

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

М. М. СКУГАРЕВСКАЯ, О. А. СКУГАРЕВСКИЙ

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2011

УДК 616.89-008.441.13-083.98(075.8)
ББК 56.145.12 я73
С46

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 23.02.2011 г., протокол № 6

Р е ц е н з е н т ы: доц. каф. психиатрии и наркологии Белорусской медицинской академии последиplomного образования, канд. мед. наук Е. В. Ласый; зав. отделом наркологии Республиканского научно-практического центра психического здоровья, канд. мед. наук А. В. Копытов

Скугаревская, М. М.

С46 Неотложные состояния в психиатрии и наркологии : учеб.-метод. пособие / М. М. Скугаревская, О. А. Скугаревский. – Минск : БГМУ, 2011. – 19 с.

ISBN 978-985-528-368-4.

Содержит описание неотложных состояний в психиатрии и наркологии. Изложены вопросы купирования психомоторного возбуждения, терапии суицидального кризиса, экстренных состояний, связанных с употреблением психоактивных веществ, побочных эффектов психотропных препаратов, тревожных расстройств.

Предназначено для студентов 4–5-го курсов лечебного, педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов.

УДК 616.89-008.441.13-083.98(075.8)
ББК 56.145.12 я73

ISBN 978-985-528-368-4

© Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2011

Введение

Неотложная психиатрия представляет собой раздел общей психиатрии, предусматривающий наличие специальных навыков по совладанию с ситуациями, требующими экстренных терапевтических вмешательств. Необходимость оказания неотложной помощи в психиатрии определяется не столько интенсивностью переживаний пациента, сколько психомоторными проявлениями или ожидаемым поведением. Экстренная помощь при психических заболеваниях наряду с медикаментозным лечением включает социальные мероприятия по уходу, наблюдению и надзору. Знания и навыки по оказанию экстренной психиатрической помощи необходимы врачам всех специальностей, т. к. эти состояния встречаются достаточно часто как у амбулаторных больных, так и среди пациентов стационаров (в частности, в отделениях интенсивной терапии и реанимации).

К неотложным состояниям в психиатрии и наркологии относятся расстройства мышления, восприятия и поведения, требующие срочного врачебного вмешательства. Чаще всего неотложное вмешательство необходимо в следующих ситуациях:

- 1) суицидальное поведение;
- 2) агрессия, возбуждение (маниакальное, параноидное, кататоническое, эпилептиформное);
- 3) страх, тревога, аутодеструкция (панические атаки, генерализованная тревога, посттравматическое стрессовое расстройство, реакция горя, диссоциативная амнезия, нервная анорексия);
- 4) употребление психоактивных веществ (интоксикация, синдром отмены, психозы);
- 5) соматически обусловленные состояния (например, острая спутанность, делирий у пожилых);
- 6) медикаментозно обусловленные состояния (лекарственная передозировка, побочные действия психотропных препаратов, злокачественный нейролептический синдром);
- 7) кататония с гиперпирексией.

Общие положения

Юридической основой для оказания психиатрической помощи пациентам является Закон Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Согласно ст. 25, 30 Закона, существуют ситуации, когда возможно обследование и лечение пациента без его согласия. К принудительной госпитализации и лечению прибегают, если поступки пациента дают основание предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, следствием которого может быть:

- непосредственная опасность для себя и (или) окружающих;
- беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если пациент будет оставлен без психиатрической помощи.

Опасность пациента для себя состоит в неспособности заботиться о себе (ведущей к полному пренебрежению собой) или в суицидальном поведении. Опасность для окружающих заключается в агрессии, насилии.

Общие принципы лечения неотложных психиатрических состояний

К общим принципам лечения неотложных психиатрических состояний относятся:

- 1) сбор данных о получаемых ранее препаратах и по возможности проведение физикального обследования; применение минимальных доз, если не известно о предшествующем использовании психотропных средств;
- 2) предпочтительное использование антипсихотиков в комбинации с бензодиазепинами;
- 3) парентеральное введение, которое, как правило, действует быстрее и является более надежным;
- 4) переход к пероральным препаратам как можно быстрее;
- 5) частое измерение АД и температуры;
- 6) желательно стационарное наблюдение.

