

**Методические указания к практическому занятию по теме:
«Современные принципы и методы лечения психических заболеваний.
Экстренная помощь при неотложных состояниях, осложняющих течение
психических заболеваний, алкоголизма, наркомании и токсикоманий.
Медицинские показания к госпитализации»**

Цель: на основе теоретических знаний ординатор должен уметь провести дифференциальную диагностику основных психопатологических симптомов и синдромов.

Задачи: расширить и закрепить знания об особенностях пациента с нарушениями психики.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, тест-контроль, задачи.

Ординатор должен знать:

- 1.Классификацию основных психопатологических синдромов.
- 2.Клинические проявления данных синдромов.

Ординатор должен уметь:

- 1.Правильно оценить психический статус пациента.
- 2.Назначить дополнительное обследование при необходимости.
- 3.Разработать тактику ведения пациента с психическими особенностями.

Ординатор должен иметь представление:

- 1.Об основных клинических проявлениях психопатологических синдромов.

Ординатор должен владеть навыками:

- 1.Сбора анамнеза у пациента с подозрением на психические нарушения.

Учебно -тематический план:

Клиническое практическое занятие – 1 час

Всего 1 час

Структура семинара

I. Подготовительный этап:

Основные понятия и положения темы:

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).

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.

4) После применения транквилизаторов и до приезда СПП 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 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.

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), **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 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 предупредить 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.Diazepamі 0.5%-4.0 или S.Phenazepamі 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 припадков назначение любых антиконвульсантов до установления диагноза нецелесообразно. При развитии повторного припадков показано применение бензодиазепинов парентерально после завершения припадков.

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

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 синдромы 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.

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 серьезной сопутствующей соматической патологии больной после осмотра психиатром бригадой СПП переводится для лечения в психиатрический стационар
- При наличии сопутствующей соматической патологии – 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 отека 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 тиамина (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 тиамина («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) При высоком артериальном давлении, тахикардии (симптоматическая артериальная гипертензия и тахикардия – практически постоянные спутники алкогольного делирия и алкогольного абстинентного синдрома, обусловлены гиперкатехоламинемией и симпатикотонией) – **применение б-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
- **Тяжелопротекающий 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. Тяжелопротекающий 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»))

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 тиамин («В1»), приводящий к дистрофии нейронов головного мозга, отеку мозга и гибели клеток.
- Часто провоцируется введением глюкозы, «сжигающей» остатки тиамин 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, малопригодна 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, переходящих нарушений ритма сердца (пароксизм тахиаритмии, эпизод асистолии, приступ Морганьи-Эдемса-Стокса), переходящих 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
 - Дальше 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 тиамин («В1») – 4.0 мл и пираретама 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, серьёзные 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 тиамина («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.

Врачи психиатрических 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 (пирацетам, 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»).
- Нейрорептики (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 пожилым 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 пираретама 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 гипокании 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 мг - 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 MAO (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 и серотониновый синдром.**

1) Лекарственный делирий – возникает при приеме 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 приеме нейролептиков и метоклопрамида (в т.ч. часто при однократном их назначении) проявляется непроизвольными 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 приеме 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 приеме серотонинергических средств (наиболее часто - при приеме 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).

Показания для стационарного, амбулаторного и полустационарного лечения

Показаниями для стационарной помощи являются острые психозы, подострые психические состояния, тяжелые формы нервно-психических нарушений (посткоматозные синдромы, состояния с расстроенным сознанием, психомоторным возбуждением, отсутствием или снижением контроля за тазовыми функциями и др.), тяжелые депрессии с суицидальными тенденциями, психические расстройства непсихотического уровня, сочетающиеся с судорожными и другими пароксизмальными расстройствами (не купирующимися в условиях амбулаторной помощи и полустационарных служб), а также состояния в резидуальной стадии органического заболевания мозга с психоорганическими расстройствами (нарушения в сфере влечений, насильственные действия, судорожные припадки в форме слабоумия), органическая деменция.

Показаниями для полустационарной помощи являются синдромы (см. показания для амбулаторной помощи), обнаруживающие затяжной характер течения, а также состояния декомпенсации психических нарушений субпсихотического реестра и резидуальные дефицитарные расстройства, связанные с неэффективностью амбулаторного лечения, депрессивные и гипоманиакальные состояния с умеренно выраженными психомоторными нарушениями.

Амбулаторно лечатся непсихотические формы психических расстройств органической природы, неврозоподобные синдромы на резидуально-органическом фоне, церебральные расстройства, психопатоподобные нарушения, депрессивные состояния без выраженных психомоторных нарушений и суицидальных тенденций. Здесь наблюдаются пациенты, перенесшие острые психотические состояния в связи с церебральной патологией разного генеза, с остаточными психоорганическими, церебральными и другими симптомами.

