

Отравление психоактивными веществами



Психоактивные вещества (ПАВ) - это совокупность наркотических и токсикоманических средств, применяемых для изменения психического состояния и способных привести к развитию зависимости (наркомании или токсикомании).

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:

Ведение 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.



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.



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.Phеназепамі 0.1% - до 10 мл\сут (таблетки до 10 мг\сут), S.Диазепамі 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.

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 (миоکلонии)
- Судорожные припадки

Лечение:

В основе лечения лежит применение самих транквилизаторов и снотворных с постепенным медленным снижением дозы и последующей полной их отменой.

Можно применять тот же препарат, который принимал больной.

Можно использовать феназепам или диазепам в таблетках.

Доза транквилизатора (снотворного) подбирается эмпирическим путём – назначается та доза, которая значительно уменьшит явления абстиненции. В дальнейшем эта доза медленно снижается – не более чем на 1\5 за три дня. Так как речь идёт об «учётных» препаратах – лучше проводить лечение под контролем психиатра (нарколога) или использовать «тайком» препараты самого больного – позволив ему их принимать, не отражая это в истории болезни – подобная тактика оправдана «во благо больного».

Если речь идёт о пожилom пациенте или пациенте с серьёзной соматической патологией, зависимом от «Корвалола» и сходных препаратов – лучше не отменять препарат и позволить больному принимать его (без записи в истории болезни) во избежание ухудшения состояния (развития синдрома отмены). После выписки из стационара рекомендовать плановое лечение у нарколога.

Если планируется оперативное лечение – обязательно назначить транквилизаторы в послеоперационном периоде

