

Психиатрия және Наркология кафедрасы

● **Психиатриядағы ургентті
жағдайлар.**

● **Орындаған: Махан Айнур**

● **613 топ**

● **Ақтөбе 2017**

Жоспар

I.Кіріспе бөлім

II. Негізгі бөлім

- Жиі кездесетін ургентті жағдайлар:
- - психомоторлы қозу
- - суицидтік мінез-құлық
- - тамақтан бас тарту
- - алкогольді делирий-ауыр ағымды делирий
- - эпилепсиялық статус
- - фебрилді шизофрения
- - қатерлі нейролептикалық синдром
- - психотропты заттармен улану

III. Қорытынды бөлім

IV. Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

Психиатрия және наркологиядағы ургентті жағдайлар – науқастың өміріне, денсаулығына, сонымен қатар қоршаған ортаға қауіп төндіретін, жедел медициналық көмекті қажет ететін кенеттен дамидын жедел психопатологиялық жағдай.

Психикалық бұзылыстармен жүретін жедел жағдайларды пайда болу механизміне байланысты бірнеше топтарға бөлеміз:

Психикалық ауруларда кездесетін шұғыл жағдайлар (мысалы, меланхолиялық депрессияда болатын суицидті жағдайлар)

Наркоманияда, алкоголизмде, токсикаманияда кездесетін шұғыл жағдайлар (алкогольді делирия, героинмен улану)

Айқын психикалық бұзылыстармен жүретін шұғыл соматикалық жағдайлар (перитонит кезінде дамидын делирия)

Психотропты препараттармен жоспарлы түрде емдеу кезінде дамидын шұғыл жағдайлар (жедел дистония, серотонинді синдром)

Психомоторлы қозу

Психомоторлы қозу — науқастың психикалық жағдайының бұзылуына байланысты әр түрлі дәрежедегі қимыл қозғалысының және сөйлеу қабілетінің бұзылысымен (көп сөйлегіштік, сөз құрамының өзгерісі, т.б.) жүретін патологиялық жағдай.

Жиі кездесетін психомоторлы қозу түрлері:

- Галлюцинаторлы
- Үрейлі (тревожное)
- Дисфориялық
- Депрессиялық
- Маникалды
- Аффективті — шокты
- Кататониялық және гебефренді

Клиникалық көріністері:

- - қимыл қозғалыстың қозуы
- - үрей, өзін-өзі жоғалту.
- -галлюцинациялық, сандырақтық, кататониялық симптомдармен тез алмасып отыратын көріністер.
- - сананың бұлыңғырлануы: делирий, онейроид, сумеркалық жағдай, сандырақтар т.б.
- Науқастар абыр-сабыр болып жүреді, ойдан шығарған андушылардан қашып жүреді, терезеден секіреді, жолдың қарсы бетіне өте салады, бөтен адамдарға шабуыл жасауыда мүмкін. Қозуды дереу басып және науқасты госпитализациялау керек.

Алғашқы көмек

- Науқасты физикалық шектеу үшін медицина қызметкерлері күшпен ұстап тұрады. Науқасты байлауға немесе фиксацияның жарақаттайтын әдістерін қолдануға болмайды. Науқасты кроватқа немесе еденге арқасымен жатқызып ұстайды немесе аяқ-қолын простыньямен жеңіл түрде фиксациялайды. Фиксациялағанда нервтер мен қантамырлардың қысылып қалмауын, буындардың шығып кетпеуін, кеуде клеткасының экскурсиясының бұзылуынан болатын тыныс алудың қиындауының алдын алуымыз керек.
- Нейролептиктер гипотония шақыратын болғандықтан оларды абайлап қолдану керек. Алдын ала қан қысымын өлшейміз. Бұрын психофармакологиялық заттарды қолданбаған науқас болса аз дозада қолданамыз. 50-70 мг аминазин немесе тизерцин, 5мг дроперидол қолданады. Бұрын нейролептиктер қолданған науқас болса қозуды басу үшін 100-200 мг аминазин, 75-100 мг тизерцин, 10 мг дроперидолға дейін қолдануға болады. Коллапстардың алдын алу үшін бір мезгілде тері астына 2 мл кордиамин енгізу керек.

