый

приступ в уже возникающей с ней опасности. Большие возможности имеют в этом отношении (валидол) и с

Острые отравления психотропными препаратами (1)

- Могут носить преднамеренный (суицид, наркомании) или случайный характер (в т.ч. у пожилых и детей)
- Часто встречаются **при наркоманиях, политоксикоманиях и алкоголизме**, когда больные комбинируют высокие дозы психотропных средств с целью вызывания опьянения или облегчения явлений абстиненции
- Часто встречаются **среди пациентов с психическими расстройствами**, которым психотропные препараты назначаются с лечебной целью
- **В нашей стране наиболее часто встречаются отравления транквилизаторами и снотворными средствами**, реже нейролептиками и антиконвульсантами

Последние годы **в связи с широким назначением антидепрессантов всё чаще встречаются случаи отравления препаратами этой группы**

Клиническая картина отравления состоит из неспецифических и специфических симптомов:

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

Частая причина отравления – применение недопустимых комбинаций различных лекарственных

- **препаратов (см. далее) по вине врача !!! Перед назначением любого нового лекарственного препарата врач обязан собрать у пациента подробный лекарственный анамнез и убедиться в безопасности назначения нового лекарства**

Детально вопросы лечения отравлений см. в курсе токсикологии и в информации для специалистов по конкретным лекарственным препаратам (всегда отражена клиническая картина и лечение передозировки)

Лечение состоит из двух основных этапов:

- **специфическое лечение отравления** после установки диагноза (включая **антидоты при возможности**)
- **реанимационные мероприятия и стабилизация жизненно важных функций** (уже на этом этапе положено

Острые отравления психотропными препаратами (2)

- **Амитриптилин и другие трициклические антидепрессанты** – кома или делирий, выраженный холинолитический синдром, артериальная гипотензия, нарушения ритма сердца, высокий риск желудочковой тахикардии и фибрилляции – отравления отличаются высокой летальностью из-за нарушений сердечного ритма - специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое, диализ неэффективен
- **Аминазин и сходные препараты (тизерцин, хлорпротиксен)** – угнетение сознания, выраженная артериальная гипотензия, холинолитический синдром - специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое, диализ неэффективен
- **Тиоридазин** – угнетение сознания, высокий риск желудочковых аритмий и внезапной смерти - специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое
- **Феназепам и другие бензодиазепины (диазепам, нитразепам и др.)** – нарастающее угнетение сознания –антидот – флумазенил, при нарушениях дыхания – перевод на ИВЛ, диализ малоэффективен
- **Барбитураты (фенобарбитал, комбинированные барбитуратсодержащие препараты, бензонал и др.)** – кома и угнетение дыхания – антидота нет, показан перевод на ИВЛ до восстановления спонтанного дыхания и форсированный диурез с ощелачиванием плазмы
- **Галоперидол и сходные препараты (клопиксол, трифтазин)** – психомоторное возбуждение, повышение мышечного тонуса, острая дистония, судорожные припадки – антидот отсутствует, диализ неэффективен, лечение симптоматическое
- **Антидепрессанты группы СИОЗС (флуоксетин, сертралин, пароксетин и др.)** – психомоторное возбуждение, судороги, рвота - антидот отсутствует, диализ неэффективен, лечение симптоматическое
- **Карбамазепин** – нарастающее угнетение сознания или делирий – специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое, диализ неэффективен

Опасные и нежелательные комбинации лекарственных средств

- **Во всех случаях перед назначением нового лекарственного препарата по любому поводу следует собрать у пациента детальный лекарственный анамнез и убедиться в возможности сочетания назначаемого препарата с уже принимаемыми лекарствами !!!**
- Пациент может отказаться сообщать лечащему врачу об имеющемся у него диагнозе психического заболевания (это полное право пациента), но назвать принимаемый психотропный лекарственный препарат
- **Особенно часто отмечаются опасные комбинации антидепрессантов, нейролептиков и антиконвульсантов с другими лекарственными средствами (это связано с особенностями фармакодинамики и фармакокинетики этих психотропных препаратов)**

В данном списке указаны наиболее частые опасные и нежелательные комбинации психотропных препаратов с соматотропными средствами и между собой (следует детально проверять для каждого лекарственного препарата в отдельности):

Гипотензивные средства и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты

Антиаритмические препараты и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты

Антигистаминные средства и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты

Средства для наркоза (общие анестетики, миорелаксанты) и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты

Антидепрессанты\нейролептики и адреномиметики (включая средства для симптоматического лечения ОРВИ и средства для лечения бронхиальной астмы)

Антидепрессанты\нейролептики и симпатомиметики (включая средства для симптоматического лечения ОРВИ и средства для лечения бронхиальной астмы)

Противовирусные препараты и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты

Антидепрессанты и наркотические анальгетики

Острые осложнения при применении психотропных средств (1)

- В отличие от отравлений указанные реакции возникают при применении терапевтических доз препаратов (в том числе и по правильным показаниям)
- Эти осложнения имеют типичную клиническую картину и требуют неотложной помощи
- К ним относятся – **лекарственный делирий и антихолинергический синдром, острая дистония, акатизия, злокачественный нейролептический синдром и серотониновый синдром**

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

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

Лечение: обязательная отмена препарата, симптоматическая терапия, лечение проводится в соматическом стационаре по принципам лечения соматогенного делирия (см.выше);

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

Лечение: лечение проводится в соматическом стационаре; диазепам 0.5% - 2.0 в\мл или феназепам 0.1% - 2.0 мл в\мл или димедрол 1% - 2.0 в\мл – обычно симптомы проходят через 20-30 минут после введения транквилизаторов или димедрола, но может потребоваться повторное их назначение; отмена нейролептика до консультации психиатра; (неусидчивость);

Острые осложнения при применении психотропных средств (2)

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

Клиническая картина: тревога, агитация, делирий, гиперрефлексия, гипергидроз, грубая атаксия, миоклонии, лихорадка, тошнота и рвота (должны присутствовать более трёх симптомов вместе после назначения/изменения дозы серотонинергического лекарственного препарата);

Степень выраженности симптомов может быть различной;

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

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

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

Степень выраженности симптомов может быть различной;

крови, коррекция КЩС и электролитов, интенсивная дезинтоксикационная терапия (включая плазмаферез),