



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ



Наркология

Национальное руководство

Под редакцией Н.Н. Иванца,
И.П. Анохиной, М.А. Винниковой

2-е издание,
переработанное и дополненное

Подготовлено под эгидой
Национального наркологического общества
и Ассоциации медицинских обществ по качеству



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

Глава 8

Неотложная наркология

(С.И. Уткин)

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В НАРКОЛОГИИ: КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ТЕРАПИЯ

Наблюдаемый в последние десятилетия рост числа критических, угрожающих жизни состояний у наркологических больных закономерно привел к выделению нового направления — неотложной наркологии, так как при оказании специализированной наркологической помощи часто возникает необходимость применения реаниматологических или детоксикационных методов *in situ*, поскольку ситуация требует немедленного вмешательства в течение часов, а иногда и минут, в противном случае неизбежна гибель пациента или тяжелые последствия для его здоровья. В то же время лечение наркологических больных требует особого подхода к оказанию им неотложной помощи. Ярким примером может служить острая интоксикация опиоидами тяжелой степени у пациентов, зависимых от наркотиков этой группы и, соответственно, систематически злоупотребляющих ими. Лечение пациентов данной группы требует детоксикации, поскольку опиоиды в больших дозах угнетают жизненно важные функции организма, в том числе дыхание, сердечную деятельность, диурез. В то же время быстрая отмена опиоидов может привести к тяжелым абстинентным расстройствам, отеку легких, развитию делирия, генерализованного влечения к наркотику. Таким образом, лечение неотложных наркологических состояний требует специальной подготовки персонала, находясь на стыке трех дисциплин — психиатрии, реаниматологии и токсикологии. Развитие концепции неотложной наркологии способствовало, в свою очередь, дальнейшему развитию современных представлений поэтапного развития абстинентных расстройств, выделению и описанию новых синдромов и состояний, появлению новых подходов к их лечению и созданию специализированных отделений для оказания экстренной помощи тяжелобольным с зависимостью от психоактивных средств.

За прошедшие годы значительные шаги были сделаны как в теоретической области, так и в практической, изучались особенности формирования и развития неотложных состояний, была найдена связь между их клинической картиной и нарушением обмена нейромедиаторов в ЦНС, доказана роль иммунной системы и генетических факторов в патогенезе неотложных наркологических состояний [3, 28, 51]. Значительно расширились возможности врача: были разработаны новые терапевтические подходы к лечению неотложных состояний в наркологии, внедрены в практику новые методы лечения, прежде всего эфферентная терапия, появились новые ЛС [8, 12, 22, 26, 38].

Поскольку у наркологических больных состояние может быть угрожающим не только по причине наличия у них тяжелых соматических расстройств, но и измененного психического состояния, было предложено следующее определение неотложных состояний в наркологии: внезапно, остро возникающие и непосредственно угрожающие жизни и здоровью больного, а иногда и представляющие опасность для окружающих, требующие для своего купирования применения комплексных методов интенсивной терапии, включая при необходимости реанимационные мероприятия, методы экстракорпоральной детоксикации [31, 33].

В настоящее время выделяют семь групп неотложных состояний в наркологии, к которым относятся:

- 1) тяжелая экзогенная интоксикация (алкоголем, наркотиками и другими ПАВ);
- 2) тяжелый АС;
- 3) психозы, осложняющие соответствующий АС;
- 4) декомпенсированная эндогенная интоксикация, возникающая на фоне сопутствующей соматической патологии;
- 5) выраженное патологическое влечение к психоактивному веществу;
- 6) острые состояния, возникающие у наркологических больных в ходе стационарного лечения вследствие резистентности или интолерантности к проводимой терапии;
- 7) смешанные состояния.

Рассуждая о проблеме неотложных состояний у наркологических больных, необходимо подчеркнуть крайнее разнообразие их клинических проявлений, высокую частоту развития смешанных форм, тенденцию к их быстрому развитию и затяжному течению [33, 40].

Тяжелая экзогенная интоксикация психоактивным веществом (F1x.0xx)

Тяжелая эндогенная интоксикация ПАВ рассматривается как неотложное состояние, причиной которого является прямое, непосредственное воздействие ПАВ на нервную систему, возникающее вследствие ее чрезмерного возбуждения или, напротив, угнетения. Хроническое злоупотребление ПАВ приводит к целому комплексу изменений обмена, что, в свою очередь, приводит к росту толерантности, в том числе и перекрестной, в отношении других наркотических и лекарственных средств. С другой стороны, компенсаторные возможности систем естественной детоксикации и элиминации в условиях постоянного присутствия в организме токсического агента постепенно снижаются. Таким образом, в процессе развития болезни доза ПАВ, необходимая пациенту для получения желаемого эффекта, неуклонно приближается к токсической, что может привести к передозировке привычного ПАВ, или другого наркотика, или лекарственного препарата, примененного в целях самолечения [21].

