

***Алкоголизм. Наркомании.
Психические расстройства
при соматических
заболеваниях.***

ПСИХОАКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО

Это любое химическое вещество, способное
при однократном при-
менении изменять настроение,
физическое состояние, самоощущение,
восприятие окружающего, поведение, либо
давать другие, нежелательные с точки
зрения потребителя, психофизические
эффекты, а
при систематическом
приеме вызывать психическую и
физическую зависимость.

ПСИХОАКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО

*Среди психоактивных
веществ выделяют:*

 **наркотики**

 **токсические средства**

ПСИХОАКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО

Под наркотиком понимают вещество, соответствующее следующим критериям:

1. Оказывает специфическое действие на психические процессы – седативное, стимулирующее, галлюциногенное и т.д.
(медицинский критерий)
2. Немедицинское потребление вещества имеет большие масштабы, последствия этого приобретают социальную значимость *(социальный критерий)*
3. В установленном законом порядке признано наркотическим и включено МЗ РУз в список наркотических средств *(юридический критерий)*

ПСИХОАКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО

*Токсическими называются
психоактивные вещества*

 не отнесенные к списку наркотиков

 обладающие всеми психотропными
свойствами наркотиков

 имеющие общие с наркотиками
закономерности формирования зависимости

ПСИХОАКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО

Классификация психоактивных веществ (МКБ - 10)



алкоголь



производные опиия



каннабиноиды



седативные и снотворные вещества



кокаин



стимуляторы, включая кофеин



галлюциногены



летучие растворители



табак

АЛКОГОЛИЗМ

в медицинском смысле хроническое заболевание, наступающее в результате частого, неумеренного потребления спиртных напитков и болезненного пристрастия к ним.

в социальном смысле неумеренное потребление спиртных напитков, оказывающее вредное влияние на здоровье, быт, труд, благосостояние общества.

АЛКОГОЛИЗМ

Характеризуется прогрессирующим течением совокупностью психических и соматических расстройств:

- ☐ патологическое влечение к алкоголю
- ☐ абстинентный синдром
- ☐ изменение картины опьянения
- ☐ изменение толерантности к алкоголю
- ☐ развитие характерных изменений личности
- ☐ развитие синдрома токсической энцефалопатии
- ☐ невриты
- ☐ болезни внутренних органов (сердечно-сосудистые заболевания, болезни желудочно-кишечного тракта).