Обучающиеся оформляют конспекты (тезисы, рецензии).

II. Основной этап

1. Вступительное слово ведущего семинара.

2. Выступление обучающихся:

Темы докладов:

- Психомоторное возбуждение. Суицидальное поведение
- Судорожные припадки и эпилептический статус
- Неалкогольный (соматогенный) делирий и алкогольный делирий. Основные различия.
- Синдромы выключения сознания. Причины, неотложная помощь.
- Отказ от еды в связи с психическими расстройствами.
- Передозировка опиатов или опиоидов.
- Панические атаки и вегетативные кризы.
- Отравления психотропными препаратами. Клиника, лечение.

3. Рецензирование выступлений.

4. Коллективное обсуждение.

5. Корректировка ответов.

III. Заключительный этап

1. Подведение итогов работы педагогом.

2. Ответы на вопросы.

3. Тестирование.

4. Ситуационные задачи

5. Задание для самоподготовки:

- ознакомиться с содержанием семинарского занятия

- изучить основную и дополнительную литературу к теме семинара

Хронокарта клинического практического занятия

	45 мин
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	2 мин
Тестирование	4 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	7 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	25 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	4 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	3 мин

Фонд оценочных средств

Тесты

Вопрос: **ПК-6**

1. Неотложная помощь при остром галлюцинаторно-бредовом, галлюцинаторном и парафреническом состоянии заключается

Варианты ответа:

- а) в неотложной госпитализации
- б) в купировании возбуждения нейролептиками седативного действия (аминазин, тизерцин, хлорпротиксен)
- в) в купировании психотической симптоматики нейролептиками- антипсихотиками (галоперидол, стелазин и т.д.)
- г) во всем перечисленном
- д) ни в чем из перечисленного

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: **ПК-6**

2. Неотложная помощь при кататоническом возбуждении включает все перечисленное, кроме

Варианты ответа:

- а) неотложной госпитализации
- б) инъекционного введения нейролептиков преимущественно седативного действия (аминазин, тизерцин, лепонекс)
- в) применения мощных нейролептиков-антипсихотиков (мажептил, галоперидол, триседил)
- г) применения ЭСТ
- д) применения антидепрессантов

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос: **ПК-6**

3. В начальной стадии атеросклероза с психическими нарушениями прово-

дится

Варианты ответа:

- а) лечение основного сосудистого процесса
- б) общеукрепляющая терапия
- в) регуляция режима труда, отдыха, сна, питания
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: **ПК-6**

4. В начальной стадии атеросклероза с психическими нарушениями необходимо

Варианты ответа:

- а) ограничение нагрузок
- б) терапия ноотропами
- в) витаминотерапия
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: **ПК-6**

5. В начальной стадии атеросклероза с психическими нарушениями показано

Варианты ответа:

- а) лечение большими нейролептиками
- б) лечение большими антидепрессантами
- в) массивное применение транквилизаторов
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос: **ПК-6**

6. В начальной стадии атеросклероза с психическими нарушениями показано

Варианты ответа:

- а) устранение стрессовых состояний
- б) предоставление дополнительного отдыха
- в) психотерапевтические мероприятия
- г) все перечисленное
- д) верно а) и в)

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: **ПК-6**

7. При возникновении сосудистой спутанности необходимо

Варианты ответа:

- а) срочно диагностировать возможное интеркуррентное заболевание
- б) строго контролировать соматическое состояние
- в) принять меры к предотвращению возможного инсульта
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: **ПК-6**

8. Для лечения психических нарушений в выраженной стадии гипертонической болезни применяются

Варианты ответа:

- а) ноотропы
- б) небольшие дозы психотропных препаратов
- в) осторожно подобранные комбинации психотропных препаратов
- г) все перечисленные препараты
- д) ни один из перечисленных препаратов

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: **ПК-6**

9. Для лечения психических нарушений в выраженной стадии гипертонической болезни необходимо

Варианты ответа:

- а) постоянно контролировать соматическое состояние
- б) систематически контролировать цифры АД
- в) не применять больших доз психотропных средств
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: **ПК-6**

10. Для лечения психических нарушений в выраженной стадии тромботической болезни необходимо

Варианты ответа:

- а) постоянный контроль соматического состояния
- б) постоянный контроль лабораторных данных (изменения со стороны крови)
- в) профилактика рецидивов психических нарушений
- г) ничего из перечисленного
- д) все перечисленное