- Нейролептиктерге қарсы көрсеткіші бар науқастарға транквилизаторлар қолдану қажет.
- Қозуды басу үшін транквилизаторлар қолданамыз:
- S.Diazepamі 0.5% - 2.0–6.0 көктамырға немесе
- S.Phenazepamі 0.1% - 2.0-4.0 бұлшықетке

Дәрілік препараттың дозасы науқастың жағдайына бйланысты тағайындалады.

Транквилизаторларды енгізбестен бұрын оған қарсы көрсеткіштердің бар жоқтығын анықтап алу керек.

Суицидтік мінез-құлық

- Суицидальдық тенденция барлық депрессивті жағдайлардың негізгі компоненті болып табылады. Ең жиі үрейлі және депрессияларда болады. Анамнезінде суицидтік жағдайлар болса ол үрейлі белгі болып табылады, себебі мұндай жағдайлар қайталануы мүмкін. Депрессиядағы науқастар үнемі біреудің қарамағында болуы керек, әсіресе таңертеңгілік уақыттарда осындай жағдайлар өте көп болады. Әйелдерге қарағанда ерлер 3 есе көп, бірақ әйелдер ерлерге қарағанда суицидке 4 есе көп барады. Ең көп суицидке баратын жастағылар 15 – 40 жас аралығындағылар. Дәрігерде күдік пайда болса сұрау барысында науқастар ондай ойы бар екенін жасырмайды.

Қауіп факторлары



15 – 40 жас
аралығындағы
науқастар

Алкоголизм

Анамнезіндегі
ұзаққа созылған
депрессивті
ұстамалар

Көмек
қабылдағысы
келмеу

Ер кісілер

Қозғыштық,
агрессиялық,
зорлыққа
жақындық

Туысқандарында
ғы суицидтер

Психиатриялық
ауруханада ем
қабылдағандар және
госпитализацияланғандар

Соматикалық
аурулар, басынан
өткен оталар

Жалғыздық,
жолдасын
жоғалту, ажырасу

Депрессия

Жұмысынан
айырылу,
пенсияға шығу



Алғашқы көмек:

- Науқасты тыныштандыру керек.

Антидепресанттар тағайындау қажет. Бірақ тез әсері болмағандықтан нейролептиктер және транквилизаторлар қоланады. 25-75 мг тизерцин, 15-30 мг реланиум, 30-75 мг сонапаксті бір тәулікте қолдану керек.

Науқасты психолог немесе психиатрға жолдап дер кезінде ем жүргізу керек. Әйтпесе суицидтік іс әрекеттер қайталануы мүмкін.

Тамақтан бас тарту

- Науқас ашық түрде тамақтан бас тартады. Тамақты күштеп берсеңде түкіріп немесе құсып тастайды. Басын ары бері бұрып, аузын ашпайды, тістерін қатты айқастырып алады. Ұзақ уақыт тамақ ішпегеннен ауыздан ацетон иісі шығып тұрады, тері тургоры төмендейді, гипотония, гипоглекемия, үлкен дәреттің болмауы, жүдеу пайда болады. Стационарда күнделікті дене салмағын өлшеп отыру керек.



Себептер

кататониялық
ступор

суицидтік
тенденция

өзін-өзі кіналау
сандырағымен
жүретін ауыр
депрессия

жүйкелік
анорексия
синдромы

императивті
галлюцинация

Алғашқы көмек:

- Төсектік режим тағайындалады. Күнделікті тазарту клизмасы жасалуы керек. Тәбетті жоғарылату үшін тері астына инсулинді 10-20 бірлік енгізеді, 1-2 сағаттан соң 40% глюкоза және жылы тәтті шай ішкізу керек. Нейролептиктер: 10 мг френолонды тәулігіне 50мг немесе 50мг пипольфенді тәулігіне 1 рет инъекция түрінде. 10 % Гипертониялық натрий хлор ерітіндісін 20мл көк тамырға немесе тұздық клизма түрінде. Бұлшықетке С, В1 В6 витаминдерін, венаға 5 %глюкоза салу керек. Анаболикалық гормондарды 1 мл 5% ретаболилді 1 реттен 8-10 күн.

