

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации  
Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет имени академика И.П.Павлова

Кафедра психиатрии и наркологии

## **Неотложные состояния в психиатрии и наркологии**

*Пособие для студентов лечебного факультета*

Авторы: Асеев В.А., Киссин М.Я.

Рецензент: Руководитель отделения биологической терапии психически больных Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института имени В.М.Бехтерева, д.м.н., профессор М.В.Иванов

## **Оглавление**

### **1 Список сокращений**

### **2 Введение**

### **3 Общие вопросы неотложной помощи**

#### **3.1 Определение понятия и виды неотложных состояний**

#### **3.2 Тактика медицинской помощи при неотложных состояниях в психиатрии и наркологии**

#### **3.3 Документальное оформление консультации психиатра**

### **4 Частные вопросы неотложной помощи**

#### **4.1 Психомоторное возбуждение**

#### **4.2 Суицидальное и аутоагрессивное поведение**

#### **4.3 Судорожные припадки и эпилептический статус**

#### **4.4 Неалкогольный (соматогенный) делирий**

#### **4.5 Аменция**

#### **4.6 Алкогольный делирий**

#### **4.7 Осложненный и тяжелопротекающий алкогольный делирий**

#### **4.8 Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике**

#### **4.9 Синдромы выключения сознания**

#### **4.10 Отказ от еды в связи с психическими расстройствами**

#### **4.11 Тяжёлое (глубокое) алкогольное опьянение**

#### **4.12 Передозировка опиатов или опиоидов**

#### **4.13 Основные виды абстинентных синдромов**

##### **4.13.1 Алкогольный абстинентный синдром**

##### **4.13.2 Героиновый абстинентный синдром**

**4.13.3** Синдром отмены транквилизаторов и снотворных средств

**4.14** Панические атаки и вегетативные кризы

**4.15** Острые отравления психотропными препаратами

**4.16** Острые осложнения при применении психотропных средств

**5** Список литературы:

*Список сокращений*

СПП – скорая психиатрическая помощь

ПСО – психосоматическое отделение

ЧМТ – черепно-мозговая травма

ЦНС – центральная нервная система

в\в – внутривенно

в\м – внутримышечно

ИВЛ – искусственная вентиляция легких

ПАВ – психоактивное вещество

ААС – алкогольный абстинентный синдром

ГАС – героиновый абстинентный синдром

## *Введение*

Объем информации, с которой студенты медицинского вуза знакомятся в процессе обучения на различных кафедрах, возрастает с каждым годом и уже на настоящем этапе развития медицинского образования превышает возможности для запоминания. В связи с этим, в учебной программе по каждой дисциплине установлены определенные минимальные требования к уровню подготовки будущих врачей. Вместе с тем, существуют разделы медицины, полноценное углубленное знание которых является строго обязательным для выпускника медицинского ВУЗа и врача любой специальности. Один из таких разделов – медицина неотложных состояний.

Вопросы диагностики и лечения неотложных состояний являются наиболее важным элементом подготовки врача-лечебника. В любой области практической медицины существуют состояния, требующие оказания неотложной помощи. Именно в таких ситуациях проверяются профессиональные качества, уровень знаний и умений врача. Именно такие ситуации требуют максимальной собранности и ответственности, и, к сожалению, часто вскрывают беспомощность медицинских работников перед лицом угрожающего жизни состояния.

Практически все неотложные состояния являются междисциплинарными, так как в критической ситуации в патологический процесс вовлекаются все системы организма человека и клинические проявления бывают исключительно многообразными. Поэтому для своевременной диагностики и лечения неотложных состояний недостаточно владеть знаниями только в какой-то одной области неотложной медицины. Знания из различных специальностей, по мере их получения, встраиваются в единую систему знаний врача и позволяют из студента превратиться в полноценного квалифицированного специалиста.

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

## ***Общие вопросы неотложной помощи***

### **Определение понятия и виды неотложных состояний**

Умение распознать неотложное состояние и оказать необходимую помощь является обязанностью врача любой специальности. Эта обязанность регламентируется рядом специальных правил и законодательных актов, в том числе:

- Согласно государственному образовательному стандарту (ГОС) врач - выпускник по специальности 040100 «лечебное дело» подготовлен для диагностики и оказания первой помощи при неотложных состояниях.
- Готовность оказать необходимую неотложную медицинскую помощь отражена в «Клятве врача», которую дают все выпускники медицинских ВУЗов России.
- Согласно статье №124 Уголовного кодекса РФ: «Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью, наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового».

**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.**

Данное определение неотложного состояния подразумевает лишь непосредственно угрожающие жизни больного состояния. В клинической практике понятие «неотложное» трактуется шире и включает так же многие патологические процессы, которые непосредственной угрозы жизни не несут, но могут быстро приводить к значительному ухудшению состояния или являются крайне тягостными для пациента, а так же ситуации, требующие проведения срочных диагностических манипуляций для исключения тяжелой острой патологии.

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

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

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

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

## **Тактика медицинской помощи при неотложных состояниях в психиатрии и наркологии**

Тактика медицинской помощи при неотложных состояниях в психиатрии и наркологии зависит от тяжести состояния больного и условий оказания помощи:

1) В случае необходимости реанимационные мероприятия должны проводиться безотлагательно. Нередко острые психические нарушения сопровождаются серьезной дестабилизацией соматического состояния и предшествуют развитию клинической смерти (например: психомоторное возбуждение на фоне нарастающей дыхательной недостаточности).

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

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

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

- В стационаре общего профиля – при наличии штатного психиатра-консультанта он должен быть вызван для консультации и осмотра больного.
- Вне стационара (дома, на улице, в амбулаторном учреждении, на предприятии, в общественном месте) или в стационаре при отсутствии психиатра-консультанта – вызов бригады скорой психиатрической помощи (СПП).

В настоящее время в большинстве многопрофильных соматических стационаров имеются штатные психиатры-консультанты. В обязанности психиатра-консультанта входят: постановка диагноза психического расстройства, решение вопроса о месте лечения больного, назначение психофармакотерапии и контроль за ее проведением в том случае, если пациент продолжает лечение в стенах соматического стационара.

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

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

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

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

Место проведения лечения определяется состоянием больного:

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

- В психиатрический стационар переводятся (госпитализируются) пациенты с психическими расстройствами, соматическая патология которых не определяет тяжесть состояния и не требует нахождения в соматическом стационаре (например: пациент, страдающий меланхолической депрессией, нанес себе поверхностные самопорезы в области предплечья; после проведения первичной хирургической обработки раны и наложения швов он должен быть переведен в психиатрический стационар).
- При сочетании тяжелой соматической патологии с выраженными психическими расстройствами, препятствующими нахождению в обычном соматическом отделении, больные переводятся (госпитализируются) в специализированное психосоматическое (соматопсихиатрическое) отделение (например: у пациента наблюдается сочетание маниакального синдрома с открытым переломом костей

голену – после выполнения оперативного вмешательства пациент продолжает лечение в психосоматическом отделении).

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

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

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

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

### **Документальное оформление консультации психиатра**

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

Если психическое состояние больного позволяет, особенно если врач сомневается в наличии психических нарушений психотического уровня у пациента - следует обсудить консультацию непосредственно с больным, получить его письменное согласие на осмотр психиатра и приложить его к истории болезни.

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

Порядок проведения психиатрического освидетельствования регламентируется статьями №№ 23-25 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Порядок проведения госпитализации (перевода) в психиатрический стационар, в том числе в недобровольном порядке, регламентируется статьями №№ 28-

### ***Частные вопросы неотложной помощи***

К основным неотложным состояниям в психиатрии и наркологии относятся:

- Психомоторное возбуждение
- Суицидальное и аутоагрессивное поведение
- Судорожные припадки и эпилептический статус
- Неалкогольный (соматогенный) делирий
- Аментивный синдром
- Алкогольный делирий (осложненный и не осложненный)
- Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике
- Синдромы выключения сознания
- Отказ от еды в связи с психическими расстройствами
- Тяжелое (глубокое) алкогольное опьянение
- Передозировка опиатов или опиоидов
- Основные виды абстинентных синдромов
- Панические атаки и вегетативные кризы
- Отравления психотропными препаратами
- Острые осложнения при применении психотропных препаратов

### **Психомоторное возбуждение**

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

Наиболее часто встречаются следующие виды психомоторного возбуждения:

- **Галлюцинаторное** – вызвано галлюцинаторными переживаниями угрожающего или пугающего характера и вытекает из содержания галлюцинаций. Выделяют два варианта галлюцинаторного психомоторного возбуждения по характеру преобладающих обманов восприятия:
  - в связи со зрительными галлюцинациями – в рамках синдромов помрачения сознания (делирий, сумеречное помрачение сознания)
  - в связи со слуховыми галлюцинациями на фоне ясного сознания - в рамках галлюцинозов органической и эндогенной природы
- **Дисфорическое** – злобно-тоскливый аффект при эпилепсии и органических заболеваниях головного мозга
- **Тревожное** – при ажитированной депрессии, при бреде

- **Депрессивное** («депрессивный раптус») – внезапное возбуждение с аутоагрессивными действиями при меланхолической депрессии
- **Маниакальное** – в рамках маниакального синдрома
- **Аффективно-шоковое** – в рамках реактивных гиперкинетических психозов в ответ на тяжелую острую психическую травму
- **Кататоническое и гебефреническое** – при соответствующих формах шизофрении в рамках соответствующих синдромов

В общемедицинской практике наиболее часто встречается галлюцинаторное возбуждение в рамках делирия – при различных тяжелых соматических и инфекционных заболеваниях, алкоголизме (см. далее в разделах «соматогенный делирий» и «алкогольный делирий»).