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос: ПК-6

11. При лечении острых психозов сосудистого генеза необходимо

Варианты ответа:

- а) срочные консультации терапевта и невропатолога с целью организации срочной специальной помощи больному
- б) срочно осторожное (с учетом возможных осложнений) купирование возбуждения
- в) осторожное (в смысле дозировки и сочетаний) назначение психотропных средств в зависимости от особенностей состояния больного
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-6

12. Лечение подострых психозов сосудистого генеза включает

Варианты ответа:

- а) средние дозы нейролептиков со слабой нейролептической активностью
- б) антидепрессанты со средней активностью с небольшими дозами транквилизаторов
- в) избегать осложнений (сердечно-сосудистых расстройств, нейролепсии, экзогенных эпизодов)
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос: ПК-10

13. Трудоустройство больных с сосудистыми психическими нарушениями зависит

Варианты ответа:

- а) от стадии заболевания
- б) от профессии
- в) от возраста
- г) от всего перечисленного
- д) ни от чего из перечисленного

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-10

14. В начальной стадии сосудистых психических заболеваний больные могут быть

Варианты ответа:

- а) временно нетрудоспособны
- б) ограниченно трудоспособны
- в) вопрос о трудоспособности решается в зависимости от профессии
- г) вопрос о трудоспособности решается в зависимости от интенсивности проявлений болезни
- д) верно все перечисленное

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос: ПК-10

15. В выраженной стадии сосудистых психических заболеваний больные могут быть

Варианты ответа:

- а) ограниченно трудоспособны
- б) нетрудоспособны
- в) решение вопроса о трудоспособности зависит от интенсивности психических нарушений
- г) решение вопроса о трудоспособности зависит от соматического состояния больного
- д) верно все перечисленное

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос: ПК-10

16. При острых психозах сосудистого генеза возможны все решения о трудоспособности больных, кроме

Варианты ответа:

- а) временно нетрудоспособны
- б) стойко нетрудоспособны
- в) ограниченно трудоспособны
- г) вопрос о стойкой и ограниченной трудоспособности решается по миновании психоза
- д) постпсихотическое состояние не имеет значения для решения вопросов трудоустройства

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос: ПК-10

17. При протрагированных и хронических сосудистых психозах больные могут быть

Варианты ответа:

- а) временно или стойко нетрудоспособны
- б) ограниченно трудоспособны
- в) решение вопросов о трудоспособности зависит от вида психоза и особенностей его течения

- г) решение вопросов трудоспособности зависит от нозологической принадлежности сосудистого психоза
д) верно все перечисленное, кроме г)

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос: ПК-10

18. Больные с психическими нарушениями сосудистого генеза

Варианты ответа:

- а) вменяемы вне приступов психического расстройства (психозов)
- б) невменяемы в состоянии психоза
- в) невменяемы в период деменции
- г) верно все перечисленное
- д) верного утверждения нет

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-10

19. Больные с психическими нарушениями сосудистого генеза

Варианты ответа:

- а) дееспособны в инициальной стадии заболевания
- б) недееспособны в стадии слабоумия
- в) недееспособны в период психозов
- г) верно все перечисленное
- д) верного утверждения нет

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-6

20. Мерами реабилитации и реадaptации при психических нарушениях сосудистого генеза являются

Варианты ответа:

- а) установление режима, предоставление возможности дополнительного отдыха - в начальной стадии
- б) по возможности организовать посильную деятельность в выраженных стадиях
- в) в постинсультный период совместные меры реабилитации с невропатологами и терапевтами
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-10

21. Годность к военной службе больных с сосудистыми психическими нарушениями определяется

Варианты ответа:

- а) стадией заболевания и степенью выраженности психических нарушений
- б) соматическим состоянием больных
- в) возрастом больных
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-6

22. При лечении психических расстройств в группе мозговых атрофий применяется все перечисленное, кроме

Варианты ответа:

- а) средних доз малых нейролептиков
- б) средних доз антидепрессантов
- в) транквилизаторов
- г) осторожно ноотропов
- д) ЭСТ

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос: ПК-6

23. Начальные психические расстройства при атрофических заболеваниях лечатся

Варианты ответа:

- а) транквилизаторами
- б) малыми нейролептиками
- в) малыми антидепрессантами
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-6

24. На исходных стадиях атрофических процессов лечение сводится

Варианты ответа:

- а) к общему уходу
- б) к организации питания
- в) к симптоматической терапии
- г) ко всему перечисленному
- д) ни к чему из перечисленного

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-6

25. При медленно текущих атрофических процессах меры реабилитации могут заключаться

Варианты ответа:

- а) в приспособлении к усиленному труду
- б) в организации ухода за собой
- в) в помощи родным в домашнем хозяйстве
- г) во всем перечисленном
- д) ни в чем из перечисленного

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-5

26. При благоприятно текущих атрофических процессах возможно

Варианты ответа:

- а) сохранение на прежнем месте работы с ограничением круга обязанностей
- б) перевод на менее квалифицированную работу
- в) в зависимости от особенностей случая и профессии сохранение на прежнем месте работы с прежним кругом обязанностей
- г) любой из перечисленных вариантов
- д) верно б) и в)

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-5

27. На начальных стадиях атрофических процессов больные могут быть

Варианты ответа:

- а) ограниченно трудоспособными
- б) нетрудоспособными
- в) нетрудоспособными с необходимостью постороннего ухода
- г) верно любое из перечисленного
- д) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: Пк-10

28. На развернутой и исходной стадиях атрофических процессов трудоспособность больных

Варианты ответа:

- а) ограничена
- б) стойко утрачена
- в) стойко утрачена с необходимостью постороннего ухода
- г) верно все перечисленное
- д) верно б) и в)

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос:ПК-10

29. Больные со старческим слабоумием и старческими психозами

Варианты ответа:

- а) неменяемы
- б) недееспособны
- в) ограниченно дееспособны
- г) верно все перечисленное
- д) верно а) и б)

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-10

30. В гражданском процессе судебно-психиатрическая оценка зависит

Варианты ответа:

- а) от наличия или отсутствия психических возрастных изменений
- б) от наличия или отсутствия психотических расстройств
- в) от наличия и степени выраженности атрофических проявлений
- г) от всего перечисленного
- д) ни от чего из перечисленного

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос:ПК-6

31. Лечение психогенных реакций и психозов

Варианты ответа:

- а) включает широкий круг психотерапевтических и социальных мероприятий, психотропных и других лекарственных средств, физио- и трудотерапию
- б) терапевтическая практика определяется остротой и особенностями клинической картины психогении
- в) учитывает склад личности, характер психической травмы и механизмы возникновения реактивного состояния
- г) учитывает все перечисленное
- д) все перечисленное неверно

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-6

32. Неотложная помощь при психогенных реакциях и психозах включает

Варианты ответа:

- а) необходимость удержания больного, прибегая к иммобилизации
- б) для купирования психоза внутримышечное введение препаратов
- в) применение нейролептиков (аминазин, стелазин, галоперидол) и транквилизаторов
- г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-6

33. Реабилитация больных, перенесших психогенные состояния, предусматривает

Варианты ответа:

- а) устранение патологической фиксации на травмирующей ситуации
- б) активизирующее влияние, привлечение к деятельности, не связанной с психотравмирующей ситуацией
- в) помощь в решении социальных проблем
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос: ПК-10

34. Трудовая экспертиза реактивных состояний исходит из того, что

Варианты ответа:

- а) большинство реактивных состояний преходящие и не приводят к инвалидности
- б) при острых реактивных психозах имеет место временная нетрудоспособность
- в) при затяжных состояниях может быть установлена временная инвалидность
- г) верно все перечисленное
- д) все перечисленное неверно

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-10

35. При судебно-психиатрической экспертизе реактивных состояний

Варианты ответа:

- а) принимается во внимание соотношение различных факторов, влияющих на формирование болезненных расстройств
- б) реактивные психозы, будучи обратимыми состояниями, обуславливают временную невменяемость
- в) при затяжных реактивных психозах назначается принудительное лечение
- г) верно все перечисленное
- д) все перечисленное неверно

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-6

36. Стационарная психотерапевтическая помощь показана всем следующим

контингентам больных, кроме

Варианты ответа:

- а) больных с хроническими, тяжелыми формами неврозов
- б) больных с невротическими расстройствами на фоне органической патологии ЦНС
- в) больных с невротическими реакциями
- г) больных, для которых повседневное социальное окружение является источником декомпенсации

Правильный ответ: 1(А)

Вопрос: ПК-6

37. Групповая психотерапия противопоказана всем перечисленным больным, кроме больных

Варианты ответа:

- а) с пароксизмальными состояниями различного генеза (истерические, эпилептические, диэнцефальные)
- б) с гиперкинезами и тиками
- в) с истерическими двигательными нарушениями (астазия-абазия, параличи, парезы)
- г) со всем перечисленным

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-6

38. К индивидуальным методам психотерапии алкоголизма относятся

Варианты ответа:

- а) рациональная психотерапия
- б) ситуационно-психологический тренинг
- в) внушение наяву
- г) гипнотерапия
- д) все перечисленные, кроме г)