Алкогольді делирий

- Алкогольді делирий көп жағдайда сауығумен аяқталады. Бірақ 15-20 % өлімге алып келетін ауыр формада өтеді. Қауіпті делириозды ұстамалар тек алкогольмен ғана емес соматикалық ауруларменде бірге жүреді.
- Мусситирлеуші делирий – айқын азып тозумен, артериальды гипотониямен, төсектегі майда абыр-сабыр қимылдармен, мағынасыз сөйлеумен, науқаспен қатынас жасау мүмкін еместігімен көрінеді.
- Гиперкинетикалық делирий – шектен тыс қимыл қозғалысынң қозуымен, артериальды гипертензиямен, атаксия және гиперкинездермен, дене температурасының жоғарылауымен көрінеді. Сананың терең бұлыңғырлануымен көрінетін, өте сирек кездесетін алкогольді психоздың өте қауіпті түрі – Гайе –Верниктің жедел алкогольді энцефалопатиясы.

Алғашқы көмек:

Алкогольді делирия алкогольді ішімдікті тоқтатқаннан кейін 1-ші және 5-ші күндері алкогольді абстиненті синдромның фонында дамиды.

Емдеу принциптері :

Диагностикалық және емдік шаралар параллельді жүргізіледі.

1) Жалпы жағдайын, әсіресе негізгі физиологиялық функцияларды бағалау керек.

2) Дезинтоксикациялық терапия :

- кристаллоидты ерітінділер – физиологиялық ерітінді (жалпы инфузияның $\frac{2}{3}$ кем емес), с электролиттермен (калий хлориді 4% - 10-20 мл және магний сульфаты 25% - 5-10 мл. және т.б. ерітінділерді де қолдануға болады.

- инфузияның көлемі науқастың жағдайына байланысты
- дегидратацияда (көбіне, құсуда, диареяда, гипергидрозда) тәулігіне 1.5-2 л сұйықтықты қажет етеді.

- глюкоза ерітіндісі 5%

- Гайе-Вернике энцефалопатиясының дамуының алдын-алу үшін тиамин (витамина «B1») енгіземіз.

3) Витаминдерді тағайындау:

- тиамин («В1») 2.0-4.0 в\м
- пиридоксин («В6») 2.0 – 4.0 в\м
- аскорбиновая кислота («С») – внутривенно струйно в процессе инфузии или в\м – 2.0-4.0

4) Бензодиазепинді транквилизаторларды енгізу керек.

- S.Phenazepamі 0.1% - 3.0-4.0 в\м –
- S.Diazepamі 0.5% - 4.0-6.0 в\м – при необходимости возможно повторное введение (не более 12 мл\сут)

5) ноотроптар, антигипоксанти және нейропротекторлар тағайындаймыз

6) АҚҚ-ның жоғарылауы мен тахикардияда - b-блокаторларды – пропранолол (анаприлин) – 20-40 мг 2-3 рет күніне және метопролол 25-50 мг 2 рет күніне тағайындаймыз.

Ауыр алкогольді масаю

Ауыр алкогольді масаю – сананың бұзылуымен, жүрісінің бұзылуымен, дизартриямен, бұлшықеттік гипотониямен сипатталатын, сонымен сопор, комаға дейін алып баратын жағдай.

Алғашқы көмек негіздері:

- 1) Әлі ағзаға сіңбеген алкогольді шығару. Ол асқазанды зонд арқылы шаямыз.
- 2) Әдетте масайған адамның тілі артқа кетіп, аспирация болады. Сол үшін де адекватты тыныс алуды қалыптастыру үшін науқастың басын бір жағын бұрып жатқызамыз. Егер де тілі артқа кететін жағдай болса, науқастың төменгі жағын алға қарай тартып, құсық массаларынан электроотсос көмегімен тазартамыз.