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

- Гипертонический криз
- Алкогольный и героиновый абстинентный синдром
- Небольшие ишемические инсульты лобной локализации (часто протекают без параличей, что затрудняет диагностику)
- Заболевания, сопровождающиеся острой дыхательной недостаточностью I-II степени (начальные стадии гипоксии ЦНС)
- Заболевания и травмы, сопровождающиеся выраженным болевым синдромом
- Острый инфаркт миокарда
- Некоторые инфекционные заболевания (бешенство, столбняк и др.)
- Некоторые отравления (психостимуляторы)

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

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

**1) Физическое удержание больного** – проводится силами медицинского персонала максимально бережно, для чего привлекается необходимое количество медицинских работников. Категорически недопустимо связывание больного и применение любых травмирующих методов фиксации. Допустимо осторожное удержание за конечности, прижатие за плечи к кровати или полу, мягкая фиксация туловища и конечностей с помощью простыни или одеяла. Врач обязан находиться с больным все время удержания и контролировать отсутствие осложнений (сдавление сосудов и нервов, вывихи, затруднение дыхания из-за нарушения экскурсии грудной клетки др.).

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

- S.Diazepam 0.5% - 2.0–6.0 внутримышечно или
- S.Phenazepam 0.1% - 2.0-4.0 внутримышечно

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

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

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

**3) Вызов бригады СПП или психиатра-консультанта стационара.**

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

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

купирования психомоторного возбуждения

## Суицидальное и аутоагрессивное поведение

В подавляющем большинстве случаев обусловлено депрессивными переживаниями различной природы (реактивными, эндогенными и др.). Наиболее высокий риск суицида отмечается при меланхолических и ажитированных депрессиях. Суицидальные действия при депрессии указывают на её тяжесть (среднетяжелая или тяжелая (психотическая)).

Реже суицидальное поведение может быть связано с бредовыми переживаниями или слуховыми галлюцинациями, особенно императивными. Так же оно может наблюдаться при психопатиях возбудимого круга на фоне декомпенсации состояния или у практически здоровых лиц в ответ на тяжелые психотравмирующие обстоятельства.

В группе риска по суицидальному и аутоагрессивному поведению пациенты с алкогольной и наркотической зависимостью, пациенты в абстинентном состоянии - это связано с депрессивной окраской синдрома отмены, выраженными колебаниями настроения и тягостными переживаниями в абстиненции.

Возможно несколько вариантов развития аутоагрессивного поведения в условиях соматического стационара:

- Незавершенная суицидальная попытка может привести больного в соматический стационар (хирургия, травматология, токсикология) – в этом случае в стационаре высока вероятность повторной попытки.
- Возможно совершение первой суицидной попытки в стационаре, особенно при ухудшении соматического состояния или если больной узнает о наличии у себя тяжелого заболевания (злокачественное новообразование, ВИЧ-инфекция и др.).

Все пациенты, госпитализированные после суицидной попытки, после оказания им неотложной помощи должны быть осмотрены психиатром для установления диагноза и определения тактики лечения, а в отделение милиции по месту проживания пациента должна быть направлена телефонограмма.

В ходе соматического обследования следует обращать внимание на следы совершенных в прошлом суицидных попыток (рубцы от самопорезов и др.). Если пациент активно высказывает суицидные мысли - следует обсудить с ним возможность консультации психиатра, а при отказе от консультации необходимо провести психиатрическое освидетельствование в недобровольном порядке в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

При выявлении у больного признаков психотического расстройства (бредовые идеи виновности, ипохондрический бред, стойкие суицидные намерения, галлюцинации и др.) следует **обеспечить постоянное наблюдение за больным** (отдельная палата или изолятор с постом медсестры на первом этаже стационара), **забрать у пациента возможные орудия совершения суицида** (упаковки лекарств, колюще-режущие предметы, стеклянную посуду) и **организовать срочную консультацию психиатра**. При

развитии психомоторного возбуждения (депрессивный раптус) – см. в соответствующем разделе – купирование возбуждения.

При отсутствии явных признаков психотических переживаний, при подозрении врача на демонстративно-шантажный характер суицидных действий следует обсудить состояние больного с психиатром (психиатром-консультантом стационара или дежурным психиатром СПП – по телефону).

### **НЕДОПУСТИМО:**

- Оставлять больного с суицидальным поведением без наблюдения или под наблюдением соседей по палате, родственников или сотрудников охраны больницы. Наблюдение должен осуществлять врач или медсестра.
- Игнорировать стойкое и выраженное снижение настроения у пациента.
- Сообщать пациенту о диагнозе тяжёлого заболевания без обсуждения последующей тактики действий.
- Самостоятельно назначать антидепрессанты больным с суицидными тенденциями до консультации психиатра.
- Игнорировать стойкие суицидные высказывания пациента даже при явно демонстративном их характере.
- Выписывать больных с суицидными и аутоагрессивными тенденциями без консультации психиатра.

### **Судорожные припадки и эпилептический статус**

Врач любой специальности может внезапно столкнуться с генерализованным тонико-клоническим припадком и обязан оказать неотложную помощь. Судорожные припадки могут возникать при эпилепсии или носить симптоматический характер (на фоне абстинентного синдрома, интоксикаций, высокой лихорадки, черепно-мозговой травмы и др.). Развитие припадка может быть спровоцировано введением некоторых лекарственных препаратов, понижающих порог судорожной готовности.

- **Серия припадков** – несколько припадков за короткий промежуток времени, разделенных периодами восстановления сознания.
- **Эпилептический статус** – повторяющиеся генерализованные судорожные припадки, между которыми сознание больного полностью не восстанавливается.

### **Неотложная помощь:**

#### **1) Во время припадка:**

- по возможности упредить падение больного т.к. падение нередко приводит к более тяжелым последствиям чем собственно сам припадок

- необходимо уложить (повернуть) больного на бок и подложить что-нибудь мягкое под голову (одежда, сумка, подушка, одеяло и др.), удерживать голову аккуратно, без применения большой силы
- нельзя с силой удерживать конечности – может произойти вывих или повреждение связок
- нельзя вставлять твердые предметы и инструменты между зубами (во избежание травмы), допустимо при наличии возможности вложить полотенце или подобный мягкий предмет
- во время припадка препараты не вводят

## 2) После припадка:

- Проверить проходимость дыхательных путей, при необходимости остановить кровотечение из языка путем прижатия (больной находится в состоянии оглушения или в сопоре, что позволяет вытянуть язык и прижать края раны салфеткой или полотенцем).
- Проверить пульс, АД, ЧДД, выявить очаговые и менингеальные симптомы
- Оценить травмы, полученные во время припадка (особенно травмы головы)
- Вызвать бригаду соматической скорой помощи с учетом данных обследования:
  - при удовлетворительном состоянии – обычную бригаду,
  - при нестабильности витальных показателей, наличии неврологической симптоматики – реанимационную бригаду,
- При повторных припадках, между припадками ввести в\м S.Diazepam 0.5%-4.0 или S.Phenazepam 0.1%-3.0 и р-р сульфата магния (магнезия) 25%-5.0 в\м (внутривенное введение транквилизаторов допустимо только при возможности проведения ИВЛ в связи с высоким риском остановки дыхания).

Во всех случаях повторных припадков, осложненных припадков (травмы и др.), припадков неясного генеза пациенты бригадой скорой помощи госпитализируются в соматический стационар (неврологическое отделение) для обследования и лечения.

Не требуют госпитализации единичные неосложненные припадки у больных с установленным диагнозом эпилепсии и единичные неосложненные припадки у больных алкоголизмом на фоне алкогольного абстинентного синдрома, при условии проведения адекватного амбулаторного лечения синдрома отмены.

Порядок обследования пациента, перенесшего судорожный припадок, определяется состоянием больного, но всегда требуется дополнить традиционное физикальное, неврологическое, лабораторное и инструментальное обследование проведением рентгенографии черепа в двух проекциях, электроэнцефалографии (ЭЭГ) и нейровизуализации (рентгеновская компьютерная или магнитно-резонансная томография). Рентгеновская компьютерная томография лучше демонстрирует костно-травматические изменения и раньше показывает очаг поражения при острых нарушениях мозгового кровообращения. При магнитно-резонансной компьютерной томографии детальнее визуализируются патологические изменения вещества мозга.

В любом случае в дальнейшем больному рекомендуется консультация и обследование у эпилептолога в плановом порядке. В Санкт-Петербурге пациентов следует направлять в Городской Эпилептологический Центр (ГЭЦ).