Купирование психомоторного возбуждения

Если настроение, мышление или поведение пациента крайне необычные, дезорганизованные, то в первую очередь необходимо оценить опасность пациента для себя и окружающих. Агрессивные, склонные к насилию пациенты часто находятся в психотическом состоянии при шизофрении, бредовом расстройстве, делирии, острой мании или деменции. Такое поведение часто может быть результатом интоксикации алкоголем или другими веществами, особенно фенциклидином, амфетаминами или ко-

каином. При купировании агрессивного, угрожающего поведения осуществляется изоляция пациента, применяются методы физического ограничения (фиксация), а также проводится медикаментозная терапия. Снижение шума и активности, достигаемое изоляцией, может быть достаточным для редукции возбуждения и агрессивности. В нашей стране разрешен метод фиксации пациента мягкими лентами за запястья и голени к кровати сроком до 2 ч. При этом обязателен осмотр врача и соответствующая запись в медицинской документации. Пациент должен находиться под постоянным медицинским наблюдением.

Склонные к насилию пациенты представляют существенный риск для себя и других, поэтому необходимо быстрое, безопасное и эффективное лечение. **Быстрая транквилизация** — это процедура введения определенного количества антипсихотиков (нейролептиков), как правило, совместно с бензодиазепинами, через короткие интервалы времени для контроля возбужденных, угрожающих и потенциально опасных пациентов.

Для купирования психомоторного возбуждения используются следующие препараты:

1. Антипсихотики:

- хлорпромазин (аминазин) в дозе 25–50 мг (1–2 мл раствора);
- галоперидол — 1–2 мл 0,5%-ного раствора;
- зуклопентиксол ацетат (Акуфаз) — 50 мг в 1 мл;
- левомепромазин (тизерцин) — 25–75 мг (1–3 мл раствора);
- дроперидол — 5 мг;
- оланзапин — 10 мг;
- рисперидон (в комбинации) — 2 мл в растворе для перорального применения.

2. Бензодиазепины:

- диазепам (сибазон, реланиум) — 2–4 мл 0,5%-ного раствора в/м;
- лоразепам — 1–4 мг.

Пути введения. Внутривенное (в/в) введение, как правило, позволяет достичь более быстрого эффекта, чем внутримышечное (в/м), которое, в свою очередь, быстрее перорального пути введения. Однако в/в введение препаратов более опасно, поэтому, в основном, используется в/м способ. В/м абсорбция выше у активных пациентов. Бензодиазепины, как правило, безопасны при парентеральном введении, а антипсихотики могут быть смертельными в средних дозах для пациентов, ранее их не получавших.

Дозы. Необходимость в высоких дозах антипсихотиков отсутствует, если пациент реагирует на стандартные дозы. Более высокие дозы могут оказаться менее эффективными. Использование в качестве дополнения бензодиазепинов более безопасно и эффективно, чем применение высоких доз антипсихотиков.

Меры предосторожности при беседе с пациентом

В беседе с пациентами следует соблюдать определенные меры предосторожности:

- если возбужденный больной потенциально опасен, беседу проводить при открытых дверях и в присутствии персонала. Необходимо, чтобы ближе к двери сидел врач, а не больной;
- при экстремальных ситуациях фиксировать пациента;
- устранить из комнаты предметы, которыми можно нанести увечье врачу;
- всеми возможными методами избегать ответной агрессивности. Пренебрежительный, озадачивающий, обвиняющий, угрожающий или осуждающий тон разговора может усилить агрессию больного. Голос врача должен быть спокойным и нейтральным;
- производить впечатление, что врач может оказаться на месте больного с расстройствами личности («я понимаю, что вы очень нервничаете...»);
- не находиться к больному слишком близко. Он может воспринять это как угрозу;
- не подвергать себя ненужному риску. Часто помогает численное превосходство персонала над больным;
- при возможности снимать очки, галстук и украшения;
- тщательно продумывать, как защитить свое лицо, шею и голову.

Способы самозащиты заключаются в следующем:

1. Если больной схватил запястья врача, обычно их можно освободить, производя вращательные движения наружу.
2. Если больной схватил со спины, хватку можно ослабить, если опереться подбородком в грудную клетку и быстро повернуться вокруг.
3. Если больной пытается укусить, следует втолкнуть свою руку как можно глубже ему в рот, а другой рукой удерживать больного за затылок.