3) Алкогольдің метаболизмін жылдамдату және ОНЖ жұмысын қалпына келтіру. Көктамырға 400 мл гипертонического раствора глюкозының гипертониялық 10% ерітіндісін және 8 ЕД қысқа әсерлі инсулина енгіземіз. Тиамин («В1») – 4.0 мл және пирацетам 20 мл.

4) Ацидозды и плазмының сілтіленуін коррекциялау – натрий гидрокарбонаты 200 мл көктамырға тамшылатып енгіземіз.

Егер де жоғарыда аталған 3) и 4) пунктті жасауға мүмкіншілік болмаса, тері астына 2мл корdiamин немесе натридің кофеин-бензоата енгіземіз..

Алкогольді абстиненттік синдром

Негізгі клиникалық белгілері:

Қорқыныш және қозғалыс бұзылыстары
(психомоторлы қозуға дейін алып баратын

Қолдардың айқын треморы

Тахикардия, тері жамылғысының
гиперемиясы, гипергидроз

Артериальды гипертензия

Ұйқысыздық

Алғашқы көмек:

1) Науқастың жалпы жағдайын бағалау

2) - кристаллоидты ерітінділер – физиологиялық ерітінді (жалпы инфузияның $\frac{2}{3}$ кем емес), с электролиттермен (калий хлориді 4% - 10-20 мл және магний сульфаты 25% - 5-10 мл; немесе аспаркам (панангин) – 10 мл).

«Рингера» және т.б. ерітінділерді де қолдануға болады.

- инфузияның көлемі науқастың жағдайына байланысты

- дегидратацияда (көбіне, құсуда, диареяда, гипергидрозда) тәулігіне 1.5-2 л сұйықтықты қажет етеді.

- глюкоза ерітіндісі 5%

- Гайе-Вернике энцефалопатиясының дамуының алдын-алу үшін тиамин (витамина «В1») енгіземіз.

- тиол препараттарын (тиосульфат натрия 30% - 10.0 в\в струйно) енгіземіз.

3) Бензодиазепинді транквилизаторларды енгізу керек.

- S.Phenazepamі 0.1% - 3.0-4.0 в\м –

- S.Diazepamі 0.5% - 4.0-6.0 в\м

4) ноотроптар, антигипоксанта және нейропротекторлар тағайындаймыз

5) АҚҚ-ның жоғарылауы мен тахикардияда - b-блокаторларды – пропранолол (анаприлин) – 20-40 мг 2-3 рет күніне және метопролол 25-50 мг 2 рет күніне тағайындаймыз.

Тырыспалы талма(судорожные припадки)

Үлкен тонико-клоникалық талмамен кездескен кез-келген дәрігер алғашқы көмек көрсетуі тиіс. Тырыспалы талма эпилепсияда немесе симптоматикалық сипатта (абстинентті синдром фонында, интоксикацияда, жоғары қызбада, бас-ми жарақатында және т.б.) кездесуі мүмкін.

Алғашқы көмек

Талма кезінде:

- Мүмкіндігі барынша тырыспа кезінде науқасты құлаудан сақтау керек. Себебі тырыспа кезінде құлау науқаста ауыр асқынуларды тудырады.
- Науқасты бір қырына жатқызып, басына жұмсақ зат (киімін, жастық, одеяло) қою керек
- Аяқ — қолын қатты күшпен ұстамау керек. Себебі науқастың аяғы шығып, байламдарына зақым келуі мүмкін.
- Науқастың тісінің арасына қатты затты қоюға болмайды (жарақаттың алдын-алу үшін).
- Талма кезінде дәрі енгізуге болмайды

Талмадан кейін:

- Тыныс жолдарын өткізгіштігін тексеру керек, тілін тістеп қан кеткен жағдайда, қан кетуді тоқтату
- АҚ, пульс, ТАЖ тексеру. Менингеальді және ошақтық симптомдарды анықтау
- Жарақат ауырлығын бағалау (әсіресе бас-ми жарақатын)
- S.Diazepamі 0.5%-4.0 немесе S.Phenazepamі 0.1%-3.0 и р-р сульфата магния (магнезия) 25%-5.0 в\м

