

Таблица 1 – Результаты исследования крови и стерильных локусов

Показатели	Грам +	Грам –	Грибы
ЦВК	n=7	n=15	n=2
ПВК	n=5	n=5	–
ТБД	n=3	n=9	n=3
Моча	n=2	n=6	n=2

Выводы

1. Средний возраст пациентов, госпитализированных в отделение с онкогематологической патологией, у которых развился сепсис составляет от 13 до 18 лет (n=14 (37%)). Летальный исход наблюдался у всех из группы 0–12 месяцев.

2. Чаще при бактериальном исследовании биологических сред (кровь, мокрота, моча) выявляли мультирезистентную Грам– *Klebsiella* и Грам+ *Staphylococcus*.

3. Предикторами тяжести течения сепсиса у онкогематологических пациентов является увеличение уровня ЛДГ и триглицеридов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Киселевский, М. В. Сепсис. Этиология. Патогенез. Экстракорпоральная детоксикация / М. В. Киселевский, Е. Г. Громова, А. М. Фомин. – М. : Практическая медицина, 2021. – 170 с.

2. Goldstein, B. International pediatric sepsis conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics / B. Goldstein, B. Giroir, A. Randolph // *Pediatr Critic Care Med.* – 2005. – № 6(01). – P. 2–8. – doi: 10.1097/01.PCC.0000149131.72248.E6

3. Лекманов, А. У. Сепсис в педиатрической практике – пора договариваться / А. У. Лекманов, П. И. Миронов // *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* – 2020. – № 65(3). – С. 131–137. – doi: 10.21508/1027-4065-2020-65-3-131-137

УДК: 616.89-008.42-08

Г. А. Ковзик

Научный руководитель: ассистент кафедры Р. М. Беридзе

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ГАЛЛЮЦИНОГЕНОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Введение

Галлюциногены представляют собой разнообразный класс психоактивных препаратов, которые вызывают изменения сознания, нарушения мышления, восприятия и настроения. Употребление, в частности, мухоморов (лат. *Amanita*) несет в себе риск летального исхода, составляющий 10–40%. Стоит отметить, что данные грибы обладают высокой гепато-, нефро- и гематотоксичностью, которая обусловлена содержанием α -аманитина и мусцимола. На сегодняшний день употребление галлюциногенных грибов является важной проблемой как социальной, так и для здравоохранения, при этом до 90% смертельных случаев при отравлении грибами приходится именно на мухоморы.

Делирий представляет собой этиологически неспецифический синдром, характеризующийся сочетанным расстройством сознания и внимания, восприятия, мышления, памяти, психомоторного поведения, эмоций и ритма сон-бодрствование. Состояние па-

циента в течение дня лабильно, обычно период выздоровления наступает в ходе 4 недель с момента начала заболевания, однако возможен протекающий в течение 6 месяцев делирий с колебаниями. Американская психиатрическая ассоциация предлагает следующие диагностические критерии делирия, которые были сформулированы в DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders): нарушение сознания, изменение когнитивных функций, развитие симптомов в течение короткого промежутка времени, очевидная взаимосвязь выявляемых нарушений с соматическими заболеваниями.

Патофизиология делирия до конца неизвестна, однако достоверно установлено повышение концентрации кортизола, прокальцитонина, С-реактивного белка, интерлейкинов 1, 6, 8, 10, а также фактора некроза опухоли альфа (TNF- α). Данная теория объясняет различную степень проявления психоневрологической симптоматики при различной концентрации интерлейкинов. Таким образом, системная воспалительная реакция и нарушения в нейромедиаторных системах взаимодействуют между собой и составляют патофизиологию делирия [2].

Выделяют фармакологические и нефармакологические методы психокоррекции делирия, основными задачами которых являются: снижение возбуждения и других симптомов делирия и лечение сопутствующих заболеваний. Современное понимание терапии состояния делирия требует постоянного совершенствования и разработки новейших алгоритмов лечения, позволяющих воздействовать на разные звенья патогенетического процесса как основного, так и сопутствующих заболеваний.

Цель

Описать клинический случай 36-летнего пациента М. с острой интоксикацией галлюциногенами (алтайские горные мухоморы) с делирием, данные клинических обследований и исход отравления.

Материал и методы исследования

История болезни, данные лабораторных и инструментальных исследований, а также листы интенсивной терапии в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии пациента М. с острой интоксикацией алтайскими мухоморами.

Результаты исследования и их обсуждение

Представлен случай острой интоксикации алтайскими высокогорными мухоморами пациента с психотическим расстройством.