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос:ПК-6

39. К групповым методикам психотерапии алкоголизма относятся все перечисленные, кроме

Варианты ответа:

- а) гипнотерапии
- б) функциональной тренировки
- в) аутотренинга
- г) ситуационно-психологического тренинга

Правильный ответ: 3(В)

Вопрос: ПК-6

40. Обучение больных алкоголизмом аутогенной тренировке позволяет

Варианты ответа:

- а) притупить первичное патологическое влечение к алкоголю
- б) устранить вторичное патологическое влечение к алкоголю
- в) уменьшить эмоциональное напряжение
- г) мобилизовать волевые ресурсы
- д) все перечисленное, кроме б)

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос: ПК-6

41. Применением метода рациональной психотерапии у больных алкоголизмом можно

Варианты ответа:

- а) уменьшить проявление алкогольной анозогнозии
- б) аутоидентифицировать первичное патологическое влечение к алкоголю
- в) выработать навыки поведения, препятствующие срыву ремиссии
- г) провести ценностную переориентацию
- д) все перечисленное верно

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос:ПК-6

42. Применение методики стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях (по А.Р.Довженко) показано всем перечисленным группам больных, кроме больных

Варианты ответа:

- а) высказывающих добровольное желание лечиться
- б) проходящих принудительное противоалкогольное лечение
- в) явившихся на лечение в трезвом виде, не менее, чем с двухнедельным воздержанием от алкоголя
- г) на любой стадии алкоголизма

Правильный ответ: 2(Б)

Вопрос: ПК-6

43. Абсолютными противопоказаниями к применению метода стрессопсихотерапии алкоголизма являются

Варианты ответа:

- а) делириозное состояние
- б) исходная стадия алкоголизма
- в) аментивное состояние

- г) абстинентный синдром
- д) все перечисленные, кроме б)

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос: ПК-10

44. Организации психотерапевтической помощи в настоящее время
свойственны
все следующие тенденции, кроме

Варианты ответа:

- а) приближения к обслуживаемому населению как в территориальном, так и в социально-психологическом отношении
- б) внедрения в общесоматические лечебно-профилактические учреждения
- в) доминирования стационарной психотерапевтической помощи
- г) доминирования амбулаторной психотерапевтической помощи

Правильный ответ: 3(В)

Вопрос: ПК-6

45. При лечении табачной зависимости используют все перечисленное, исключая

Варианты ответа:

- а) никотинзаместительную терапию
- б) рефлексотерапию
- в) аверсионную терапию
- г) терапию нейролептиками
- д) психотерапию

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-6

46. К недостаткам никотинозаместительной терапии относится все перечисленное, кроме

Варианты ответа:

- а) возможного побочного действия фармакотерапии
- б) большой длительности курса лечения (до 30 дней)
- в) невозможности применения данного метода при наличии соматических заболеваний
- г) поражения печени как результата осложнения данного метода

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-6

47. К противопоказаниям для применения никотинозаместительной терапии относится все перечисленное, исключая

Варианты ответа:

- а) гипертоническую болезнь II-III степени
- б) атеросклероз
- в) язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения
- г) кровотечение
- д) хронический гепатит

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос:ПК-6

48. Лечение больных наркоманией и токсикоманией включает в себя ряд этапов, среди которых

Варианты ответа:

- а) снятие интоксикации, купирование абстинентных явлений
- б) восстановление нарушенных соматических и психических функций, коррекция поведения
- в) выявление основного симптомокомплекса психической зависимости и определение предшествующих рецидивов
- г) все перечисленное

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос:ПК-6

49. При проведении дезинтоксикации больным наркоманией и токсикоманией назначают

Варианты ответа:

- а) ноотропы, витамины
- б) магнезию
- в) форсированный диурез
- г) солевые растворы
- д) нейролептики

Правильный ответ: 5(Д)

Вопрос:ПК-6

50. Для купирования абстинентного состояния у больного опийной наркоманией назначают все перечисленное, кроме

Варианты ответа:

- а) пирроксана
- б) клофелина
- в) наркотических средств
- г) тиаприда
- д) физиотерапевтического лечения прибором ЛЭНАР

Правильный ответ: 3(В)

Вопрос:ПК-6

51. При купировании абстинентного состояния у барбитурового наркомана наиболее эффективным является назначение

Варианты ответа:

- а) заместительной терапии барбитуратами
- б) глюкозы
- в) витаминов
- г) пирроксана

Правильный ответ: 1(А)

Вопрос:ПК-6

52. Коррекция нарушений поведения у больных наркоманией наиболее эффективна при применении