В случае единичного припадка назначение любых антиконвульсантов до установления диагноза нецелесообразно. При развитии повторного припадка показано применение бензодиазепинов парентерально после завершения припадка.

В случае развития эпилептического статуса показана госпитализация в отделение реанимации или нейрохирургическое отделение.

### **Причины развития эпилептического статуса:**

#### **1) Истинный эпилептический статус – наблюдается при эпилепсии:**

- при нарушении регулярности приема антиконвульсантов или их отмене,
- при приеме лекарственных средств, снижающих порог судорожной готовности
- при присоединении соматических заболеваний (особенно острые инфекционные заболевания с выраженной лихорадкой и интоксикацией)
- при употреблении алкоголя и наркотиков больными эпилепсией

#### **2) Симптоматический эпилептический статус – при различных заболеваниях:**

- при черепно-мозговой травме (ушиб головного мозга)
- при опухолях и других объемных образованиях головного мозга
- при нейроинфекциях (менингиты и энцефалиты)
- при острых нарушениях мозгового кровообращения

- при метаболических расстройствах (почечная и печеночная недостаточность, гипогликемия, осложнения сахарного диабета, эклампсия и др.)
- при отравлениях (как лекарственных, так и нелекарственных)
- при синдромах отмены психоактивных веществ (абстинентных синдромах) – особенно синдром отмены транквилизаторов и снотворных средств, синдром отмены алкоголя
- при тяжелых инфекционных заболеваниях, протекающих с высокой лихорадкой и выраженной интоксикацией

**При развитии эпилептического статуса применяется следующая этапная последовательность лечебных мероприятий:**

**1) Обеспечить проходимость дыхательных путей** - очистить ротовую полость, устранить западение языка, удалить съемные зубные протезы, установить мягкий резиновый воздуховод, в дальнейшем при необходимости (неадекватная вентиляция) может быть проведена интубация трахеи - предпочтительна назотрахеальная интубация. При наличии возможности – проведение оксигенотерапии.

**2) Обеспечить венозный доступ** (предпочтительна установка периферического или центрального венозного катетера) для постоянной инфузионной терапии.

**3) Внутривенное введение диазепама:**

- болюсное (медленное струйное) введение S.Diazepam 0.5% - 4.0

- при отсутствии эффекта через 5-10 минут повторить болюсное введение диазепама в такой же дозе

- наладить внутривенное капельное введение диазепама со скоростью 0.1-0.2 мг\кг\час для поддержания противосудорожного эффекта

При отсутствии диазепама возможно применение других инъекционных бензодиазепинов в эквивалентных дозах.

**4) Внутривенное введение вальпроатов:**

Препараты данной группы имеют преимущество перед диазепамом и другими бензодиазепинами – они не угнетают дыхание и не вызывают выраженной седации (не усугубляют угнетение сознания). Поэтому могут, наряду с диазепамом, применяться в качестве препаратов первой очереди. В настоящее время два препарата данной группы доступны в инъекционной форме – «Депакин» и «Конвулекс».

- «Депакин» (флаконы по 400 мг) – болюсное (медленное струйное) введение в дозе 400 мг с возможным повторным введением в течение суток или налаживанием в\в инфузии со скоростью 1 мг\кг\час

- «Конвулекс» (раствор 100 мг\мл) – болюсное (медленное струйное) введение 5-10 мг\кг с возможным повторным введением в течение суток или налаживанием в\в инфузии со скоростью 1 мг\кг\час

**5) При дальнейшем отсутствии эффекта** – болюсное (медленное струйное) введение тиопентала натрия в дозе 100-300 мг с дальнейшим переходом на внутривенное капельное (или дробное струйное) введение в дозе 3-5 мг\кг\ч. При введении барбитуратов обычно требуется вспомогательная вентиляция легких или ИВЛ.

**5) При дальнейшем отсутствии эффекта** – общий наркоз, миорелаксанты, ИВЛ.

**6)** В качестве резервного метода может применяться спинномозговая пункция с выведением 20-30 мл ликвора. Пункция проводится после выполнения эхоэнцефалоскопии или рентгеновской компьютерной томографии, противопоказана при появлении признаков дислокации головного мозга – анизокория, брадикардия, нарушения ритма дыхания и др.

**7) Интенсивная терапия в полном объеме** (поддержание гемодинамики, контроль газового состава крови, коррекция кислотно-щелочного состояния и электролитов крови, борьба с отеком мозга, антигипоксанты, нейропротекторы и др.) – проводится параллельно с обследованием.

**8) Полное физикальное, лабораторное и инструментальное обследование для поиска причины эпистатуса и проведения направленной этиотропной и патогенетической терапии** (в первую очередь необходимо исключить черепно-мозговую травму, острые нарушения мозгового кровообращения, острые нейроинфекции, объемные образования головного мозга, острые отравления).

### **Неалкогольный (соматогенный) делирий**

Делирий, развивающийся вторично по отношению к острому соматическому заболеванию или обострению хронического соматического заболевания

- Делирий – один из вариантов универсального (неспецифического) ответа мозга на действие различных повреждающих факторов.
- Соматическое заболевание, приводящее к делирию, обычно бывает тяжелым или среднетяжелым.
- Соматогенному делирию не предшествует алкоголизация, употребление наркотиков или абстинентный синдром.
- Чаще возникает у пожилых больных и пациентов с исходным органическим поражением головного мозга (сосудистого, травматического, воспалительного, токсического генеза и др.).
- Развивается более чем у четверти пациентов, госпитализированных в реанимационные отделения и отделения интенсивной терапии по различным причинам.
- Часто развивается в послеоперационном периоде после полостных операций, особенно у пожилых и соматически ослабленных больных.
- Соматогенный делирий обычно бывает связан с интоксикацией, высокой лихорадкой, ухудшением показателей системной гемодинамики, дыхательной недостаточностью и др.
- Развитие делирия указывает на неблагоприятное течение соматического заболевания и высокий риск неблагоприятного исхода (переход в оглушение, сопор и кому).
- Значительную роль в развитии делирия может сыграть неосторожное применение многих лекарственных препаратов, особенно препаратов с холинолитическими

свойствами (димедрол, атропин, платифиллин, тиоридазин, аминазин и др.).  
Нередко причиной соматогенного делирия является неоправданная полипрагмазия.

При отсутствии лечения соматогенный делирий может приобрести черты профессионального или мусситирующего делирия с дальнейшим переходом в аменцию или синдрома выключения сознания.

#### **В отличие от алкогольного делирия для соматогенного характерно:**

- Относительная бедность галлюцинаторных расстройств
- Отсутствие четкой стадийности развития (по Либермайстеру)
- Часто делирий носит фрагментарный или ундулирующий характер (делириозные эпизоды)
- Доминирует дезориентировка и растерянность больного (т.н. «спутанность»)
- Психомоторное возбуждение обычно выражено нерезко

Развитие соматогенного делирия всегда указывает на ухудшение (утяжеление) состояния больного и неблагоприятное течение основного заболевания, поэтому требует неотложной помощи.

#### **Принципы лечения:**

- 1) Перевод пациента в отделение интенсивной терапии (реанимации)** при наличии возможности или лечение в палате с постоянным наблюдением – лечение соматогенного делирия проводится только в соматическом стационаре или ПСО, перевод в психиатрический стационар противопоказан.
- 2) Тщательное обследование** для выявления нераспознанных сопутствующих состояний, которые могли привести к нарастающему ухудшению состояния и развитию делирия. **Обследование проводится параллельно с лечебными мероприятиями.** Лечение должно быть начато незамедлительно.
- 3) Тщательная динамическая оценка состояния больного** (включая контроль основных физиологических функций и ключевых лабораторных показателей).
- 4) Интенсивная терапия основного заболевания** (включая поддержание гемодинамики, контроль газового состава крови, коррекция кислотно-щелочного состояния и электролитов крови, адекватная инфузионная терапия и др.).
- 5) Дезинтоксикационная терапия** по показаниям, включая методы экстракорпоральной детоксикации при необходимости.
- 6) Применение витаминов, антигипоксантов, ноотропов и нейропротекторов** (витамины гр. «В» (в первую очередь тиамин), пирацетам, мафусол, глиатилин, милдронат и др.).
- 7) При необходимости (купирование психомоторного возбуждения, коррекция диссомнических расстройств) – применение транквилизаторов в\м в небольших**

**дозах** (S.Diazepam 0.5% - 2.0 или S.Phenazepam 0.1% - 1.0-2.0). В случае необходимости возможно повторное введение транквилизаторов в тех же дозах до достижения необходимого эффекта, но не ранее чем через час после первого введения. При возможности предпочтительно применение оксибутирата натрия, обладающего антигипоксическими свойствами и непродолжительным эффектом, что позволяет лучше отслеживать состояние больного и снижает вероятность избыточной дозировки. Оксибутират натрия применяется в\в струйно дробно или в виде медленной в\в инфузии на физиологическом растворе (в условиях реанимационного отделения).

Из нейролептических препаратов возможно применение тиаприда (таблетки и раствор в\м) – 100-400 мг на ночь.