Эпилепсиялық статус

- Эпилептикалық статус бұл – жиі қайталанатын эпилептикалық ұстамалар жағдайы, жиі үлкен ұстамалармен көрінеді. Ұстамалар арасында сана қалпына келіп үлгермейді, тіпті комаға түсіп қалуы мүмкін. Кейде ұстамалар арасындағы үзіліс 2-5 мин. Созылуы мүмкін. Бұл уақытта тыныс қалпына келеді. Бірақ қайталана беретін ұстамалардан ликвородинамика бұзылады, екіншілік гипертермия, жүрек қан тамыр және тыныс алу жүйесімен бірге бас миының ісінуі дамиды. Дер кезінде және әсері жоқ емнен науқас бірнеше сағатта қайтыс болуы мүмкін.

Эпилепсиялық статус

Себептері:

1) Шынайы эпилепсиялық статус — эпилепсияда болады:

- Антikonвульсанттарды қабылдау реттілігі бұзылғанда немесе оларды тоқтатқанда
- Эпилепсияға соматикалық аурулар қосылғанда (әсіресе айқын қызбамен жүретін жедел инфекциялық ауруларда және интоксикацияда)
- Эпилепсиямен ауратын науқастардың алкогольді ішімдікті және есірткіні пайдалануында

2) Симптоматикалық эпилепсиялық статус — әр түрлі ауруларда:

- Бас-ми жарақатында
- Бас-миының қатерлі ісіктерінде және басқа да түзілістерінде
- Нейроинфекцияда (менингитте және энцефалитте)
- Бас-ми жедел қан-тамырлық ауруларында
- Метаболизмдік бұзылыстарда (бауырлық және бүйректік жетіспеушілікте, қант диабетінің асқынуында, эклампсияда және т.б.)
- Психобелсенді заттарды қабылдауды тоқтатқанда (абстиненттік синдромда) — әсіресе транквилизаторларды және ұйқы шақыратын препараттарды.
- Улануларда (дәрілік және басқа)



Алғашқы көмек

1) Тыныс жолдарының өткізгіштігін жақсарту үшін – ауыз қуысын тазалап, алмалы тістерін алып, тілдің артқа кетпеуін бақылау керек. Қажетті жағдайда трахея интубациясын жүргізіп, оксигенотерапия жасайды.

2) Инфузиялық терапияны жүргізу үшін көктамырға орталық және перифериялық катетерді орнату керек.

3) Диазепамды енгізу:

- - S.Diazepam 0.5% - 4.0
- - әсері байқалмаған жағдайда 5-10 мин соң, қайтадан осы дозада диазепамды енгіземіз. Егер эффект байқалмаса басқа топ препараттарын енгіземіз.

4) Вальпроаттарды енгізу:

- Бұл препараттары диазепамнан ерекшелігі – тыныс алуды тежемейді.
- - «Депакин» (флаконы по 400 мг) – 400 мг дозада (медленное струйное) бір тәулікте немесе 1 мг\кг\час жылдамдықта көктамырға енгіземіз.
- - «Конвулекс» (раствор 100 мг\мл) – 5-10 мг\кг дозада (медленное струйное) бір тәулікте немесе 1 мг\кг\час жылдамдықта көктамырға енгіземіз.
- - Эффект болмаған жағдайда – 100-300 мг дозада тиопентала натрий енгізу керек. Барбитураттарды енгізгенде қосымша өкпенің вентиляциясын жүргізу керек.

5) Эффект болмаған жағдайда – жалпы наркоз, миорелаксанты, ИВЛ.

6) Резервті әдіс ретінде жұлын-ми пункциясын жүргізіп, 20-30 мл ликворды ағызып тастаймыз

7) Толық көлемде интенсивті терапия (гемодинамиканы жақсарту, қанның газдық құрамын, қышқыл-сілті және электролит тепе-теңдігін коррекциялау, ми ісінуімен күресу, антигипоксантилар, нейропротекторлар ж,е т.б.)