Потенциальные осложнения при использовании антипсихотиков

К потенциальным осложнениям относятся:

1. Кардиоваскулярные осложнения и внезапная смерть. Препараты вызывают удлинение интервала QT, они противопоказаны пациентами с предшествующими кардиологическими проблемами.
2. Респираторные осложнения.
3. Экстрапирамидные симптомы, особенно острая дистония (может наблюдаться у 10–30 % пациентов на протяжении первых 24 ч и позднее, встречается примерно у 50 % молодых мужчин). Акатизия, вызванная антипсихотиками, может проявляться в виде ажитации, появившейся повтор-

но после того, как с помощью антипсихотиков уже было достигнуто адекватное поведение.

4. Острая гипотензия (минимизируется, если больной ложится), особенно у пациентов, у которых используются фенотиазины, и у пожилых.

5. Судороги, особенно у пациентов с эпилепсией, нерегулярно принимающих препараты.

6. Мегаколон (редко), аспирация.

7. Злокачественный нейролептический синдром.

8. Локальный кровоподтек, боль (наблюдается у 30 % пациентов).

9. Токсическая передозировка, к которой может привести введение дозы антипсихотика пациенту, уже получившему антипсихотик.

Неосторожное введение депо препарата в вену может быть летальным. При использовании бензодиазепинов возможна парадоксальная реакция в виде растормаживания, особенно у людей с повышенной импульсивностью, в случае применения высокопотенцированных препаратов, при использовании в юном или пожилом возрасте или из-за предшествующего поражения ЦНС. Необходимо помнить, что **до исключения тяжелой соматической патологии не следует назначать психотропные препараты.**

Побочные эффекты терапии психотропными препаратами

Побочные эффекты терапии антипсихотиками (табл.). Антипсихотики, особенно антагонисты дофаминовых рецепторов, как в терапевтических дозах, так и в токсических, могут вызывать острые экстрапирамидные побочные эффекты, включая острую дистонию. Эти побочные эффекты могут быть дозозависимыми и исчезать при отмене препарата. Такие антипсихотики, как тиоридазин, галоперидол, оланзапин, рисперидон и zipразидон, способны вызывать синдром удлинения интервала QT, что в конечном итоге повышает риск развития летальных аритмий.

Таблица

Лечение острых побочных эффектов антипсихотиков

Симптомы	Лечение	Комментарии
Острые дистонические реакции (например, окулогирные кризы, тортиколис)	Бензатропин — 2 мг в/в или в/м, может повториться однократно через 20 мин; дифенилгидрамин — 50 мг в/в или в/м дважды каждые 20 мин	Бензатропин (2 мг перорально) может предупредить дистонию, когда дается вместе с антипсихотиками

Окончание табл.

Симптомы	Лечение	Комментарии
Гортанная дистония	Лоразепам — 4 мг в/в за 10 мин, затем 1–2 мг в/в медленно	Может потребоваться интубация
Акинезия, выраженный паркинсоноподобный тремор, брадикинезия	Бензатропин — 1–2 мг перорально дважды в день; дифенилгидрамин — 25–50 мг пе-	При акинезии может потребоваться отмена антипсихотика или перевод

	перорально один раз в сут	на менее сильный
Акатизия (с другими экстрапирамидными симптомами)	Амантадин — 100–150 мг перорально дважды в день; бензатропин — 1–2 мг перорально дважды в день; пропранолол — 10–30 мг один раз в сут перорально; тригексифенидил — 2–7 мг перорально дважды в день (1–5 мг в один прием)	Необходимо отменить или снизить дозу препарата, вызвавшего акатизию
Акатизия в сочетании с выраженной тревогой	Лоразепам — 1 мг перорально в один прием; клоназепам — 0,5 мг перорально дважды в день	—

Другие побочные эффекты. *Гипертонический криз* может развиваться при лечении антидепрессантами из группы ингибиторов МАО, если в пищу употребляются тираминсодержащие продукты. Лечение состоит в применении α -адреноблокаторов (фентоламин), нифедипина (10 мг перорально).

Гипотензия может развиваться при приеме антидепрессантов, антипсихотиков (особенно фенотиазинов). Показано введение 2%-ного кордиамина (1 мл в/м), снижение или отмена препарата.