### **НЕДОПУСТИМО:**

- Применять высокие разовые дозы транквилизаторов, так как это может привести к затяжному выключению сознания, что, в свою очередь, затрудняет оценку состояния больного, увеличивает риск осложнений (нарушения дыхания, аспирация, развитие пневмонии и тромбоэмболических осложнений) и значительно замедляет восстановление функций ЦНС.
- Подменять интенсивную терапию основного заболевания медикаментозной седацией и фиксацией больного.
- Применять нейролептики (исключение – тиаприд в малых дозах), т.к. в большинстве случаев их использование сопряжено с высоким риском осложнений и ухудшает прогноз.

### **Аменция**

- Обычно развивается при затяжном течении тяжелых соматических заболеваний
- Иногда сменяет соматогенный делирий при отсутствии положительной динамики основного заболевания
- Часто развивается при сепсисе, панкреатитах, ожоговой болезни, при гнойных осложнениях после тяжелых полостных операций, при кахексии у онкологических больных, в терминальных стадиях тяжелых хронических заболеваний
- Отражает выраженное истощение и длительную интоксикацию
- Свидетельствует о крайне неблагоприятном течении заболевания
- При отсутствии адекватного лечения основного заболевания заканчивается смертью больного

Лечение проводится только в условиях отделения реанимации (интенсивной терапии):

- 1) Интенсивная терапия основного заболевания** с применением всех имеющихся в арсенале врача методов
- 2) Поиск причин нарастающего ухудшения состояния и неэффективности проводимой терапии** (нераспознанные сопутствующие заболевания и осложнения)
- 3) Обязательное налаживание парентерального питания больного**

- 4) Обязательно **применение витаминов парентерально** («В1», «В6», «С»)
- 5) Обязательное **применение ноотропов и нейропротекторов** (см. соматогенный делирий)
- 6) К транквилизаторам прибегать нежелательно (возбуждение ограничено пределами кровати и обычно не требует седации, а назначение транквилизаторов может ухудшить состояние пациента и прогноз – ускорить переход в сопор и кому). При необходимости седации предпочтительно применение оксibuтирата натрия.
- 7) Любые **нейролептики категорически противопоказаны**.

### Алкогольный делирий

- В отличие от соматогенного делирия **алкогольный делирий всегда связан с алкогольным абстинентным синдромом**, а не просто с эпизодом алкоголизации и возникает только у больных алкоголизмом.
  - 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 алкоголизмом.
  - 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 выключения 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.

#### **Тактика ведения:**

- При отсутствии серьёзной сопутствующей соматической патологии больной после осмотра психиатром бригадой СПП переводится для лечения в психиатрический стационар
- При наличии сопутствующей соматической патологии – см. в разделе – тактика медицинской помощи при неотложных состояниях

#### **Принципы лечения:**

**Диагностические и лечебные манипуляции проводятся параллельно. Задержка в выполнении терапевтических мероприятий для проведения любого обследования, кроме базового (физикального), недопустима.**

**1) Тщательное обследование** для выявления нераспознанных сопутствующих состояний (особенно: ЧМТ, пневмония, острая патология ЖКТ, отравления лекарственными препаратами и некоторыми токсическими веществами), которые могли спровоцировать делирий и могут привести к неблагоприятному исходу при отсутствии специфической терапии.

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

**3) Дезинтоксикационная терапия (начинается сразу после оценки состояния больного и проведения физикального обследования)**

- применяются кристаллоидные растворы – в первую очередь – физиологический раствор (не менее 2/3 всего объема инфузии) с электролитами (хлорид калия 4% - 10-20 мл и сульфат магния 25% - 5-10 мл; или аспаркам (панангин) – 10 мл). Возможно применение других кристаллоидных растворов – раствор «Рингера» и др.

- объем инфузии определяется строго по состоянию пациента

- при дегидратации (встречается чаще, особенно если отмечается рвота, диарея, гипергидроз) может потребоваться 1.5-2 л жидкости в сутки (лучше в два приема) без последующего применения фуросемида при нормальном диурезе. Неоправданное применение больших доз петлевых диуретиков – частая причина осложнений и утяжеления состояния больного, так как фуросемид мало влияет на развитие отёка мозга, однако выводит электролиты и воду больше, чем мы вводим в процессе лечения. Дробное введение жидкости позволяет избежать гипергидратации в процессе инфузионной терапии без применения диуретиков.

- при гипергидратации (бывает реже, при нарушении функции почек, сопровождается отеками) объем инфузии небольшой (до 1 л\сут) с последующим обязательным применением фуросемида 2.0-4.0 в\в;

- во всех случаях необходимо контролировать состояние пациента в процессе инфузии, а при возможности лучше проверять адекватность введения растворов по лабораторным показателям (электролиты и гематокрит)

- раствор глюкозы 5% - только после применения физ.р-ра, не более 1\3 объема инфузии

- введение раствора глюкозы обязательно должно сопровождаться применением тиамин (витамина «В1») в\м или в\в для профилактики утяжеления делирия и развития энцефалопатии Гайе-Вернике (!!!)

- при классическом (типичном) алкогольном делирии методы экстракорпоральной детоксикации обычно не применяются в связи с тем, что их использование технически сложно, сопровождается риском осложнений и в этом случае не оправдано, так как не дает значимых преимуществ перед обычной терапией

- гемодез не применяется (!!!)

- применяются тиоловые препараты (тиосульфат натрия 30% - 10.0 в\в струйно) – они обладают дезинтоксикационным действием.

#### **4) Применение витаминов**

- строго обязательно введение тиамин («В1») в начале лечения – предпочтительно 2.0-4.0 в\м (если вводится внутривенно – то только струйно, отдельно с другими препаратами; в «капельницу» добавлять нельзя) с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м

- пиридоксин («В6») 2.0 – 4.0 в\м – отдельно с «В1», не ранее чем через несколько часов после «В1», с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м (удобно чередовать введение витаминов - «В1»-утром, «В6» – вечером)

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

**5) Применение бензодиазепиновых транквилизаторов в\м** (предпочтительно перед началом инфузии для седации больного т.к. дезинтоксикационная терапия на начальном этапе часто ведет к усилению тревоги и психомоторного возбуждения)

- в отличие от соматогенного делирия требуются большие дозы транквилизаторов, что связано с ускоренным их метаболизмом у больных алкоголизмом

- особенно большие дозы транквилизаторов требуются у пациентов с высокой толерантностью к алкоголю, у пациентов, злоупотребляющих снотворными препаратами и «Корвалолом» («Валокордином»), при политоксикомании

- S.Phenazepam 0.1% - 3.0-4.0 в\м – при необходимости возможно повторное введение (не более 10 мл\сут)

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

- применять транквилизаторы в высоких дозах можно только убедившись в отсутствии тяжелой сопутствующей соматической патологии, при которой введение транквилизаторов может привести к ухудшению состояния

- внутривенное введение транквилизаторов нежелательно (не имеет преимуществ перед внутримышечным, выше риск осложнений)

- транквилизаторы применяются для лечения делирия, а не для медикаментозного связывания больного

- транквилизаторы применяются до выхода из делирия и в дальнейшем отменяются в связи с риском развития лекарственной зависимости и замедления восстановления функций нервной системы после выхода из делирия

- для дополнительной седации можно применять фенибут (1-2 таблетки утром и днем, 2-3 таблетки на ночь) и тиаприд (100-800 мг внутрь или 200-600 мг в\м).

**6) Применение ноотропов, антигипоксантов и нейропротекторов (см. соматогенный делирий)**

**7) При высоком артериальном давлении, тахикардии (симптоматическая артериальная гипертензия и тахикардия – практически постоянные спутники алкогольного делирия и алкогольного абстинентного синдрома, обусловлены гиперкатехоламинемией и симпатикотонией) – применение  $\beta$ -блокаторов – пропранолол (анаприлин) – 20-40 мг 2-3 раза в день или метопролол 25-50 мг 2 раза в день, возможно дополнительное применение сульфата магния 25% (магнезии) -5.0 в\м 1-2 раза в день.**

### **НЕДОПУСТИМО:**

Подменять все направления лечения медикаментозной седацией

Применение любых нейролептиков (исключение – тиаприд) так как их использование сопряжено с высоким риском осложнений и ухудшает прогноз.

Применение димедрола и сходных препаратов для седации – они могут значительно утяжелять течение делирия и замедлять выход из него.

При проведении адекватной терапии в большинстве случаев алкогольный делирий купируется в течение 2-3 суток. Благоприятным исходом считается выход из делирия в астенический синдром.