Фебрильді шизофрения

- Фебрильді ұстама шизофренияның периодтты ағымы 30 жасқа дейінгі жас адамдарда жиі болады. Бұл психоз аурудың алғашқы ұстамасы болып табылады. жедел психоз фонында гипертермия 40 гр. дейін жетеді. Науқаста бет пішіні шекарасының үшкірленуі, шырышты қабаттардың құрғауы, профузды тершендік пайда болады. пульстің жылдамдауы тіпті субфебрелиттеде болады. қанда лейкоцитоз, мочеви́на және креатининнің, ЭТЖ жоғарылауы, зәрде белок және эритроциттер анықталады. Артериялық қан қысымының төмендеуінен сананың терең бұлыңғырлануы тіпті аменцияға дейін баруы. Өлім жедел қан тамырлық жетіспеушіліктен болады.

Алғашқы көмек:

- - Нейролептиктер арқылы емдеу: аминазин.
- - Ұстамадан соң алғашқы 3 күнде ЭСТ (Электросудорожная терапия) қолдану
- - гемодез, реополиглюкин, глюкоза инсулинмен, полиондық қоспа салу.
- - Ноотроптар тағайындау
- - Гипотонияда мезатон, норадреналин, кортикостероидтар қолдану.
- - Дене температурасын түсіру үшін: амидопирин, дроперидол, мұзбен салқындату.
- - Психомоторлы қозуда: үлкен дозада диазепам.
- Психоздан соң ұзаққа созылатын ремиссия басталады.

Аса қауіпті нейролептикалық синдром

- Нейролептикалық препараттарды қолданғаннан пайда болатын асқынуларды ең алғаш 1960 жылы Ж. Дәлеем, П. Пишо, И. Ламперье суреттеп жазған. Кейде бұл синдром бірден нейролептиктерді қабылдауды тоқтатқанда және дозасына тікелей байланысты болады. Бұл патологиядағы өлім 15-35% жетеді.
- Клиникасы фебрильді шизофренияға өте ұқсас. Бұл синдром ФШ қарағанда 4 есе көп және жиі кездеседі.
- Қауіп тобына жатады: анамнезінде ОНЖ органикалық бұзылыстары бар, аллергиялық реакцияларға жақын адамдар.
- нейролептиктерді 1-2 апта қолдану барысында препараттарды көтере алмаушылық байқалады, айқын экстрапирамидтік бұзылыстармен, бұлшықеттік ригидтілікпен, гиперсаливациямен, себорея және беттің майлануымен көрінеді. Содан кейін гипертермия 40 гр.дейін өсіп, пульс жиілеп, АҚҚ жоғарылайды. коллапстар дамиды. Бет пішінінің үшкірленуі, тері жамылғысының құрғауы, гемокриттің өсуі байқалады. Қанда ЭТЖ, нейтрофилдер, мочеви́на, креатинин, фибриноген жоғарылайды. Бүйрек функциясы бұзылады.

Алғашқы көмек:

- Дерееу арада нейролептиктерді қабылдауды ұзу.
Транквилизаторлар тағайындау: реланиум, феназепам.
М-холинолитикалық препараттар: акинетон, циклодол.
Ноотроптар: пирацетам тағайындау керек. Гомеостазды реттеу үшін: венаға тамшылатып полиглюкин, реополиглюкин, полиондық ерітінділер егу. Ми ісіну белгілері болса: диуретиктер қолдану. АҚҚ жоғары болса: мезатон, допамин.

Психотропты заттармен улану

- Бұл заттармен улану көбіне кішкентай балалар қараусыз қалғанда немесе өзіне-өзі қол жұмсағанда өте көп дәрежеде психотропты заттарды қолданғаннан пайда болады. Бұл кезде алғашқы көмек: асқазанды жуу.
- **Нейролептиктермен** оның ішінде фенотиазин туындыларымен уланғанда (аминазин, тизерцин, пипольфен) гипотония, қарашықтардың кеңеюі, тыныстың баяулауы, гипотермия, тахикардия, олигурия немесе анурия коматозды жағдаймен қосарланып көрінеді. **Алғашқы көмек:** асқазанды дереу жуу, тазалау клизмасын жасау. АҚҚ көтеретін мезатон, кордиамин, кофеин енгізу; ішек парезінің алдын алу үшін 1 мл 0,05% прозерин ерітіндісін тері астына егу; жүректік жетіспеушілікте жүрек гликозидтерін строфантин, коргликон және антиаритмиялық заттарды 3-5 мл 10% новокаиномидті тамырға жайлап жібереді; қосымша антипаркинсондық заттар қолданады.