Варианты ответа:

- а) пипортила-пролонга
- б) неулептила
- в) модитена
- г) аминазина

Правильный ответ: 1(А)

Вопрос:ПК-6

53. У злоупотребляющих средствами бытовой и промышленной химии дисфории купируются

Варианты ответа:

- а) финлепсином
- б) сонапаксом
- в) транквилизаторами
- г) верно а) и б)
- д) всем перечисленным

Правильный ответ: 4(Г)

Вопрос: ПК-6

54. Восстановительное лечение у злоупотребляющих средствами бытовой и промышленной химии проводится всем перечисленным, кроме

Варианты ответа:

- а) общеукрепляющих средств, содержащих фосфор
- б) биостимуляторов
- в) психостимуляторов
- г) витаминов в комплексах

д) ноотропов

Правильный ответ: 3(В)

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Принципы и методы лечения психических заболеваний и расстройств ПК-6
2. Принципы и методы социально-трудовой реабилитации психически больных и профилактики психических заболеваний. ПК-6
3. Кто проводит экспертизу трудоспособности больных с психическими заболеваниями ? ПК-10
4. Кто проводит военно-врачебную экспертизу граждан? ПК-10
5. Кто проводит судебно- психиатрическую экспертизу? ПК-10
6. Проблемы реадaptации и реабилитации психически больных. ПК-6

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА 1. ПК-5, ПК-6

Больная С., 30 лет. Поступила в психиатрическую больницу вскоре после родов. Выглядит бледной, истощенной, губы сухие, запекшиеся. Психическое состояние крайне изменчиво. Временами возбуждена, мечется в постели, срывает с себя белье, принимает страстные позы. Выражение лица тревожное, растерянное, внимание фиксируется на случайных предметах. Речь бессвязна: «Вы отняли у меня крошку.. Стыдно... Вы думаете с Ваней жить, а нужно с богом.... Я черт, а не бог... Вы все с ума сойдете... У меня торможение... Аминазин, а потом в магазин...» и т. д. Из отдельных отрывочных высказываний можно понять, что больная слышит голоса родственников, идущие откуда-то снизу, крики и плач детей.. Настроение меняется: от глубоко угнетенного до восторженно-эйфорического. Вместе с тем, легко озлобляется, угрожает выколоть глаза. Состояние возбуждения неожиданно сменяется глубокой прострацией. Больная умолкает, бессильно опускает голову на подушку, с тоской и растерянностью осматривается по сторонам. В это время удается вступить с ней в контакт, получить ответ на простые вопросы. При этом оказывается, что больная не знает, где она находится, не может назвать текущую дату, месяц, путает время года, не может дать почти никаких сведений о себе и о своей семье. При кратковременной беседе быстро истощается и перестает отвечать на вопросы.

Определите ведущие симптомы, назовите синдром.

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА.

У больной наблюдается аментивный синдром. Он характеризуется помрачением сознания с нарушением способности ориентироваться в месте, времени и собственной личности. На фоне нарушенного сознания возникает беспорядочное возбуждение. Речь больной также бессвязна (инкогеррентна). Столь же отрывочны и бессистемны ее галлюцинаторные переживания. Однако несмотря на хаотичность и разрозненность внутренних переживаний, поступков и речи, они постоянно насыщены эмоциями, которые

калейдоскопически сменяют друг друга. Внимание больной пассивно привлекается на миг случайными предметами, но связать их воедино, а, следовательно, и разобраться в окружающей ситуации, понять свое отношение к ней больная не может. Вся эта симптоматика разворачивается на фоне тяжелой психической и физической слабости, астении.

ЗАДАЧА 2. ПК-5, ПК-6

Больной Р., 24 лет, инвалид 1-й группы. В течение многих лет почти непрерывно находится в психиатрической больнице. В отделении совершенно пассивен, большую часть времени ничем не занят, сидит на стуле глядя, в одну точку. Выражение лица тупое, безразличное, рот полуоткрыт. Иногда по приглашению других больных садится играть в шахматы. Однако играет без интереса, всегда проигрывает, встает и уходит на свое место. Крайне неряшлив, не следит за своей внешностью, умывается и причесывается только по настоянию персонала отделения. На свидание с матерью выходит неохотно. Не поздоровавшись с ней, сразу же лезет в сумку, достает принесенные продукты и, слегка кивнув головой, уходит в свою палату. Ест много и с жадностью, съедает все подряд - кислое, сладкое, соленое.

В один из дней больной был взят на лекцию по психиатрии для демонстрации студентам. Вошел с видом полного безразличия, сел, даже не взглянув на аудиторию. На вопросы отвечает неохотно, односложно, смотрит при этом в сторону. Вот образец разговора с больным:

Профессор: Как Вы себя чувствуете? Вас что-нибудь беспокоит?