### **Осложненный и тяжелопротекающий алкогольный делирий**

- **Осложненный алкогольный делирий** – присоединение к алкогольному делирию тяжелого острого соматического заболевания или обострения хронического соматического заболевания
- **Тяжелопотекающий делирий** – алкогольный делирий, протекающий с нарастающим угнетением сознания (отёк мозга) и развитием тяжелых вторичных соматовегетативных и неврологических расстройств

#### **Признаки утяжеления течения делирия:**

- Обеднение галлюцинаторной симптоматики без прояснения сознания (т.н. «спутанность»)
- Переход в мусситирующий и профессиональный делирий
- Нарастание оглушения, снижение реакции на внешние раздражители
- Психомоторное возбуждение утихает и ограничивается пределами кровати («обирание»)
- Появление фебрильной лихорадки
- Дестабилизация гемодинамических показателей
- Появление грубой атаксии, тяжелого тремора туловища и конечностей
- Появление очаговых неврологических симптомов – в первую очередь – межъядерной офтальмоплегии
- Появление судорожных припадков

В основе тяжелопротекающего делирия лежит тяжелая дистрофия и массовая гибель нейронов, отёк головного мозга. Важный элемент патогенеза – дефицит тиамин («В1») – общий с острой энцефалопатией Гайе-Вернике. Тяжелопотекающий делирий и энцефалопатия Гайе-Вернике часто рассматриваются как патогенетически связанные состояния. Если на выходе из тяжелопротекающего делирия наблюдаются психоорганический или корсаковский синдром – это означает, что делирий протекал с явлениями энцефалопатии Гайе-Вернике. Если на выходе из тяжелопротекающего делирия наблюдается астенический синдром – делирий протекал без явлений энцефалопатии Гайе-Вернике.

#### **Причины тяжелого течения делирия:**

- Длительный период алкоголизации с тяжелыми нарушениями питания, резким дефицитом тиамин («В1»)
- Употребление суррогатов алкоголя и комбинаций алкоголя с токсическими веществами (карбофос, дихлофос) и лекарствами (димедрол, «корвалол», транквилизаторы, снотворные)
- Присоединение соматического заболевания (пневмония, ОРВИ, панкреатит, рожистое воспаление, кишечная инфекция и др.) или травмы (как ЧМТ, так и травмы внечерепной локализации)
- Несвоевременное и неправильное лечение (особенно: применение нейролептиков и димедрола, недостаточная дезинтоксикационная терапия, недостаточная коррекция электролитных расстройств, лечение без введения тиамин («В1»), введение растворов глюкозы в большом объеме вместо физиологического раствора и без применения тиамин («В1»))

## **Принципы лечения:**

Общие принципы соответствуют таковым при соматогенном и алкогольном делирии – см. выше (важно правильно и своевременно их выполнять):

- **Тщательное обследование**
- **Тщательная динамическая оценка состояния больного**
- **Тщательное последовательное лечение**

Все три составляющих реализуются совместно, не допуская задержки в лечебных мероприятиях в угоду диагностическим (кроме базового физикального и неврологического обследования).

## **Особенности:**

- проводится **интенсивная терапия** в полном объеме **в условиях реанимационного отделения** (поддержание гемодинамики, контроль газового состава крови, коррекция кислотно-щелочного состояния и электролитов крови, адекватная инфузионная терапия и др.)

- ведется **активная дезинтоксикационная терапия**, в том числе **с применением методов экстракорпоральной детоксикации**

- транквилизаторы не применяются или применяются в небольших дозах дробно

- для умеренной седации (если необходимо) предпочтителен оксибутират натрия т.к. он обладает антигипоксическими свойствами и его действие непродолжительное (нельзя применять без транквилизаторов при судорожном синдроме так как понижает судорожный порог (!!!))

- применяются **высокие дозы тиамин («В1»)** (4.0 в\м три раза в день)

- проводится **лечение, направленное на уменьшение отека мозга** (осмотический диуретик манитол в\в по схеме; дексаметазон 8-16 мг\сут; при необходимости применяется ИВЛ в режиме гипервентиляции);

-фуросемид применять не рекомендуется так как он при отеке мозга малоэффективен, но способен усугублять имеющиеся электролитные нарушения

-мочевина, гипертонический раствор глюкозы категорически противопоказаны (!!!) так как они проникают через гемато-энцефалический барьер и могут вызывать вторичное усиление отека мозга

- широко применяются антигипоксанты, ноотропы и нейропротекторы

- при выявлении сопутствующей соматической патологии проводится ее своевременное и адекватное лечение

- Следует избегать неоправданной полипрагмазии, назначение каждого лекарственного препарата должно быть обоснованным и проводиться строго по показаниям.
- Применение нейролептиков и димедрола категорически противопоказано (!!!).
- Чрезмерная медикаментозная седация ухудшает прогноз и снижает выживаемость.

### **Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике**

Представляет собой наиболее тяжелый вариант острого алкогольного психоза. Часто рассматривается как наиболее тяжелый, прогностически неблагоприятный вариант течения алкогольного делирия.

#### **Основные признаки заболевания:**

- Нарастающее угнетение сознания (переход из классического делирия в тяжелопротекающий делирий, глубокое оглушение, сопор и кому)
  - Грубая мозжечковая атаксия
  - Межъядерная офтальмоплегия и выраженный нистагм
- 
- В основе заболевания – тяжелый дефицит тиамина («В1»), приводящий к дистрофии нейронов головного мозга, отеку мозга и гибели клеток.
  - Часто провоцируется введением глюкозы, «сжигающей» остатки тиамина в организме больного, а так же неправильным лечением обычного алкогольного делирия.
  - Лечение проводится по принципам тяжелопротекающего делирия
  - По выходу из острого состояния часто развивается психоорганический или корсаковский синдром, особенно при несвоевременном лечении.

#### **Профилактика острых алкогольных психозов:**

- Лечение алкогольной зависимости (профилактика запоев).
- При развитии запоя – максимально быстрое и осторожное его купирование.
- Надлежащее лечение алкогольного абстинентного синдрома.
- Обязательное введение тиамина («В1») больным алкоголизмом в процессе лечения.

### **Синдромы выключения сознания**

Имеют важное общемедицинское значение т.к. в большинстве случаев связаны не с психическими заболеваниями, а с соматической и неврологической патологией.

Чаще всего носят симптоматический характер – т.е. отражают какое-либо тяжелое экстрацеребральное состояние с вторичным повреждением нейронов головного мозга.

Всегда отражают тяжелое поражение 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, сопор переходит в кому, кома углубляется), сознание утрачивается на длительный период времени.

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

1) утрата сознания с появлением очаговых неврологических симптомов.

2) утрата сознания без появления очаговых неврологических симптомов.

Разделение на указанные варианты крайне важно т.к. позволяет сделать предположение о причинах выключения сознания и предпринять неотложные диагностические и лечебные мероприятия.

Наличие очаговых неврологических симптомов указывает на непосредственное очаговое повреждение вещества головного мозга – в большинстве случаев острое нарушение мозгового кровообращения (инфаркт мозга или внутримозговое кровоизлияние) или ЧМТ (ушиб головного мозга). Диагноз ставится клинически и подтверждается проведением нейровизуализации (рентгеновская компьютерная томография или магнитно-резонансная томография).

Рентгеновская компьютерная томография технически проще, требует меньше времени, лучше демонстрирует костно-травматические изменения и раньше показывает очаг при острых нарушениях мозгового кровообращения.

Магнитно-резонансная томография технически сложнее, требует больше времени, лучше демонстрирует изменения вещества мозга так как дает более детальное изображение мягких тканей, малоприспособна для поиска костно-травматических изменений.

При наличии очаговых симптомов и костно-травматических изменений с большой вероятностью может потребоваться экстренное нейрохирургическое вмешательство - это определяет необходимость быстрого проведения томографического исследования для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения больного.

Отсутствие очаговых неврологических симптомов указывает на интоксикацию, нарушения системной гемодинамики, тяжелые метаболические расстройства, тяжелые системные инфекции или субарахноидальное кровоизлияние.

Наиболее частые причины – отравления алкоголем и его суррогатами, наркотиками, седативными и снотворными средствами; декомпенсация сахарного диабета (кетоацидоз), передозировка сахароснижающих лекарственных препаратов (гипогликемическая кома). Диагноз ставится на основании клинических и лабораторных данных. Обязательно проведение токсикологического исследования, особенно в том случае, если выход из комы затягивается. Нейровизуализация обычно малоинформативна. Такие состояния обычно лечатся терапевтически (исключение – субарахноидальное кровоизлияние).

Внезапная утрата сознания обычно связана с нарушениями системной гемодинамики, острыми нарушениями мозгового кровообращения или ЧМТ. Пример: пароксизм желудочковой тахикардии, ТЭЛА, ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние, внутримозговое кровоизлияние, массивное внутреннее кровотечение.

Внезапная утрата сознания с его быстрым восстановлением характерна для сотрясения головного мозга, преходящих нарушений ритма сердца (пароксизм тахикардии, эпизод асистолии, приступ Морганьи-Эдемса-Стокса), преходящих нарушений мозгового кровообращения.

Постепенная утрата сознания обычно связана с интоксикацией, метаболическими расстройствами, тяжелой системной инфекцией. Пример: отравление транквилизаторами и алкоголем, гипогликемическая кома, диабетический кетоацидоз, уремия, сепсис, печеночная недостаточность

### **Принципы неотложной помощи при выключении сознания:**

- 1) Оценить состояние больного – кожные покровы, пульс, спонтанное дыхание, АД, внешние признаки повреждений и травм, следы инъекций (подкожные – сахарный 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 тиамина («В1»), затем 1 мл (400 мкг) налоксона (универсальный лечебно-диагностический приём – эффективен при гипогликемии, отравлении опиатами и алкоголем – это одни из наиболее частых причин выключения сознания, на другие причины выключения сознания не влияет, но и не ухудшит состояние);
- 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 и дексаметазон);

ДАЖЕ ЛЕГКОЕ ОГЛУШЕНИЕ ТРЕБУЕТ НЕОТЛОЖНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ Т.К. ОТРАЖАЕТ ТЯЖЕСТЬ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО (ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ) И В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ МИНУТ МОЖЕТ СМЕНИТЬСЯ СОПОРОМ И КОМОЙ.