Острая алкогольная интоксикация (F10.0xx)

Острая алкогольная интоксикация характеризуется начальным периодом возбуждения ЦНС, сменяющимся угнетением, которое может достигать степени комы. Механизм данного явления следующий. Алкоголь угнетает оба основных процесса — и торможения, и возбуждения, но воздействие на первый сильнее и опережает по времени его влияние на второй. Таким образом, наблюдаемое возбуждение есть результат растормаживающего влияния алкоголя, а не стимуляция в прямом смысле слова. По клиническим проявлениям различают три степени алкогольной интоксикации: легкую (1–2% в крови), среднюю (3–4% в крови), тяжелую (6–7% в крови). Алкогольная интоксикация средней и легкой степени специальной терапии не требует. К неотложным состояниям относится алкогольная интоксикация тяжелой степени, а также патологическое опьянение, которое является следствием идиосинкразии к алкоголю, то есть, по сути, интоксикационным психозом [25, 40].

Патологическое алкогольное опьянение (F10.07x) представляет собой психотическое состояние, развивающееся вследствие острой интоксикации алкоголем, патогенез которого до конца не известен. Чаще всего это состояние наблюдается у больных хроническим алкоголизмом, хотя порой, к счастью, достаточно редко встречается и у лиц, не страдающих алкогольной зависимостью (АЗ). Как правило, эпизоду патологического опьянения предшествуют физическое и психическое переутомление, стресс, перенесенные инфекции, хроническое недосыпание и другие повреждающие факторы. Особенностью патологического опьянения является то, что для его развития обычно требуется небольшая доза выпитого алкоголя, при этом быстро и всегда внезапно развивается психотическое состояние с помрачением сознания, галлюцинаторно-бредовыми переживаниями и психомоторным возбуждением. Поступки субъектов, находящихся в состоянии патологического опьянения, обычно определяются содержанием психотических переживаний и направлены на преодоление мнимой опасности, проявляющееся чаще всего в виде агрессии. Продолжительность периода психотических расстройств невелика — обычно от нескольких минут до часа, возбуждение переходит в длительный сон с последующей амнезией психотического эпизода [43].

Алкогольная интоксикация тяжелой степени (F10.0x3) — угрожающее жизни состояние, причиной развития которого является отравление этиловым спиртом. Основным механизмом развития является распространение тормозящего влияния алкоголя на жизненно важные подкорковые центры (дыхательный, сосудодвигательный и др.). Для этого состояния характерны резкий запах алкоголя, угнетение сознания (глубокая оглушенность, сомноленция, сопор или кома) и вегетативных функций (артериальная гипотензия, гипотермия, частый и слабый пульс, холодный липкий пот), бледность или цианоз кожи и слизистых оболочек. В начальной фазе возможны колебания аффекта, агрессивное поведение. При алкогольной интоксикации может развиваться судорожный синдром (F1x.06x), велика вероятность аспирации рвотных масс (F10.02x). Описаны случаи развития делирия у пациентов в состоянии алкогольной интоксикации (F10.03x) [20, 21].

Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов (F11.0x)

При передозировке опиатами наблюдаются нарушение сознания, доходящее до степени глубокого сопора или комы, угнетение дыхания, миоз, выраженная брадикардия, артериальная гипотония. В очень тяжелых случаях может наблюдаться мидриаз, что является прогностически неблагоприятным признаком. В ряде случаев клиническая картина отравления может иметь волнообразный характер, пациент периодически приходит в себя, затем вновь засыпает, в конце концов

глубокий сон переходит в кому. При передозировке опиатом из группы агонист-антагонистов (например, буторфанолом) или классическим опиатом на фоне лечения антагонистом опиатных рецепторов (налтрексоном) начальная фаза острой интоксикации может сопровождаться психомоторным возбуждением, тремором, дисфорией, судорогами [33].

Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиноидов (F12.0x)

Передозировка препаратами конопли проявляется как интоксикационный психоз, характерны исчезновение чувства реальности происходящего, ощущение чуждости тела, иногда зрительные и слуховые галлюцинации. В тяжелых случаях наблюдается сопор или кома с последующим развитием энцефалопатии и полинейропатии, характерны спутанность сознания, дизартрия, анестезии, парезы и др. Характерны различные аффективные нарушения — от эйфории до депрессии или дисфории, а также расстройства сознания от легкой растерянности до полной дезориентировки. Аффект неустойчив, характерна смена полярных состояний. В начале интоксикации можно наблюдать возбуждение, дурашливое поведение, сопровождающееся неудержимым смехом, сексуальное возбуждение. При нарастании степени отравления субъект становится расслабленным, движения — медленными, взгляд фиксирован в одной точке. Кожный покров, вначале гиперемированный, становится бледным, холодным, наблюдаются сухость во рту, повышенный блеск глаз, мидриаз, тахипноэ, артериальная гипертензия, тахикардия. При неврологическом обследовании отмечаются нарушения координации, тремор, нистагм. Могут наблюдаться потеря кожной чувствительности, парестезии.