АЛКОГОЛИЗМ

ВИДЫ ПРИЕМА АЛКОГОЛЯ

эпизодическое
употребление

бытовое
пьянство

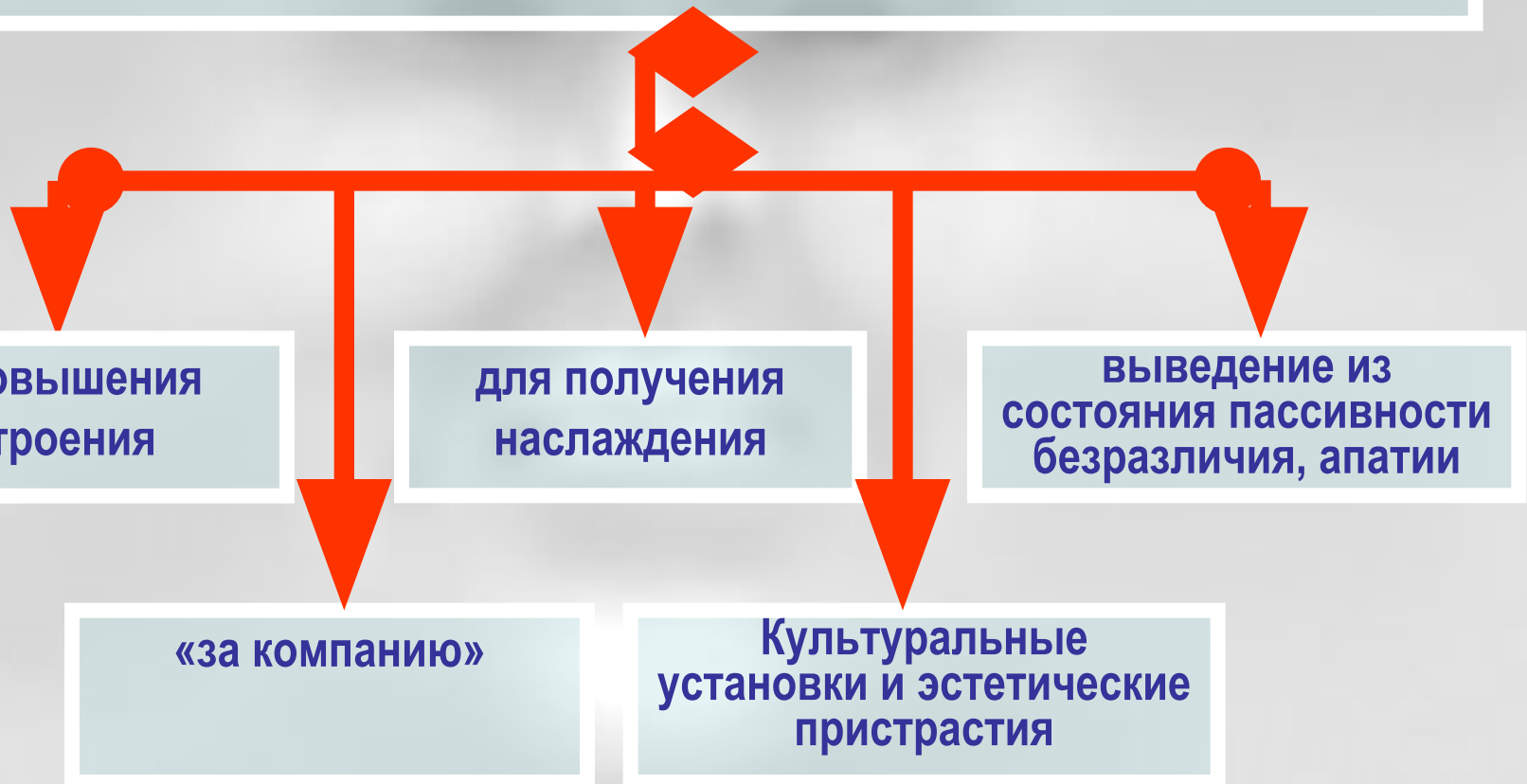
зависимая форма
употребления

привычное
злоупотребление
алкоголем без
признаков зависимости

злоупотребление
алкоголем в таких дозах
и с такой частотой,
которые приводят к
расстройствам
физического и
психического здоровья

АЛКОГОЛИЗМ

Основные формы мотивации употребления психоактивными веществами



АЛКОГОЛИЗМ

Однократное алкогольное опьянение – острая алкогольная интоксикация, как правило, в форме простого опьянения.

Возбуждение нервной системы.

Угнетение нервной системы вплоть до наркоза.

АЛКОГОЛИЗМ

Патологическое опьянение – транзиторный психоз, в клинической картине которого сочетаются признаки сумеречного (эпилептоидного) помрачения сознания и галлюцинаторно-бредовые переживания

ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ

Неодолимое (болезненное) влечение к алкоголю, связанное с психической и физической зависимостью от него и как следствие с постоянным или периодическим его употреблением, приводящим к психическим и физическим расстройствам, а также личностным изменениям, т.е. признакам, свойственным психическим болезням

ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ

АЛКОГОЛИЗМ

```
graph TD; A[АЛКОГОЛИЗМ] --> B["I стадия  
начальная  
(неврастеническая)  
длительность  
течения от 1 до 6 лет"]; A --> C["II стадия  
средняя  
(наркоманическая)  
длительность от 3 до  
15 лет"]; A --> D["III стадия  
конечная  
(энцефалопатическая)  
до конца жизни  
больного"];
```

I стадия
начальная
(неврастеническая)
длительность
течения от 1 до 6 лет

II стадия
средняя
(наркоманическая)
длительность от 3 до
15 лет

III стадия
конечная
(энцефалопатическая)
до конца жизни
больного

ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ

Основные психотические признаки хронического алкоголизма I стадии

- 1.** Исчезновение защитного рвотного рефлекса.
- 2.** Прогрессирующее падение способности контролировать количество спиртного («опережение круга»).
- 3.** Постепенное увеличение толерантности организма к алкоголю.
- 4.** Obsessивное влечение (навязчивые мысли о желании приема спиртного).
- 5.** Потребность в психическом комфорте.
- 6.** «Тайное пьянство».
- 7.** Прием алкоголя носит хаотический характер.
- 8.** Алкогольные палимпсесты
- 9.** Астенический симптомокомплекс

ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ

Основные психотические признаки хронического алкоголизма II стадии

- 1.** Появление абстинентного синдрома.
- 2.** Максимальная толерантность организма к алкоголю.
- 3.** Как обсессивное, так и компульсивное влечение (непреодолимость).
- 4.** Потребность как в психическом, так и в физическом комфорте.
- 5.** «Открытое пьянство».
- 6.** Систематический прием алкоголя.
- 7.** Изменение личности
- 8.** Возникновение острых алкогольных психозов (белая горячка, алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид).

ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ

Основные психотические признаки хронического алкоголизма III стадии

- 1.** Снижение толерантности к алкоголю.
- 2.** Развивается запойное пьянство.
- 3.** Углубляется, утяжеляется физическая зависимость.
- 4.** Выраженное снижение интеллектуально-мнестической сферы (алкогольная деменция).
- 5.** Частые затяжные формы алкогольных психозов (хронический галлюциноз, хронический параноид, хронический бред ревности, Корсаковский психоз).

ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ

Абстинентный синдром – на следующий день после опьянения принятые небольшие количества алкоголя уменьшают или снимают соматические и/или психические нарушения.

Абстинентный синдром – от вазомоторно-вегетативных и астенических расстройств до психических расстройств

ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ

Структура абстинентного синдрома II стадии

психический компонент

- эснижение настроения
- этоскливо-злобное настроение
- эраздражительность
- этревога и страхи
- эидеи самообвинения
- энестойкие зрительные и слуховые галлюцинации
- этревожный сон

неврологический компонент

- этремор конечностей, головы, языка
- эфибрилярные подергивания скелетной мускулатуры (лица)
- эповышение сухожильных рефлексов
- эсудорожные припадки

вазовегетативный компонент

- этахикардия
- эколебания АД
- эгипергидроз лица, ладоней
- эмаморность кожи
- эгиперемия лица, расширение сосудов
- эдиспепсические расстройства (тошнота, рвота, понос, боли в эпигастральной области)

ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ

Алкогольные психозы – экзогенные, экзогенно-органические или эндоформные клинические картины с острым, протрагированным или хроническим развитием, возникают на 2 и 3 стадиях алкоголизма, сопровождаются нарушениями внутренних органов и личностными изменениями

МЕТАЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ.

<i>Острые</i>	<i>Затяжные</i>
- ё Алкогольный делирий («белая горячка»). - ё Острый алкогольный галлюциноз. - ё Острый алкогольный параноид.	- ё Хронический алкогольный галлюциноз. - ё Хронический алкогольный параноид (алкогольный бред ревности). - ё Корсаковский психоз. - ё Геморрагический полиэнцефалит (болезнь Гайе-Вернике)

ЛЕЧЕНИЕ

Комплекс противоалкогольной терапии

I. Терапия, нормализующая функции внутренних органов:

1. дезинтоксикационная
2. витаминотерапия
3. общеукрепляющая
4. Лечение осложнений (ССС, ЖКТ и т.д.)

II. Активная противоалкогольная терапия, направленная на преодоление патологического влечения к алкоголю, отвращение к алкоголю, социальная реадaptация, восстановление психического здоровья:

1. психотерапия
2. сенсibiliзирующая терапия
3. условно-рефлекторная терапия
4. психофармакотерапия

АЛКОГОЛИЗМ

Полное воздержание от алкоголя – необходимое условия для сохранения ремиссии

На стойкость ремиссии влияют:

1. Пол (у мужчин продолжительнее)
2. Возраст (продолжительнее в 30-35 и 50-55 лет)
3. Длительность противоалкогольного симптоматического и активного лечения (около 3 мес и более)
4. Регулярность и длительность поддерживающей терапии
5. Личностный фактор
6. Социальный и семейный факторы

НАРКОМАНИИ

- На 50% ежегодно увеличивается число больных наркоманиями
- Среди детей и подростков - на 110 – 120% ежегодно
- До 40% всех учащихся школ хотя бы однажды пробовали наркотики
- Смертность среди наркоманов в 2,5 раза выше, чем в населении
- 12 – 20% наркоманов совершают суицидальные попытки, 8% из них со смертельным исходом
- Включает в себя широкий круг медицинских, юридических и социальных вопросов
- Тенденция перерастания наркомании в эпидемию
- «омоложение наркоманов»
- Втягивание молодых женщин
- Разработка новых синтетических препаратов