Серотониновый синдром возникает редко. Его развитие связано с употреблением ингибиторов обратного захвата серотонина, ингибиторов МАО, особенно в сочетании с другими препаратами, влияющими на обмен серотонина (левадопа, декстрометорфан и др.). Проявляется тошнотой, рвотой, болями в животе, желудочным дискомфортом, гипертермией, тремором, дизартрией, в тяжелых случаях комой. Необходима отмена препарата, дезинтоксикационная терапия, использование ципрогептадина (16–32 мг/сут), бензодиазепинов.

Острая задержка мочи может развиваться в случае приема препаратов с выраженным антихолинергическим действием (трициклические антидепрессанты, ингибиторы МАО), особенно у пациентов с гиперплазией предстательной железы. Требуется введение прозерина или галантамина (1–4 мг/сут), при необходимости проводится катетеризация мочевого пузыря.

Лейкопения и агранулоцитоз могут возникать при терапии антипсихотиками, особенно клозапином, трициклическими антидепрессантами. Необходима немедленная отмена препарата, госпитализация.

Литиевая интоксикация проявляется рвотой, болью в животе, профузным поносом, тремором, атаксией, судорогами, возможно развитие комы. Необходимо промывание желудка, введение осмотических диуретиков, лечение в токсикологическом отделении или в отделении интенсивной терапии и реанимации.

Злокачественный нейролептический синдром представляет собой гиперметаболическую реакцию на антипсихотики, в основном антагонисты дофаминовых рецепторов. Данный синдром чаще развивается в начале лечения либо после повышения дозы, реже — в процессе поддерживающей терапии при осложнениях со стороны соматического состояния, например дегидратации. Злокачественный нейролептический синдром наблюдается примерно у 3 % пациентов, начинающих прием антипсихотиков. Риск выше у мужчин в состоянии психомоторного возбуждения, которым назначаются большие дозы антипсихотиков, а также тогда, когда доза быстро увеличивается. Характерными признаками является мышечная ригидность, гипертермия, тахипноэ, нарушения психического состояния, спутанность сознания, потливость. К наиболее частым осложнениям относится инфаркт миокарда, аспирационная пневмония, дыхательная недостаточность, ацидоз, рабдомиолиз. Менее частыми осложнениями являются тромбоэмболия и почечная недостаточность. Смертность наблюдается в 30 % случаев.

Диагноз основывается на клинических данных. Похожая клиническая картина наблюдается при бактериальном менингите, сепсисе, тепловом ударе, злокачественной гипертермии или феохромоцитоме. Изменения лабораторных показателей могут заключаться в респираторном и метаболическом ацидозе, миоглобинурии, повышении креатинкиназы, лейкоцитозе.

Лечение, как правило, проводится в отделении интенсивной терапии и реанимации. Оно состоит в немедленной отмене лекарства, предположительно вызвавшего злокачественный нейролептический синдром, уходе, активном лечении миоглобинемии, лихорадки и ацидоза. Необходимо внешнее охлаждение (через испарение) для снижения температуры внутренних органов до 39,5°C. Для миорелаксации может использоваться агонист дофамина бромкриптин в дозе 2,5–7,5 мг перорально один раз в день или дантролен — 1–3 мг/кг в/в каждые 4–6 ч.

Суицидальный кризис

Суицид (самоубийство) — преднамеренное лишение себя жизни. *Парасуицид* — не завершившееся смертельным исходом действие, заключающееся в намеренном нанесении себе травмы или приеме вещества в количестве, заведомо превышающем предписанную дозу.

Следует обсуждать с пациентом его суицидальные планы и идеи. Необходимо оценить факторы риска самоубийства, к которым относят:

- психиатрическое лечение по любому поводу (особенно в случае шизофрении, депрессии и наркотической/алкогольной зависимостей);
- намеренные самоповреждения в прошлом;

- импульсивные черты личности, эмоциональная неустойчивость;
- социальная изоляция, одиночество;
- недавно понесенная тяжелая утрата, соматическое заболевание, сопровождающееся сильной болью;
- пожилой возраст;
- мужской пол;
- безработица;
- суицидальное поведение в окружении;
- наличие легкого доступа к средствам, которые могут быть использованы для самоубийства (анестезиологи, владельцы оружия, лица, принимающие лекарства или употребляющие наркотики).