### **Отказ от еды в связи с психическими расстройствами**

Основные причины:

- Дисморфомания и дисморфофобия (особенно у молодых девушек)
- Тяжелая или среднетяжелая депрессия
- Бред отравления, обонятельные и вкусовые галлюцинации
- Относительные причины:
  - беспомощность больного при слабоумии и отсутствии надлежащего ухода – невозможность приобрести и приготовить пищу;
  - беспомощность при кататоническом ступоре

### **Признаки отказа от еды:**

- Характерное поведение больного - при депрессии, бреде отравления, обонятельных и вкусовых галлюцинациях – такие больные редко диссимилируют отказ от пищи
- Прогрессирующее снижение массы тела, исчезновение menses у молодых девушек при отсутствии тяжелого соматического заболевания – важный, часто единственный признак для больных с дисморфоманией – они всегда диссимилируют отказ от еды.
- Снижение массы тела и появление признаков истощения у одиноких пожилых больных

### **Важные особенности:**

- Нарастающее снижение массы тела с развитием истощения должно вызывать у врача онкологическую настороженность, настороженность в отношении депрессии и деменции (особенно у пациентов пожилого и среднего возраста), а так же настороженность в отношении дисморфомании (молодые пациенты, чаще женщины)
- Истощенные больные с дисморфоманией часто сохраняют достаточно высокий уровень активности (ходят на работу и учёбу) и погибают внезапно на фоне нарушений ритма сердца (электролитные расстройства и дистрофические изменения в миокарде усугубляются постоянным приёмом больными слабительных и мочегонных с целью похудения)

## **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, общий белок) – важно для адекватного лечения так как гипогликемия может сочетаться с гипергидратацией («голодные» отёки) или дегидратацией (приём мочегонных и слабительных с целью «похудания»). Так же возможны разнонаправленные сдвиги в электролитном обмене, что важно учитывать в процессе инфузионной терапии.

- При выраженной дегидратации – регидратация физиологическим р-ром (объем определяется состоянием)

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

- Начинать лечение в большинстве случаев следует с введения 5% р-ра глюкозы с хлоридом калия или аспаркамом (панангином). Обязательно дополнить введением тиамина («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 повышения «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 до консультации психиатра (исключение – психомоторное возбуждение - см. выше)
- За пациентом следует обеспечить постоянное наблюдение в связи с высоким риском самовольного прекращения введения лекарственных средств

2) После стабилизации соматического состояния – обязательный перевод (при необходимости – в недобровольном порядке в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ст. №29, пункты «а» и «в»)) в психиатрический стационар для продолжения лечения. Выписка «на руки» родственникам без консультации психиатра недопустима.

## **Тяжёлое (глубокое) алкогольное опьянение**

Алкогольное 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, то есть при переходе опьянения средней глубины в тяжелое. Опьянение легкой и средней степени тяжести специального лечения не требует.

### **Принципы помощи:**

#### **1) Удаление не всосавшегося яда (алкоголя)**

Является очень важным этапом лечения, так как продолжающееся всасывание алкоголя из желудка и тонкой кишки усугубляет опьянение

При легком оглушении – вызывание рвоты и промывание желудка «ресторанным» способом

При глубоком оглушении вызывание рвоты противопоказано в связи с высоким риском аспирации рвотных масс и промывных вод

При выключении сознания промывание желудка зондом возможно после интубации трахеи и разобщения дыхательных и пищеварительных путей

#### **2) Обеспечение адекватного внешнего дыхания**

Смерть опьяневших чаще всего связана с нарушениями внешнего дыхания (западение языка, аспирация) – так называемая «смерть от опоя». Даже в достаточно высоких дозах алкоголь обычно не угнетает дыхательный центр. Выраженное угнетение дыхания по «центральному» типу возможно при совместном употреблении алкоголя и снотворных\транквилизаторов (в том числе комбинированных барбитуратсодержащих средств типа «корвалола», «валокордина» и др.). Именно поэтому применение так называемых «дыхательных» аналептиков при изолированном алкогольном опьянении не оправдано.

На догоспитальном этапе требуется уложить опьяневшего с приподнятой верхней половиной туловища и повернутой на бок головой – профилактика западения языка и аспирации содержимого желудка.

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

На этапе квалифицированной помощи – установка воздуховода или интубация трахеи (второе предпочтительнее).

#### **3) Ускорение метаболизма алкоголя и восстановления функций ЦНС**

Показано внутривенное введение 400 мл гипертонического раствора глюкозы 10% (получаем из 5% р-ра и 40% р-ра путем смешивания в необходимом соотношении) с 8 ЕД инсулина короткого действия. Обязательно введение тиамина («В1») – 4.0 мл и парацетама 20 мл – оба препарата вводятся в\в струйно («в резинку»).

**4) Коррекция ацидоза и ощелачивание плазмы** – раствор гидрокарбоната натрия 200 мл в\в быстро капельно.

## **Особенности:**

- «Дыхательные» аналептики (кордиамин, кофеин) применять не рекомендуется в связи с низкой эффективностью и высоким риском побочных эффектов (судорожный синдром, вторичное угнетение дыхательного центра). При совместном употреблении пострадавшим алкоголя и транквилизаторов показано введение специфического антидота бензодиазепинов – флумазенила внутривенно струйно.
- При невозможности выполнения пунктов 3) и 4) допустимо однократно подкожно ввести 2 мл кордиамина или кофеин-бензоата натрия (но только после обеспечения проходимости верхних дыхательных путей). Даже при положительном эффекте от применения аналептиков следует продолжить наблюдение за пострадавшим в течение не менее двух часов в связи с высоким риском рецидива выключения сознания и вторичного угнетения дыхательного центра. Аналептики не обладают патогенетическим действием при тяжелом опьянении, они обеспечивают лишь кратковременный «подстегивающий» эффект на ЦНС в надежде на то, что за непродолжительное время их действия часть алкоголя успеет метаболизироваться.
- После выхода из алкогольной комы (при правильном лечении происходит за 1-3 часа) врачу часто приходится сталкиваться с алкогольным абстинентным синдромом, судорожным синдромом и развитием алкогольного делирия – лечение см. в соответствующих разделах пособия.
- Алкогольная кома часто маскирует ЧМТ, серьезные соматические состояния и другие отравления – необходимо тщательное обследование больного, включая контроль биохимических показателей крови и лабораторное токсикологическое исследование (особенно если выход из комы затягивается).

## **Передозировка опиатов или опиоидов**

Обычно передозировка наркотика встречается у героиновых наркоманов при внутривенном введении героина, реже при употреблении других опиатов и опиоидов.

Нередко передозировка происходит после проведения курса лечения (снижение толерантности) или при приобретении больным наркотика в непривычном месте, так как продаваемый наркоторговцами порошок представляет собой героинсодержащую смесь произвольного состава с разной концентрацией наркотика.

Часто к передозировке приводит совместное употребление наркотика с алкоголем, транквилизаторами и снотворными средствами

## **Клиническая картина:**

- Нарастающее выключение сознания
- Нарастающее угнетение дыхания (острая дыхательная недостаточность развивается по нескольким механизмам – угнетение дыхательного центра, специфическое для опиатов, нередко дополняется токсическим отеком легких из-за повреждения легочных капилляров компонентами наркотикосодержащей смеси)
- Артериальная гипотензия
- Резкий миоз (при глубокой коме и выраженной гипоксии 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 при отсутствии следов внутривенных введений могут указывать не на наркоманию, а на сахарный диабет (!!!)), грубые очаговые и менингеальные симптомы, пальпация живота;

**2) При отсутствии пульса и\или спонтанного дыхания немедленно начать реанимационные мероприятия** (предпочтительна интубация трахеи с механической вентиляцией т.к. она эффективнее и снижает риск передачи инфекции реаниматору, при невозможности интубации возможно проведение ИВЛ через воздуховод);

**3) Ввести больному внутривенно струйно последовательно 1 мл (400 мкг) налоксона, 40 мл 40% глюкозы и 4 мл тиамин («В1»).**

При отсутствии эффекта через 3-4 минуты ввести еще 1 мл налоксона.

При отсутствии эффекта введение налоксона можно повторять несколько раз с интервалом 3-4 минуты. При изолированной передозировке героина сознание должно быстро восстановиться

Если после введения 4 мл (1600 мкг) налоксона нет положительной динамики (восстановление адекватного спонтанного дыхания и сознания) следует подумать о других причинах развития комы.