ОПИАТЫ

*Производные опия и
синтетические препараты:*



Опиум



Морфин



Диацетилморфин
(героин)



Метадон



Кодеин



Оксикодон



Гидроморфон



Леворфанол



Пентазоцин



Меперидин



Пропоксифен

КАННАБИНОИДЫ

*Индийская
конопля,
известная под
названиями
гашиш, анаша,
марижуана,
план, дурь, паль,
харас, травка,
банг, хусус, дагга*



СЕДАТИВНЫЕ, СНОТВОРНЫЕ, АНКСИОЛИТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

- 1. Бензодиазепины** – диазепам, феназепам, алпразолам, оксазепам, тазепам, вылиум, седуксен
- 2. Барбитураты** барбитал, барбитал-натрий, фенобарбитал, этаминал-натрий, ноксирон, бромурал
- 3. Препараты со сходным действием** – мепробамат, метаквалон, глутетемид, этхлорвинол

КОКАИН

Алкалоид,
относящийся к группе
местноанестезирующих
средств, оказывает
выраженное влияние на
ЦНС.

Широко
использовался на
протяжении многих
веков как
стимулирующее и
местноанестезирующее
средство



СТИМУЛЯТОРЫ

1. Основные амфетамины – фенамин, декстроамфетамин, метамфетамин, метилфенидат, пемолин, первитин, перидрол, центедрин.

2. Связанные вещества – эфедрин, фенилпропаноламин, КХА, меткатион.

3. Заменители амфетаминов – самодельные вещества, также относят к галлюциногенам – эфедрон и первитин



ГАЛЛЮЦИНОГЕНЫ



Диэтиламид
лизергиновой кислоты
(ЛСД)



Псилоцибин (содержится
в некоторых видах
грибов)



Мескалин (содержится в
кактусе пейот)