Мышление непоследовательное, бессвязное. Темп мышления ускорен, реже — замедлен, иногда «мысли застывают». Нарушено восприятие времени: оно то ускоряется, то замедляется. Осмысление происходящего нарушено.

Отмечаются также разнообразные расстройства восприятия: цвет окружающих предметов может становиться более насыщенным, звуки приобретают особый тембр и окраску. Характерны явления дереализации и деперсонализации: окружающая обстановка воспринимается необычной и чуждой, окружающие предметы и собственное тело меняют размеры и форму. Также могут наблюдаться иллюзии, псевдо- или истинные галлюцинации [4, 52].

При употреблении препаратов конопли типичен характерный резкий запах, исходящий от субъекта. В течение последних нескольких лет получили распространение СК, продающиеся на черном рынке под видом препаратов растительного происхождения (так называемые спайсы). Их прием (курение) не сопровождается характерным для препаратов конопли запахом, тем не менее остальные признаки острой интоксикации присутствуют. Большинство специалистов сходятся во мнении, что передозировка синтетических каннабиноидов более опасна, чем высокие дозы препаратов конопли. Известные осложнения, наблюдаемые при передозировке спайсов, включают возбуждение, судорожные припадки, нередко возникают тяжелые психотические шизофреноподобные расстройства (спайсофрения). Имеются сообщения об одном случае развития острой почечной недостаточности и двух случаях ишемического инсульта у здоровых субъектов после передозировки наиболее широко распространенного в мире синтетического каннабиноида JWH-018 [45].

Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина (F14.0x) и других стимуляторов (F15.0x)

До недавнего времени наибольшее распространение на территории нашей страны имели кустарно изготавливаемые производные эфедрина (эфедрон и первитин), в последнее время, особенно в крупных городах, активно распростра-

няются кокаин, амфетамины и метамфетамины. Совсем недавно стали активно распространяться новые стимуляторы, относящиеся к группе катинонов («соль», «кристаллы»).

У субъектов, находящихся в состоянии острой интоксикации стимуляторами тяжелой степени, наблюдаются бледность кожного покрова, сухость слизистых оболочек, тахикардия, повышение АД, расширение зрачков с ослабленной реакцией на свет, мышечный тремор, стереотипные движения губ и языка, психомоторное возбуждение. При нарастании степени интоксикации развиваются нарушения сердечного ритма в виде тахиаритмий, мерцания предсердий, фибрилляции желудочков. Возможны спазмы сосудов, транзиторные ишемические атаки, инсульт, судорожные припадки.

Очень часто на высоте интоксикации развивается острый интоксикационный психоз, который в зависимости от вида употребленного стимулятора имеет свои особенности. Так, при передозировке кокаином, как правило, развивается острый параноидный психоз с типичными для него тактильными галлюцинациями: пациенты ощущают ползающих по телу насекомых, пытаются их ловить и давить, расчесывают кожу. Одновременно отмечаются необъяснимые странности поведения, например склонность складывать в кучи различные вещи.

Для острой интоксикации кустарно приготовленным эфедроном специфично возникновение чувства легкости в теле и ощущение потери собственной массы тела. Для острой интоксикации кустарно приготовленным первитином характерны сужение сознания, лабильность аффекта, кратковременность периода эйфории, которая уже на начальных этапах интоксикации сменяется подозрительностью, тревогой, несистематизированными бредовыми идеями преследования, бредоподобными расстройствами с ощущением способности предугадывать события, читать мысли и управлять людьми на расстоянии.

При тяжелой степени интоксикации амфетаминами и катинонами развиваются острые психозы различной структуры: параноидной, делириозной, онейроидной, маниакальной, маниакально-бредовой. Реже наблюдаются острый вербальный галлюциноз и бред ревности.

При острой кофеиновой интоксикации тяжелой степени возможно развитие делирия, сумеречных состояний сознания, острого галлюциноза [4, 27, 32, 47, 48].

Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных или снотворных средств (F13.0x)

Интоксикация барбитуратами

Часто встречается в сочетании с алкогольной интоксикацией у лиц, злоупотребляющих такими препаратами, как мяты перечной листьев масло + фенобарбитал + хмеля соплодий масло + этилбромизовалерианат (Валокордин*), мяты перечной листьев масло + фенобарбитал + этилбромизовалерианат (Корвалол*) и др. Характерны нарастающие заторможенность, сонливость, дискоординация движений, эмоциональная лабильность и склонность к «недержанию аффекта».

По мере нарастания интоксикации становятся все более выраженными разнообразные соматические и неврологические расстройства: гиперсаливация, гиперемия склер, сальность кожного покрова, брадикардия, гипотония, расширение зрачков с вялой реакцией на свет, нистагм, диплопия, дизартрия, снижение сухожильных рефлексов и мышечного тонуса, атаксия, произвольные дефекация и мочеиспускание.

При тяжелой интоксикации нарастает угнетение сознания, глубокий сон переходит в кому, резко снижается АД, пульс и дыхание становятся частыми и поверх-