ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ Г. СЕМЕЙ

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ

Рахметуллина Т. 509 ОМФ

СЕМЕЙ 2015

ОТРАВЛЕНИЯ: ТРИЦИКЛИЧЕСКИЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ

- Наиболее распространенные препараты этой группы - амитриптилин , имипрамин , кломипрамин , дезипрамин , доксепин , нортриптилин , протриптилин и тримипрамин . Сходное действие оказывают амоксапин , амфебутамон , мапротилин и тразодон . Все эти вещества блокируют обратный захват норадреналина , дофамина и серотонина в нейронах ЦНС. Кроме того, они обладают М-холиноблокирующим и альфа-адреноблокирующим действием, а также хинидиноподобным действием на сердце.
- Антидепрессанты, избирательно блокирующие обратный захват серотонина (флуоксетин ,пароксетин , сертралин) или серотонина и норадреналина (венлафаксин), не вызывают таких осложнений, как трициклические антидепрессанты: их угнетающее действие на ЦНС выражено слабо, а кардиотоксическое практически отсутствует.

- Трициклические антидепрессанты хорошо всасываются в ЖКТ, и их сывороточная концентрация достигает максимума через 2-6 ч после приема. В редких случаях из-за М-холиноблокирующего эффекта их всасывание замедляется, а сывороточная концентрация достигает максимума через 6-12 ч.
- Трициклические антидепрессанты в значительной степени связываются с белками плазмы. Их объем распределения составляет 20-40 л/кг. Основной путь элиминации - печеночный метаболизм. На первом этапе происходит деметилирование, иногда с образованием активных метаболитов. При последующих реакциях образуются все более полярные вещества, экскретируемые почками. В неизмененном виде с мочой выводится менее 5% основного вещества. T1/2 трициклических депрессантов и их метаболитов составляет 25-30 ч, но при передозировке может возрастать.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Симптомы появляются через 30 мин после приема и достигают максимума через 2-6 ч. При небольшой передозировке преобладает М-холиноблокирующее действие (см. выше, " Отравления: средства с М-холиноблокирующим действием "). Для тяжелого отравления характерны угнетение ЦНС , кардиотоксический эффект, артериальная гипотония ,эпилептические припадки . Кардиотоксический эффект проявляется желудочковой тахикардией ,нарушениями АВ - и внутрижелудочкового проведения , резкой брадикардией , снижением сердечного выброса. Характерно расширение комплекса QRS (более 100 мс); чем шире комплекс QRS, тем больше риск нарушений ритма сердца и припадков. Вероятность аритмий возрастает также при ацидозе . Чувствительный признак кардиотоксического действия - отклонение электрической оси сердца вправо (в отведении aVR зубец R больше, чем S). Иногда развиваются аспирационная пневмония и отек легких . Смерть может наступить либо в остром периоде отравления (в течение 6 ч после приема), либо значительно позже - от полиорганной недостаточности или легочных осложнений.

ДИАГНОСТИКА

- Диагноз подтверждается при обнаружении отравляющего вещества в моче при стандартном токсикологическом исследовании. Сывороточная концентрация препарата обычно соответствует тяжести отравления; концентрацию основного вещества надо складывать с концентрациями активных метаболитов. Терапевтическая концентрация составляет около 1000 нмоль/л (300 нг/мл). Тяжелое отравление развивается, когда сывороточная концентрация превышает 3300 нмоль/л (1000 нг/мл).

- ЛЕЧЕНИЕ. Ипекакуана противопоказана. Больным в коме промывают желудок (если после приема препарата прошло не слишком много времени). Назначают активированный уголь , иногда многократно. Проводят мероприятия по поддержанию дыхания, при артериальной гипотонии - инфузионную терапию с добавлением дофамина в высоких дозах или норадреналина. При эпилептических припадках назначают бензодиазепины и барбитураты . Эффективностьфенитоина не установлена.
  При ацидозе назначают бикарбонат натрия . Если имеются припадки , то его вводят в/в струйно сразу после припадка. При р асширении комплекса QRS бикарбонат натрия вводят путем непрерывной в/в инфузии; скорость инфузии подбирают так, чтобы pH плазмы оставалась на уровне 7,4-7,5. При желудочковой тахикардии также назначаютбикарбонат натрия , 0,5-1 ммоль/кг в/в, лидокаин и бретилия тозилат . Часто рекомендуютфенитоин , но его эффективность не доказана.

- Бета-адреноблокаторы и антиаритмические средства класса Ia (хинидин , прокаинамид ,дизопирамид) противопоказаны.
- При тяжелых нарушениях гемодинамики иногда необходима ЭКС и внутриаортальная баллонная контрпульсация или вспомогательное кровообращение.
- М-холиноблокирующие эффекты устраняют физостигмином . Его применяют при небольшой передозировке, если нет нарушений на ЭКГ и прогрессирующего ухудшения состояния.