Барбитураттармен улану

- Жеңіл түрінде ұйқышылдық, атаксия, гипотермия, дизартриялық сөйлеудің бұзылуы, тахикардия, қарашықтың тарылуы, беткейлік тыныс сияқты өзгерістер пайда болады. Ауыр түрінде науқас комаға түсіп қалады, қарашықтың жарыққа әсері болмайды, тыныс бұзылады.
- ***Алғашқы көмек:*** асқазанды жуу, кофеин, коразол, кордиамин, эфедрин енгізу, науқасты қымтап орап жылыту керек, тынысты қалыпқа келтіру үшін кислород карбоген, пневмонияның алдын алу үшін антибиотиктер және антигистаминді заттар тағайындалады. Ауыр жағдайда интубация және жасанды желдету жасалады.

Апиынды заттардың дозасының артып кетуі

Әдетте есірткінің дозасының артып кетуі наркокомандарда героинді көктамырға енгізгеннен болады. Сонымен қатар есірткіні алкогольді ішімдікпен, транквилизаторлармен, ұйықтататын дәрілік заттар бірге қабылдағанда да дамиды.

Клиникасы.

Сананың бұлыңғырлануы

Өршімелі тыныстық тежелу (жедел тыныс жетіспеушілігі дамуының бірнеше механизмді бар – тыныс алу орталығының тежелуі, есірткілік заттармен өкпе капиллярларының зақымдалып, соның салдарынан өкпенің ісінуі)

Артериялды гипотензия

Миоз (терең комада және айқын гипоксияда мидриазбен ауысады)

Алғашқы көмек:

1) Науқастың жағдайын бағалау – тері жамылғысы, пульс, тыныс алуы, АҚҚ, көктамырлық инъекцияладың іздері, менингеальды және ошақтық симптомдар, іштің пальпациясы.

2) Пульстің болмауында реанимациялық шараларды (трахея интубациясы немесе ИВЛ) жүргізу керек.

3) Көктамырға 1 мл (400 мкг) налоксон, 40 мл 40% глюкоза и 4 мл тиамин («В1») енгіземіз. Эффект байқалмаса 3-4 мин соң 1 мл налоксон ерітіндісін қайтадан енгіземіз.

4) Науқасты ^{izden.kz} жансақтау бөлімінің госпитализациялаймыз

Кокаин және психостимуляторлармен улану

- Қозу, агрессия, сандырақ, галлюцинациялар пайда болады. Қарашық кеңейіп жарыққа реакциясы болмайды, артериялық гипертензия, тахикардия, аритмия, буын рефлекстерінің жоғарылауы көрінеді.
- **Алғашқы көмек:** транквилизаторлар 10-20 мг диазепам, нейролептиктер 5-10 мг галоперидол, бета-блокаторлар 40 мг анаприлинді ішке және 8 мг тамырға салу керек.

Қорытынды

- Қорытындылай келе дәрігер тіпті ол психиатр болмасада осындай жағдайларда қандай көмек беру керек екенін және оларды анықтай алуы қажет. Ургентті жағдайлар кез келген жерде және кез келген уақытта орын алады.

Пайдаланған әдебиеттер тізімі:

- - Психиатрия Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин, Москва Медицина 2000г.
- - Психиатрия и Наркология А.А. Кирпиченко, Б.Б. Ладик, В.С. Федосеенко, Минск 2005г.
- - Основы наркологии П.Д. Шабанов, Санкт – Петербург 2002г.



Назарларыңызға
рахмет!

Спасибо
за внимание!