Больной: Нет, ничего. Я здоров.

Профессор: Почему же Вы находитесь в больнице?

Больной: Не знаю... Лечение еще не закончено.

Профессор: Какое же лечение, если Вы здоровы?

Больной молчит, на вопрос не отвечает.

Профессор: Я слышал, что несколько лет тому назад Вы выпрыгнули из окна 3-го этажа, сломали себе ногу. Зачем Вы это сделали?

Больной: Так... Встряхнуться захотелось.

Профессор: Вот уже много лет Вы лежите в больнице. Вам не хотелось бы вернуться домой, заняться чем-нибудь?

Больной: Нет, не хочу. Я здесь останусь,

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА.

У больного наблюдается апатический синдром. Он характеризуется полным безразличием больного к жизни и себе. Больной, много лет находясь в психиатрической больнице, ничего не делает; у него отсутствует интерес к собственной личности, даже не соблюдает простейшие правила гигиены. Наблюдается также эмоциональное безразличие к матери. Сохранились лишь витальные влечения, например, к пище, которое, однако, качественно изменилось (ест все подряд).

Таким образом, у больного имеет место редукция физической и психической активности. Отсутствие интереса к окружающему миру, собственному состоянию. Эмоциональная тупость.

ЗАДАЧА 3. ПК-5, ПК-6

Больной Б., 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «вработывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение; склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Оцените описанные психопатологические проявления.

Тактика лечения пациента

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА.

Существует много вариантов астенического синдрома, встречающегося при неврозах, в рамках шизофрении, органических заболеваний головного мозга, при многих инфекционных и неинфекционных внутренних болезнях. Однако во всех случаях центральным симптомом астении является раздражительная слабость. У данного больного

она проявляется в виде повышенной раздражительности сочетающейся с высокой истощаемостью психических процессов. Так вспышки раздражения тут же сменяются у него чувством раскаяния и слезами. У больного имеются и другие характерные признаки астенического синдрома: гиперестезия по отношению к физическим и психическим раздражителям, эмоциональное слабодушие, истощаемость внимания, головные боли, явления вегетативно-сосудистой лабильности. Астенический синдром часто сочетается с другими формами психических расстройств, образуя астено-ипохондрические, астено-депрессивные, астено-навязчивые состояния и т. п.

ЗАДАЧА 4. ПК-5, ПК-6

Больная С., 60 лет, пенсионерка. Около 5 лет тому назад однажды поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей. Появился страх, не могла оставаться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор, в течении 5 лет, почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выброситься из окна, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стены, из-за окна, и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одними и теми же модуляциями голоса. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт с ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Охотно соглашается, что голоса эти имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить.

Какой это синдром?

Тактика ведения пациента

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

На первый план в картине заболевания у больной выступают стойкие слуховые (вербальные) истинные галлюцинации. Характерна однотипность этих галлюцинаций на протяжении многих лет, неприятное, угрожающее содержание галлюцинаторной речи. Первично здесь нарушение восприятия, чувственной сферы. Бредовые идеи преследования выступают как бы «вторично» и вытекают из содержания галлюцинации. Подобная картина заболевания характерна для длительно протекающего, хронического вербального галлюциноза.

ЗАДАЧА 5. ПК-5, ПК-6

Больной В., 37 лет, слесарь. Три дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что его комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут «пойти выпить». Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, полусобаки-

полукошки, слышал стук в окно, крики о помощи. В страхе выбежал из дома и бросился в отделение милиции, спасаясь от «преследования». Оттуда и был доставлен в психиатрическую больницу. В стационаре возбужден, особенно в вечернее время, рвется к дверям, к окнам. При беседе внимание на тему разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает стряхивать с себя что-то, говорит, что стряхивает ползающих по нему насекомых, видит перед собой «кривляющиеся рожи», показывает на них пальцем, громко смеется.

Что это такое?

Тактика ведения пациента

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

У больного имеется помрачение сознания в форме делирия. В пользу этого говорит обильный наплыв галлюцинаций, преимущественно зрительных. Восприятие реальных событий оттесняется яркими галлюцинаторными образами на задний план. Галлюцинации сопровождаются чувственным бредом преследования, страхом, психомоторным возбуждением. Поведение больного целиком определяется его галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. Действительные события воспринимаются и понимаются больным нечетко, фрагментарно. Характерно также усиление галлюцинаций и возбуждения в вечернее время.