Также оцениваются антисуицидальные факторы: родительские обязанности, чувство долга, ответственность, творческие планы, религиозные убеждения.

Должны настораживать такие проявления, как неожиданное спокойствие, наступившее после ажитированной депрессии, резкое облегчение obsессивно-компульсивных симптомов, заметное изменение обычного поведения, упорное отрицание суицидальных мыслей депрессивным пациентом, накопление медикаментов, подготовка завещания, неожиданная раздача долгов.

Помощь в случае суицидального кризиса неотложна (минуты, часы). Необходимо собрать информацию о причинах кризиса, ожиданиях и целях (чего хотелось достичь суицидом), прояснить внутренний смысл кризиса, узнать, кому приписывается вина. Нужно давать клиенту правдивую информацию, в том числе и о своих чувствах; следует избегать утешений. Основными задачами кризисного вмешательства являются преодоление исключительности ситуации, разработка ясного плана действий. При этом альтернативный выход из ситуации пациент находит сам, врач обеспечивает поддержку и помогает адекватным советом. Необходимо стимулировать физическую активность пациента. Прорабатываются варианты поведения в будущих кризисных ситуациях. После проведения первой беседы о суициде необходимо критически относиться к возникающему облегчению, возможно составление «антисуицидального контракта». Важно, чтобы после оказания первой помощи пациент находился под наблюдением до тех пор, пока не будет проведено последующее лечение (психотерапевтическое и/или медикаментозное).

Медикаментозное лечение. Если присутствует депрессивная симптоматика, то необходимо использование антидепрессантов. Препараты назначаются в адекватной терапевтической дозе, но выписывают их в небольшом количестве (на 1–2 нед.). Предпочтение отдается антидепрессантам с наименьшей токсичностью (например, селективным ингибиторам обратного захвата серотонина), следует избегать препаратов со стимулиру-

рующим действием. При этом необходимо помнить, что эффект от терапии наступает не сразу, и риск суицида может быть повышен в тот период, когда проявляется активирующее действие препарата. Первые признаки улучшения не служат основанием для уменьшения интенсивности терапии. В ряде случаев требуется назначать транквилизаторы и антипсихотики при тревоге, снотворные средства при бессоннице.

Тревожные расстройства и расстройства, связанные со стрессом

Паническая атака представляет собой внезапно начинающийся кратковременный приступ выраженной тревоги или страха, сопровождающийся соматическими (слабость, головокружение, боль в груди, желудочный дискомфорт, тахикардия) и когнитивными симптомами (страх смерти, страх сойти с ума). В среднем паническая атака длится около 10 мин.

Гипервентиляция при панической атаке потенцирует страх, поэтому эффективным средством первой помощи может служить дыхание в бумажный пакет в течение 1–1,5 мин (10–15 глубоких вдохов и выдохов), что уменьшает тревогу. Паническая атака, как правило, проходит самостоятельно, жизни не угрожает. Членам семьи пациента необходимо вести себя спокойно, не бросаться сразу оказывать ему помощь, чтобы не подкреплять вторичную выгоду больного. В крайних случаях, чтобы избежать аутоагрессии, возможно применение транквилизаторов (например, альпразолам в дозе 0,25–2 мг), β -адреноблокаторов (пропранолол — 10–30 мг). В долгосрочной терапии эффективны антидепрессанты.

Острая реакция на стресс развивается сразу (минуты, часы) после воздействия психосоциальных стрессоров чрезвычайной силы и интенсивности (военные действия, аварии, катастрофы, внезапная смерть кого-либо из близких) и проявляется либо тревогой, страхом с бесцельным метанием, психомоторным возбуждением, бегством (фуга), либо обездвиженностью, ступором. К общим клиническим проявлениям также относят выраженную вегетативную дисфункцию (средцебиение, тахикардия, чувство удушья, головокружение, потливость, тошнота, диарея, озноб), физическое напряжение (тремор, мышечные подергивания, дрожь, напряженность и болезненность в разных группах мышц), когнитивные и эмоциональные нарушения (заторможенность, рассеянность, трудность в принятии решений, утрата объективности в оценке происходящего, гнев, раздражительность, тревога, эйфория, чувство вины, отчужденность, усиление подозрительности, бессонница). Выраженность симптомов снижается по меньшей мере через 8 ч, если воздействие стрессовой ситуации пре-

кращено. После более длительного воздействия стресса улучшение может наступить только через 48 ч.