**4) Госпитализировать пациента в отделение реанимации (интенсивной терапии)**

## **Особенности:**

- Введение налоксона часто требуется повторять, т.к. его действие значительно короче, чем у героина и за периодом улучшения может последовать повторное развитие комы.
- По этой же причине пациента нельзя оставлять на месте без последующего наблюдения и необходимо госпитализировать.
- После полного выхода из отравления развивается героиновый абстинентный синдром – признак стойкого выхода из передозировки.

## **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 (т.е. диагноза синдрома отмены) автоматически ведёт к установлению диагноза синдрома зависимости второй стадии
- В практической работе врачам чаще всего приходится сталкиваться с тремя основными разновидностями абстинентного синдрома (или их сочетанием):

**1) Алкогольный абстинентный синдром (синдром отмены алкоголя) – в** общемедицинской практике встречается наиболее часто;

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

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

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

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

Окончательный диагноз абстинентного синдрома и синдрома зависимости может установить только психиатр (нарколог). Во избежание возможных юридических конфликтов с пациентами и их родственниками врачам других специальностей не рекомендуется ставить указанный диагноз окончательно в тех случаях, где возможна консультация психиатра (нарколога).

Исключение: явная клиническая картина синдрома отмены, пациент сам подтверждает приём ПАВ, консультация психиатра или нарколога невозможна, прием ПАВ подтвержден анализами.

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

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

## **Алкогольный абстинентный синдром**

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 (после тяжелых запоев может наблюдаться отвращение к алкоголю)

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Принципы ведения больных:**

- Лечение алкогольного абстинентного синдрома сочетающегося с соматическими заболеваниями, проводится в соматическом стационаре лечащим врачом пациента, при наличии психиатра (нарколога) – консультанта - под его контролем. Перевод в психиатрический (наркологический) стационар не показан.
- При отсутствии соматических заболеваний и травм, требующих лечения в соматическом стационаре, терапия проводится в специализированном наркологическом стационаре или амбулаторно в наркологическом диспансере
- Дополнительные диагностические процедуры не должны задерживать лечение синдрома отмены. Терапевтические мероприятия начинаются незамедлительно после сбора краткого анамнеза и проведения базового физикального обследования больного. Лечебные и диагностические процедуры проводятся параллельно.
- 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, которые могут привести к ухудшению состояния больного (абстинентный синдром часто маскирует серьёзные соматические состояния или провоцирует их развитие или обострение)

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

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

**4) Применение витаминов** – см. лечение алкогольного делирия.

**5) Применение бензодиазепиновых транквилизаторов** – см. лечение алкогольного делирия. Обычно требуются меньшие дозы препаратов, чем при делирии. Предпочтительно введение основной дозы на ночь. Предпочтительно дробное введение небольшими дозами внутримышечно (например: S.Phenazepam 0.1% - 1.0-2.0 утром и днём, 2.0-3.0 на ночь в\м, в течение двух-трёх дней). При синдроме отмены легкой степени тяжести возможно ограничиться приемом транквилизаторов в таблетках.

Для дополнительной медикаментозной седации при необходимости можно применять фенибут (1-2 таблетки утром и днем, 2-3 таблетки на ночь) и тиаприд (100-400 мг внутрь или в\м)

**6) Применение ноотропов, антигипоксантов и нейропротекторов** (пирacetam, мафусол, милдронат и др.)

**7) При высоком артериальном давлении, тахикардии – применение б-блокаторов** – пропранолол (анаприлин) – 20-40 мг 2-3 раза в день или метопролол 25-50 мг 2 раза в день с учётом противопоказаний. Хороший эффект дает применение **сульфата магния 25% (магнезии)** -5.0 в\м 1-2 раза в день в сочетании с б-блокаторами. Препараты группы б-блокаторов предпочтительны по сравнению с другими антигипертензивными

средствами, так как хорошо устраняют симптоматическую артериальную гипертензию и тахикардию при синдроме отмены алкоголя (обусловлена симпатикотонией и гиперкатехоламинемией). Липофильные б-блокаторы (пропранолол, метопролол) проникают в ЦНС, что обеспечивает дополнительные лечебные эффекты (седативное действие, уменьшение влечения к алкоголю).

### **Особенности:**

- Не рекомендуется применение любых нейролептиков до консультации психиатра или нарколога в связи с высоким риском побочных эффектов препаратов данной группы у больных алкоголизмом (исключение – тиаприд)
- Противопоказано применение димедрола и сходных препаратов для седации в связи со способностью препаратов данной группы провоцировать судорожные припадки и развитие делирия у больных алкоголизмом.

Своевременное и адекватное лечение алкогольного абстинентного синдрома препятствует развитию серьезных и опасных осложнений, экономит силы и время медицинского персонала отделения.

### **Героиновый абстинентный синдром**

В настоящем разделе методического пособия героиновый абстинентный синдром (ГАС) рассматривается как пример синдрома отмены опиатов и опиоидов. Неотложная помощь при синдроме отмены, вызванным употреблением других опиатов и опиоидов, существенно не отличается от помощи при синдроме отмены героина.

- В отличие от больных алкоголизмом, больные героиновой наркоманией обычно не скрывают факт зависимости и сами настаивают на лечении абстинентного синдрома в том случае, если в силу каких-либо причин наркотик им недоступен.
- Абстинентный синдром имеет типичную клиническую картину, что в сочетании с данными анамнеза и объективного осмотра больного позволяет в короткие сроки установить правильный диагноз.
- Героиновые наркоманы обычно поступают в соматический стационар в связи с передозировкой наркотика или развитием хирургических гнойных осложнений (абсцессы, флегмоны, острый тромбофлебит и др.). Реже госпитализация может быть связана с бактериальным эндокардитом, сепсисом, обострением хронического вирусного гепатита, пневмонией, оппортунистическими инфекциями (СПИД) и др.
- Достаточно часто наркоманы самостоятельно обращаются в соматический стационар с целью облегчения тяжёлого синдрома отмены, симулируя при этом острое соматическое заболевание.

### **Особенности ведения больных с героиновым абстинентным синдромом (ГАС):**

- Если у пациента нет серьёзной сопутствующей патологии, препятствующей выписке – после оказания необходимой соматической помощи следует выписать

больного с рекомендацией обратиться в районный наркологический диспансер или наркологический стационар в связи с трудностью и длительностью лечения ГАС (в отличие от больных с ААС, который достаточно легко можно купировать в соматическом стационаре).

- При наличии серьёзной соматической патологии, препятствующей выписке, пациент продолжает лечение в соматическом стационаре (или ПСО) под контролем психиатра (нарколога) – консультанта.
- ГАС отличается затяжным тяжёлым течением (по сравнению с ААС) – до 10-14 суток острых проявлений синдрома отмены.
- У героиновых наркоманов в подавляющем большинстве случаев (более 90%) имеется микст-вирусный гепатит; часто имеется ВИЧ – инфекция и СПИД (в т.ч. с оппортунистическими инфекциями), поэтому, в целях предупреждения заражения медперсонала, предпочтительно назначение препаратов перорально (если это возможно).
- Часто отмечаются явления политоксикомании (в т.ч. злоупотребление транквилизаторами, снотворными, димедролом, комбинированными барбитуратсодержащими и кодеинсодержащими препаратами) – в связи с этим обычно наблюдается гипертолерантность ко многим психофармакологическим препаратам, а так же к средствам для проведения общей анестезии.
- Для героиновых наркоманов характерно криминальное поведение, особенно в период острых проявлений ГАС.
- ГАС часто сопровождается выраженным психомоторным возбуждением.
- В силу вышеуказанных причин на период лечения необходимо обеспечить наблюдение за такими больными.

### **Лечение:**

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

- показано **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 таблетки утром и днём, 3 таблетки 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 артериального давления.

- **поливитамины** перорально (обязательно с содержанием витаминов группы «В»).

- **трамадол** – 100 мг 2-3 раза в сутки в капсулах – относится к наркотическим анальгетикам, хорошо устраняет проявления ГАС. Однако, его применение сопряжено с

рядом сложностей: замена героина на наркотический анальгетик противоречит принципу прекращения употребления наркотика, а попытка отмены трамадола в дальнейшем приведет к рецидиву синдрома отмены. В связи с этим его следует использовать лишь в тяжелых случаях, когда вышеуказанные препараты не дают значимого лечебного эффекта.

- С учётом тотальной распространённости вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции среди героиновых наркоманов предпочтение следует отдавать пероральному назначению большей части лекарств (хотя оно уступает внутримышечному по эффективности).
- Указанные препараты применяются совместно с учётом состояния больного (противопоказаний). К сожалению, даже после выполнения таких рекомендаций у больных сохраняются симптомы ГАС, больные навязчиво требуют повышения доз лекарственных препаратов, дают медперсоналу «рекомендации» по лечению – всё это требует терпения от врачей и медсестёр.
- 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 побочных эффектов в сочетании с низкой эффективностью.
- В странах Западной Европы и Северной Америки в больницах «скорой помощи» широко применяются методики быстрого купирования ГАС (быстрая опиоидная детоксикация), имеющие ряд преимуществ и недостатков. В нашей стране в настоящее время подобные методики применяются только в специализированных наркологических клиниках у больных с неосложнённым ГАС.