В приведенном описании не раскрываются многие признаки, характеризующие помрачение сознания. В частности, ничего не говорится о способности больного ориентироваться в месте, времени, в собственной личности. Не упоминается также наступила ли у больного амнезия всего пережитого в период болезни.

ЗАДАЧА 6. ПК-5, ПК-6

Больной Г., 78 лет, пенсионер. В течение двух месяцев находится в психиатрической клинике. Требуется за собой постоянного ухода. Сам не может найти свою палату, садится на чужие койки, при еде неряшлив, неопрятен. Временами бывает благодушен, смеется, глядя на других больных. Однако чаще раздражителен, гневлив, ругается, замахивается на санитарок, медсестер. За время пребывания в больнице не смог запомнить ни своего врача, ни соседей по палате. Приходящих к нему на свидание родственников также не узнает, не хочет разговаривать с ними, цинично бранится и уходит из столовой, забрав с собой принесенные продукты. Иногда больной становится тревожным, что-то ищет под кроватью, связывает постельное белье в узел и садится на него. Со злобой отталкивает от себя врача, заявляет, что все кругом воры, разбойники, он только что снял с себя сапоги, а их украли. Требуется, чтобы позвали «милицию», возбуждается, кричит: «Караул!»

Однажды больной был продемонстрирован на лекции студентам. Вот отрывок из записи разговора с ним.

— Иван Тимофеевич, сколько Вам лет?

- 40, или, может быть, 30.
- Так Вы еще молодой человек?
- Какой я тебе молодой, отстань, все вы воры, жулики!...
- А какой сейчас у нас год?
- Наверное, 1961...
- Сколько будет, если к 12 прибавить 8?
- Наверное, 10.
- Иван Тимофеевич, а где Вы сейчас находитесь?
- Я дома, у себя в избе.
- Как Вас здесь кормят?
- Какое кормят! Трое суток не ел. Весь хлеб украли. Вот только сейчас под лавку положил!..
- Что это за состояние?

Тактика ведения пациента

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

Речь идет о тотальном слабоумии (деменция) с глубоким изменением всех сторон личности больного. Резко расстроена память, нарушена способность к элементарному счету, критика к своему состоянию практически отсутствует. Интересы больного до крайности сужены и ограничиваются, в основном, лишь удовлетворением простых биологических потребностей. Утрачена тонкость и дифференцированность эмоциональных реакций, эмоции упрощены, грубы, отсутствует элементарная деликатность, чувство такта. Постоянный оттенок недоброжелательности, эгоистическая направленность интересов в сочетании с нарушением памяти приводят к формированию нестойких и нелепых бредовых идей ограбления. Последний симптом особенно часто возникает у лиц старческого возраста.

ЗАДАЧА 7. ПК-5, ПК-6

Больная О., 54 лет, инвалид II группы. Находится на лечении в психиатрическом стационаре. В отделении мало заметна, необщительна. Большую часть времени ничем не занята, сидит на своей кровати, часто тяжело вздыхает. На лице выражение тоски и тревоги. При беседе с врачом волнуется, слегка дрожит, непрерывно перебирает руками свою одежду. На глазах слезы. Жалуется на подавленное настроение, бессонницу, наплыв бесконечных тревожных мыслей о доме. Жизнь представляется больной ненужной и

бесцельной, часто думает о том, что жить не стоит. Вот отрывок из разговора врача с больной.

Врач: почему Вы считаете, что Вы никому не нужны? Дома Вы ведете хозяйство, воспитываете внуков. Вашим детям было бы трудно без Вас.

Больная: внуков, наверное, нет уже в живых... Нет их!

Врач: почему Вы так говорите? Ведь только вчера на свидании у Вас был сын. Он сказал, что дома все в порядке.

Больная: не знаю... Наверное, все погибли. Доктор, что со мной? Сделайте что-нибудь, помогите...

О каком варианте депрессии идет речь?

Тактика ведения пациента

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

Депрессия у больной сочетается с чувством чрезвычайной тревожности. Тревога по своим проявлениям близка к чувству страха, но отличается от последнего отсутствием определенного объекта, на который она была бы направлена. Тревога заключается в постоянном ожидании какой-то непоправимой беды, катастрофы. В это тревожное чувство больная пытается вложить то или иное содержание, предполагая, что несчастье может случиться с близкими ей людьми, с ней самой. Тревога выражается не только в высказываниях, но, прежде всего, в мимике, в поведении больных. Тревожные больные редко бывают заторможены. Чаще они постоянно в движении, ходят взад и вперед по палате, перебирают руками предметы. Для данной больной характерно именно такое поведение.

Это тревожная депрессия.

РЕКОМНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>