К общим принципам оказания помощи в подобных ситуациях относят ее неотложное осуществление вблизи от места происшествия. Не следует допускать, чтобы пострадавший сразу оказался в незнакомой обстановке. Необходимо обеспечить покой, тепло, питье и питание. Нужно дать возможность пациенту выговориться. Нельзя оставлять его одного.

Можно создавать группы, в которых один человек наблюдает за больными и оказывает им помощь (в группе присутствует взаимопомощь, ощущение солидарности). Беспокойных, предрасположенных к панике пациентов направляют в отдельные пункты, где им оказывают помощь. Никому не следует давать алкоголь в качестве лекарственного средства. При необходимости возможна иммобилизация. Из медикаментозных средств используются транквилизаторы в высоких дозах (0,5%-ный диазепам — 4–6 мл в/м) или антипсихотики (0,5%-ный галоперидол — 1–2 мл, 2,5%-ный аминазин — 2–4 мл) либо их сочетание.

Состояния, связанные с употреблением психоактивных веществ

Острая алкогольная интоксикация характеризуется нарушением сознания, когнитивных функций, эмоций, восприятия и поведения. Легкая алкогольная интоксикация (0,5–1,5 ‰ алкоголя в крови) проявляется неустойчивостью при ходьбе, смазанной речью, снижением критичности, уменьшением контроля своих поступков. Средняя степень опьянения (1,5–2,5 ‰) проявляется эйфорией, которая может сменяться раздражительностью и агрессией. При тяжелом опьянении (2,5–4 ‰) к указанным выше симптомам присоединяется нарушение ориентации в месте и времени. Алкогольная кома развивается при концентрации алкоголя в крови более 4 ‰, характеризуется угнетением сознания и является опасным для жизни состоянием.

Неосложненная алкогольная интоксикация не требует специального лечения. Рекомендуется ввести 10–20 мл 40%-ного раствора декстрозы в/в для предупреждения алкогольной гипогликемии и 100 мг тиамина в/м (профилактика энцефалопатии Гайе–Вернике). Если пациент возбужден, то необходима седация, фиксация. Транквилизаторы желателно в этой ситуации не назначать, т. к. они потенцируют действие алкоголя, угнетают дыхательный центр. Может использоваться галоперидол (5–15 мг парентерально). Лечение тяжелой алкогольной интоксикации проводится в отделениях интенсивной терапии и реанимации либо токсикологии.

Состояние отмены алкоголя развивается при алкогольной зависимости через 6–12 ч после снижения уровня алкоголя в крови. Проявляется

сочетанием психических (тревога, подавленность, бессонница) и соматовегетативных (тахикардия, потливость, тремор рук, языка, тошнота, понос, колебания АД) симптомов. Состояние отмены алкоголя может осложняться развитием делирия, судорог.

Основными препаратами в лечении неосложненного состояния отмены алкоголя являются бензодиазепины. Они уменьшают вероятность развития судорог и делирия, обладают седативным действием. Учитывая, что у пациентов с алкогольной зависимостью повышена толерантность к бензодиазепинам, для достижения эффекта требуются достаточно большие дозировки (например, диазепам — 5–20 мг внутрь в/м или в/в каждые 6–8 ч; 1-е сут — 40 мг, 2-е — 40 мг, 3-и — 30 мг, 4-е — 20 мг, 5-е — 15 мг, 6-е — 10 мг, 7-е — 5 мг). После купирования синдрома лечение бензодиазепинами немедленно отменяется из-за риска развития зависимости. Обязательно назначается тиамин (100–300 мг/сут) для профилактики энцефалопатии Гайе–Вернике и корсаковского синдрома.

При купировании синдрома отмены легкой и средней степени тяжести показана монотерапия карбамазепином (первые два дня — 1200 мг/сут, 3-й и 4-й дни — 600 мг/сут, 5-й и 6-й — 400 мг/сут, 7-й — 200 мг/сут).

Инфузионная терапия показана лишь при упорной рвоте, выраженном обезвоживании. В остальных случаях достаточно оральной регидратации (обильное питье). Не следует назначать мочегонные средства.