### **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 другими видами зависимости.
- Наиболее часто в нашей стране встречается зависимость от феназепама, диазепама и фенобарбитала (эти препараты имеются в аптечной сети), другие препараты с токсикоманической целью употребляются реже в связи с их меньшей доступностью.
- Среди пожилых пациентов, женщин и больных алкоголизмом широко распространена зависимость от комбинированных седативных препаратов, содержащих фенобарбитал («Корвалол», «Валокордин», «Валосердин» и др.).
- Абстинентный синдром часто бывает тяжёлым и длительным (до двух недель). По тяжести нередко превосходит алкогольный абстинентный синдром.
- Нередко осложняется судорожными припадками, возможно развитие эпилептического статуса и 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. Так как 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».
- Если речь идёт о пожилom пациенте или пациенте с серьёзной соматической патологией, зависимом от «Корвалола» и сходных препаратов – лучше не отменять препарат и позволить больному принимать его (без записи в истории болезни) во избежание ухудшения состояния (развития синдрома отмены). После выписки из стационара рекомендовать плановое лечение у нарколога.
- Если планируется оперативное лечение – обязательно назначить транквилизаторы в послеоперационном периоде.

### **НЕДОПУСТИМО:**

Одномоментная отмена препарата, дезинтоксикация (без дополнительных показаний), применение нейролептиков и парацетама противопоказаны в связи с высоким риском развития судорожного припадка и эпилептического статуса.

### **Панические атаки и вегетативные кризы**

Представляют собой сборную группу остро возникающих полиморфных приступов тревоги и страха с выраженными соматовегетативными проявлениями.

Встречаются в клинической картине многих т.н. «пограничных» (непсихотических) психических расстройств (неврозов, соматоформных расстройств и др.), часто сопровождают хронические формы астенического синдрома различной природы.

### Основные клинические проявления:

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

- страх (имеет чёткое, конкретное 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 пакет (в патогенезе панической атаки большая роль принадлежит гипервентиляции и гипокапнии с последующим спазмом артерий головного мозга и развитием обморочного состояния).

- Во время приступа применение лекарственных препаратов нецелесообразно так как к моменту начала их действия приступ уже заканчивается самопроизвольно (возможно применение плацебо – «валидола»).

- При частых приступах, выраженном страхе повторения атаки в межприступный период целесообразно назначение транквилизаторов на короткий срок (не более недели) в небольших дозах (феназепам 0.5 мг утром и днём, 1 мг на ночь или диазепам 5 мг утром и днём, 10 мг на ночь).

- Возможно назначение серотонинергических антидепрессантов с седативным или сбалансированным эффектом, если врач имеет опыт их применения и соответствующую подготовку.
- Рекомендовать плановое обследование и лечение у психиатра или психотерапевта.

### **Острые отравления психотропными препаратами**

- Могут носить преднамеренный (суицид, наркомании) или случайный характер (в т.ч. у пожилых людей и детей).
- Часто встречаются при наркоманиях, политоксикоманиях и алкоголизме, когда больные комбинируют высокие дозы психотропных средств с целью вызывания опьянения или облегчения явлений абстиненции.
- Нередко встречаются среди пациентов с психическими расстройствами, которым психотропные препараты назначаются с лечебной целью.
- В нашей стране чаще наблюдаются отравления транквилизаторами и снотворными средствами, реже нейролептиками и антиконвульсантами.
- В последние годы в связи с широким назначением антидепрессантов отмечаются случаи отравления препаратами этой группы.

Клиническая картина отравления состоит из неспецифических и специфических симптомов:

- **основной неспецифический симптом** – нарастающая 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 серотонинергическими антидепрессантами, аритмогенные эффекты при хинидиноподобном действии трициклических антидепрессантов и др.).

- Причиной отравлений может быть 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 препарата.
- Детально вопросы лечения отравлений излагаются в курсе токсикологии и в информации для специалистов по конкретным лекарственным препаратам (в инструкции всегда отражена клиническая картина передозировки и ее лечение).

**Лечение состоит из двух основных этапов:**

**1) реанимационные мероприятия и стабилизация жизненно важных функций** (уже на этом этапе положено ввести последовательно 40% глюкозу - 40 мл, тиамин («В1») - 4 мл и налоксон - 2 мл - если принятый пострадавшим препарат неизвестен) – параллельно с этим проводится обследование больного.

**2) специфическое лечение отравления** после установления диагноза (определения препарата, вызвавшего отравление). Если имеется антидот – он применяется в первую очередь. Если антидот отсутствует - проводятся детоксикационные мероприятия, патогенетическое и симптоматическое лечение в соответствии с особенностями препарата, вызвавшего отравление.

Ниже приводится информация по наиболее частым вариантам отравлений психотропными препаратами и опасным комбинациям лекарственных средств.

Клиническая картина наиболее частых отравлений психотропными препаратами:

- **Амитриптилин и другие трициклические антидепрессанты** – кома или делирий, выраженный М-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 бензодиазепиновые транквилизаторы** (диазепам, нитразепам и др.) – нарастающее угнетение сознания. При высоких дозах и при комбинации с алкоголем – угнетение дыхания. Специфический 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.

Отравления данными психотропными препаратами встречаются наиболее часто. Детальную клиническую картину отравлений и рекомендации по лечению можно найти в описаниях лекарственных средств. Обращает на себя внимание отсутствие антидотов для большинства психотропных препаратов и неэффективность гемодиализа. Большая часть

психотропных препаратов (особенно нейролептики и антидепрессанты) отличается способностью воздействовать на различные рецепторные системы, что приводит к множественным эффектам при передозировке. Лечение в большинстве случаев патогенетическое и симптоматическое. Некоторые средства интенсивной терапии (адреналин) категорически противопоказаны при некоторых отравлениях из-за риска тяжелых побочных эффектов.

### **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, но назвать принимаемый психотропный лекарственный препарат.
- Нередко 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)
- Антидепрессанты и наркотические анальгетики
- Антибиотики (антибактериальные химиопрепараты) и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- Противогрибковые химиопрепараты и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- Противовирусные препараты и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты

- Противоопухолевые препараты и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- Бензодиазепины и клозапин
- Ингибиторы МАО (пиразидол, моклобемид и др.) и антидепрессанты других групп

### **Острые осложнения при применении психотропных средств**

- В отличие от отравлений указанные реакции возникают при применении терапевтических доз препаратов (в том числе и по правильным показаниям).
- Эти острые 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.**

**1) 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 (М-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).

**2) Острая дистония** – возникает при приёме нейролептиков и метоклопрамида (в т.ч. часто при однократном их 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\м или феназепам 0.1% - 2.0 мл в\м или димедрол 1% - 2.0 в\м – обычно симптомы проходят через 20-30 минут после введения транквилизаторов или димедрола, но может потребоваться повторное их назначение; отмена нейролептика до консультации психиатра.

**3) Акатизия** – возникает при приёме нейролептиков и метоклопрамида (в т.ч. при однократном назначении), проявляется мучительным чувством беспокойства в ногах с невозможностью находиться без движения (неусидчивость).

**Лечение:** диазепам 0.5% - 2.0 в\м или феназепам 0.1% - 2.0 мл в\м или димедрол 1% - 2.0 в\м, при умеренных симптомах возможно применение анаприлина (пропранолола) в таблетках в дозе 20 мг; отмена нейролептика до консультации психиатра.

**4) Серотониновый синдром** – острое жизнеугрожающее осложнение, развивающееся при приёме серотонинергических средств (наиболее часто - при приёме 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 не менее четырех 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 кислотно-щелочного состояния и электролитов, дезинтоксикационную терапию). Диазепам для купирования психомоторного возбуждения.

**5) Злокачественный нейролептический синдром** – острое жизнеугрожающее осложнение, может возникать при терапии нейролептиками и метоклопрамидом – редкое состояние 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.

**Лечение:** немедленная отмена всех принимаемых больным лекарственных препаратов, госпитализация в реанимационное отделение. Показано осторожное охлаждение больного (холод на область крупных сосудов), интенсивная симптоматическая и патогенетическая терапия (дантролен или сульфат магния в\в как специфическое лечение; интенсивная инфузионная терапия, поддержание гемодинамики и газового состава крови, коррекция кислотно-щелочного состояния и электролитов, интенсивная дезинтоксикационная терапия (включая плазмаферез), диазепам для купирования гиперкинезов и судорожного синдрома при их возникновении).

### ***Список литературы:***

- 1) *Сумин С.А.* Неотложные состояния. М.: «МИА», изд. 2002-2006 гг.
- 2) *Авруцкий Г.Я.* Неотложная помощь в психиатрии. М.: «Медицина», 1979.
- 3) *Кекелидзе З.И., Чехонин В.П.* Критические состояния в психиатрии. М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 1997.
- 4) Психиатрия. *Под редакцией Р. Шейдера.* Пер. с англ. – М.: «Практика», 1998.
- 5) *Нитруца М.И., Нагнибеда А.Н.* Скорая психиатрическая помощь на догоспитальном этапе. СПб.: «Специальная литература», изд. 1998, 2000 гг.
- 6) *Карлов В.А.* Судорожный и бессудорожный эпилептический статус. М.: 2007.