Пациент М., 36 лет поступил в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ) УЗ «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница». На момент поступления в приемное отделение пациент чувствовал себя дисфорично, высказывал негативные мысли, был агрессивен, дезориентирован («нахожусь дома», на вопрос о текущем месяце, годе – «без понятия»). Высказывал активные слуховые и зрительные галлюцинации. В приемном отделении был собран анамнез (употребление алтайских горных мухоморов на протяжении 4 лет, последнее употребление 1 день назад), поставлен диагноз «Психотическое расстройство, преимущественно галлюцинаторное, вследствие употребления галлюциногенов», а пациент был переведен в ОАРИТ. При поступлении в ОАРИТ вел себя агрессивно, высказывался негативно в сторону медицинского персонала, вел диалог с воображаемыми людьми. Пациент был осмотрен врачом анестезиологом-реаниматологом, составлен план диагностики и лечения.

Диагностика включала в себя: оценка и контроль сознания, оценка и контроль витальных функций, ОАК, ОАМ, БАК, глюкоза крови, ГГТП, коагулограмма, кровь на алкоголь и психоактивные вещества, ЭКГ. По результатам исследования были выявлены изменения в БАК: билирубин 25,2 мкмоль/л, АсТ – 44 Ед/л.

План интенсивной терапии:

- Седативная терапия (бензодиазепиновым рядом: диазепам 20 мг 4 р/с внутримышечно).
- Антипсихотическая терапия: галоперидол 5 мг 2 р/с внутримышечно.
- Инфузионная терапия с учетом изменений водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния крови.
- Профилактика стресс-язв желудочно-кишечного тракта: омепразол 20 мг 1 р/с *per os*.
- Витаминотерапия: тиамин гидрохлорид 200 мг 1 р/с внутримышечно; пиридоксин 200 мг 1 р/с внутривенно; цианкобаламин 500 мкг 1 р/с внутривенно.
- Уход, возвышенное положение головы, туалет полости рта.
- Установка венозного и мочевого катетеров.
- Мягкая фиксация на протяжении двух часов.

Через 15 минут после введения 20 мг диазепама сознание пациента по шкале возбуждения-седации Ричмонда (RASS) оценивалось в +2 балла (возбуждение). Через 1 час после введения диазепама – +1 балл (беспокойство). В результате лечения на вторые сутки нахождения в ОАРИТ пациент стал эмоционально лабильным, плаксивым, на вопросы отвечал изредка, инструкции выполнял, оставался дезориентированным, разговаривал шепотом. У родственников удалось выяснить, что данное осложнение употребления галлюциногенов впервые, однако факт употребления был известен давно. Со слов пациента употребление галлюциногенов позволяет ему «наладить связь с космосом». На протяжении лечения и наблюдения пациента в ОАРИТ состояние изменялось по шкале RASS от –1 до +1 баллов. Беспокойство пациента проявлялось в метании в пределах кровати, нахождение в позе «молящегося человека», хождении по палате. На пятые день госпитализации в ОАРИТ пациент был спокоен, ориентирован, отвечал на вопросы, выполнял инструкции, сознание по шкале RASS оценивалось в 0 баллов (спокойствие). В результате осмотра врача-психиатра пациент был переведен в психиатрическое отделение для дальнейшего лечения.

Выводы

В исследовании описан клинический случай психотического расстройства, преимущественно галлюцинаторного, вследствие употребления галлюциногенов. Результаты позволяют оценить негативное воздействие на витальные функции и психический статус пациента в результате употребления галлюциногенов. План диагностики и оказания медицинской помощи в ОАРИТ являлся объемным и достаточным, чтобы предотвратить осложнения и улучшить состояние пациента. Исследование демонстрирует, что протоколы лечения и алгоритм действий медицинского персонала при лечении пациентов с психиатрической патологией в ОАРИТ остаются обсуждаемой темой, требующей дальнейшего изучения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Делирий в реаниматологической практике / К. А. Попугаев [и др.] // Анестезиология и реаниматология. – 2012. – № 4 (93). – С. 19–28.
2. Unexpected Amanita phalloides-Induced Hematotoxicity-Results from a Retrospective Study / M. Visser [et al.] // Toxins (Basel). – 2024. – Vol. 16, № 2 (67). – P 1–11.
3. Делирий у больных в критических состояниях: критерии оценки тяжести, прогноз, лечение/ Б. Р. Гельфанд [и др.] // Анналы хирургии. – 2018. – № 4(255). – С. 60–73.