Состояние отмены алкоголя с делирием лечится в стационарных условиях. Основным средством лечения являются бензодиазепины, в дополнение к ним может использоваться галоперидол (0,5–2 мг внутрь или парентерально каждые 6 ч). Обязательно назначается тиамин. Необходимо обильное питье. При невозможности оральной регидратации показана инфузионная терапия полиионными растворами.

В случае *острой интоксикации опиоидами* без нарушения сознания и дыхательной функции специальных лечебных мероприятий не требуется. Симптомами отравления опиоидами являются: психомоторная заторможенность, невнятная смазанная речь, миоз, депрессия дыхательного и кашлевого центра, сухость кожи и слизистых оболочек, колебания АД. К симптомам острой передозировки относятся: нарушение сознания (ступор, сопор или кома), выраженный миоз (точечные зрачки), медленное поверхностное дыхание, падение АД, выраженная брадикардия.

Основным средством лечения острого отравления опиоидами является антагонист опиоидных рецепторов налоксон. Его вводят в/в по 0,2–0,4 мг каждые 2–3 мин при условии, что предыдущие инъекции были неэффективны. Суммарная доза препарата — до 10 мг/сут, возможно в/м введение или подкожное. Признаком эффективности налоксона является восстановление дыхания через 1 мин после инъекции, затем несколько проясняется сознание, повышается АД, расширяются зрачки. Если после

введения нескольких порций налоксона нет положительного эффекта, то показана интубация трахеи и проведение ИВЛ. Если по достижении общей дозы (10 мг) улучшение не наступает, то необходимо исключить другие причины комы. После применения налоксона возможны: развитие выраженного синдрома отмены, артериальная гипертензия. Следует помнить, что период полувыведения налоксона меньше, чем у большинства опиоидов, поэтому могут понадобиться повторные инъекции даже после того, как пациент пришел в сознание. Больной должен находиться под наблюдением врача не менее суток.

Ранние проявления *состояния отмены опиоидов* начинаются через 8–10 ч после последней дозы наркотика. Характерны следующие признаки: потливость, зевота, ринорея, слезотечение, расширенные зрачки, чувство тревоги и нетерпеливость, желудочные колики. Развернутый синдром отмены развивается на 1–2-е сут после последней дозы наркотика. Выражены тревога, нетерпеливость, мышечная боль, озноб, головная боль, раздражительность, тремор, рвота, диарея, лихорадка, спазмы мышц, повышенное АД, тахикардия.

Выделяют следующие методики купирования состояния отмены:

- сочетание клонидина и транквилизаторов;
- сочетания антипсихотиков, антидепрессантов и транквилизаторов между собой.

Клонидин (агонист центральных альфа-2-адренорецепторов, хорошо купирует вегетативный компонент синдрома отмены) применяют в суточной дозе 450–1500 мкг, кратность приема составляет 3–5 раз в день. Гипотензивный эффект клонидина требует постоянного наблюдения. Диазепам назначают внутрь в дозе 40–60 мг/сут, при выраженной симптоматике в/м (но не в/в). Дополнительно может применяться трамадол (400 мг/сут внутрь). Вместо клонидина можно использовать антидепрессант доксепин (75–200 мг/сут) или антипсихотики: хлорпротиксен (100–400 мг/сут), левомепромазин (100–300 мг/сут). Для купирования диареи можно использовать лоперамид, для лечения рвоты — метоклопрамид. При сильных болях в мышцах назначают нестероидные противовоспалительные препараты и лекарственные средства, воздействующие на мышечный тонус (баклофен). Все эти лекарственные средства назначают 5–7 дней, затем дозы постепенно снижают и отменяют через 10–15 дней.

Соматически обусловленные состояния

К соматически обусловленным состояниям, требующим неотложной помощи, относится *делирий* (острый органический синдром). Основным его проявлением является нарушение сознания. Степень нарушения во многих случаях меняется в течение дня и обычно достигает максимума

ночью. Распознается оно по таким признакам, как замедленность реакций, затруднение концентрации внимания, неуверенность пациента при ответе на вопрос о времени суток. Поведение может характеризоваться гиперактивностью, раздражительностью или, наоборот, пассивностью, медлительностью, неразговорчивостью. Мышление замедленное и спутанное, обычны идеи отношения и бред. Также может искажаться зрительное восприятие, меняется настроение. Характерна дезориентация во времени, пространстве и окружающей обстановке. Поражение функции мозга, лежащее в основе делирия, является генерализованным, а первопричина часто находится вне мозга. Причиной делирия может служить лекарственная интоксикация (сердечные гликозиды, транквилизаторы, противопаркинсонические средства, барбитураты, вальпроаты, клофелин, тобрамицин и др.), системные, внутричерепные инфекции, уремия, почечная, дыхательная, сердечная недостаточность, черепно-мозговые травмы и другие тяжелые соматические состояния.

Основное лечение направлено на устранение физической причины (отмена препарата, вызвавшего делирий, или лечение основного заболевания). Пациенту необходимо обеспечить хороший уход и наблюдение, чтобы смягчить напряжение и предотвратить поведение, которое может повлечь за собой нежелательные последствия для больного либо других людей или даже привести к несчастным случаям. Следует давать пациенту как можно меньше лекарств и избегать использования любых средств, которые могут усугубить нарушение сознания. Потребность в психотропных препаратах возникает, в основном, в двух случаях:

1) если нужно контролировать состояние возбужденного, испуганного или беспокойного больного в дневное время. В таких ситуациях предпочтительнее отдается антипсихотикам (например, галоперидол — 2–10 мг);

2) когда необходимо помочь пациенту заснуть в ночное время. Для этого могут использоваться бензодиазепины (например, диазепам — до 40 мг/сут).

Купирование психомоторного возбуждения производится по общим принципам, указанным выше.

Кататония

Кататония представляет собой достаточно редкое, но потенциально опасное состояние, чаще при шизофрении, хотя иногда может быть следствием других заболеваний (например, энцефалита, злокачественных новообразований, диабета). Клинически может проявляться кататоническим ступором, кататоническим возбуждением или их чередованием. Характеризуется двигательными нарушениями (фиксированная поза, восковая гибкость), мутизмом, негативизмом, эхоталией, эхопраксией. Непосредственную опасность для жизни представляют кататонические состояния с

гиперпирексией (температура тела достигает 40° и выше). По своей клинической картине кататония близка к злокачественному нейрорептическому синдрому.

Основным способом лечения кататонии является электросудорожная терапия, которая проводится в психиатрическом стационаре. Из психотропных препаратов используются бензодиазепины (например, лоразепам — 2 мг, диазепам — 10 мг), при выраженной мышечной ригидности может применяться дантролен (1 мг на кг массы тела каждые 6 ч). Антипсихотики обычно неэффективны, кроме того, сложно провести дифференциальный диагноз с кататонией, вызванной лекарствами. Также проводится симптоматическое лечение.

Заключение

Таким образом, при экстренных ситуациях в психиатрии в первую очередь необходимо обеспечить безопасность пациента и окружающих лиц; по возможности максимально полно собрать анамнез, акцентируя внимание на употреблении психоактивных веществ и медицинских препаратов, наличии сопутствующих соматических заболеваний; провести возможное физикальное обследование; использовать препараты с минимальными побочными эффектами и тщательно наблюдать за состоянием пациента.

Литература

1. *Психиатрия* : нац. рук. / под ред. Т. Б. Дмитриевой [и др.]. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2. *Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry* / 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
3. *Bazire, S. Psychotropic drug directory 2010. The professionals' pocket handbook and aide memorie* / S. Bazire. HealthComm UK Ltd, 2010.

Оглавление

Введение	3
Общие положения.....	4
Общие принципы лечения неотложных психиатрических состояний	4
Купирование психомоторного возбуждения	4
Меры предосторожности при беседе с пациентом	6
Потенциальные осложнения при использовании антипсихотиков	6
Побочные эффекты терапии психотропными препаратами	7
Суицидальный кризис	9
Тревожные расстройства и расстройства, связанные со стрессом.....	11
Состояния, связанные с употреблением психоактивных веществ	12
Соматически обусловленные состояния	14
Кататония.....	15
Заключение.....	16
Литература.....	16

Учебное издание

Скугаревская Марина Михайловна
Скугаревский Олег Алексеевич

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск **О. А. Скугаревский**
Редактор **О. В. Лавникович**
Компьютерная верстка **А. В. Янушкевич**

Подписано в печать 25.02.11. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,86. Тираж 99 экз. Заказ 276.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.