Гармин и гармалин



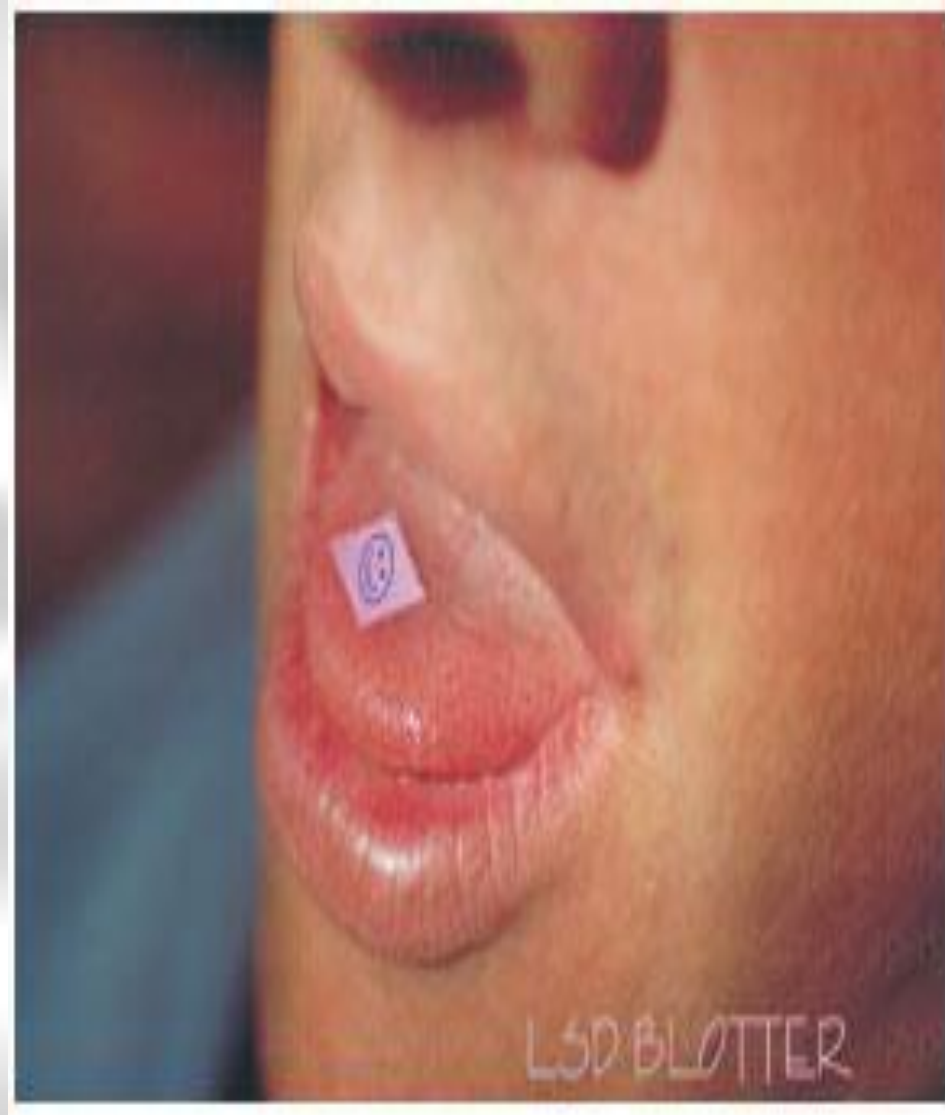
Ибогин



Заменители
амфетаминов



РСР



ИНГАЛЯНТЫ

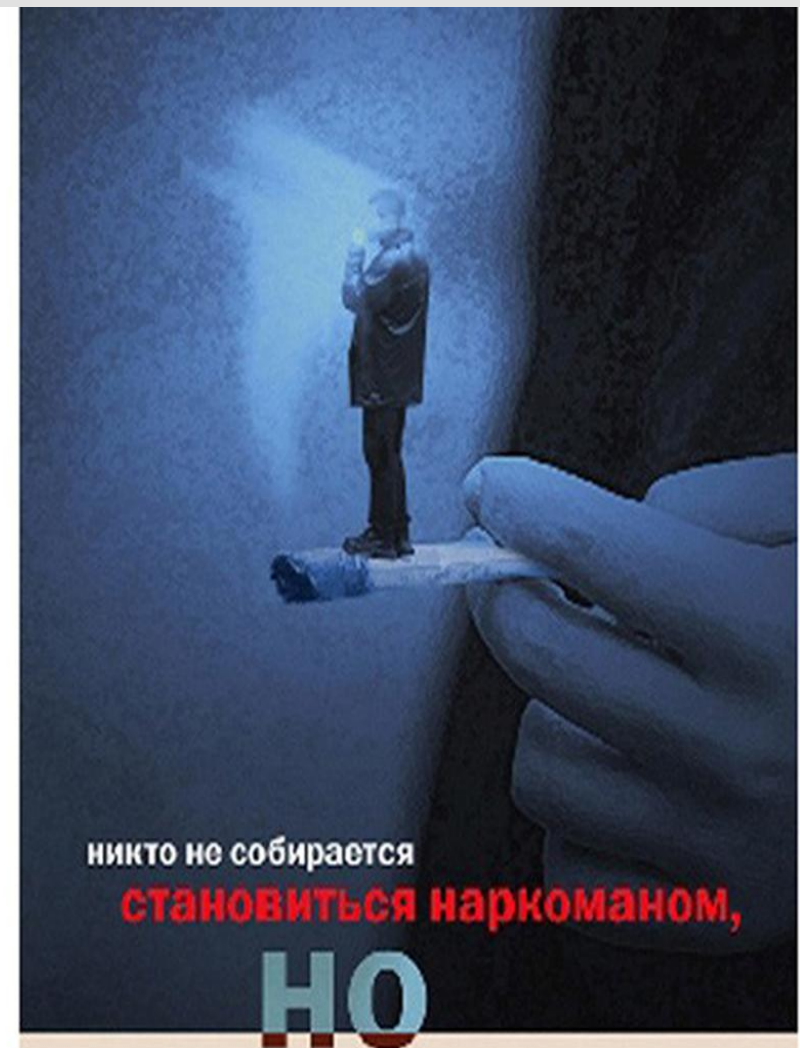
Вдыхание летучих веществ, относящихся к ароматическим углеводородам:

Клеи, растворители, очистители, газолин, керосин, вяжущие вещества, изготовленные на основе пластика и резины, авиационный и хозяйственный клей, краски, лаки, эмали, растворители красок, аэрозоли, полироли, и т.п.

ТОКСИКОМАНИИ

 *Кофеин*

 *Никотин –
употребляется
при курении и
жевании
табака*



Профилактика сегодня
единственный способ борьбы с
наркозависимостью молодежи

ПОЛИНАРКОМАНИИ

*заболевание, вызываемое
употреблением двух и более
наркотических средств*

НАРКОМАНИЯ

*Болезнь, зависимость,
вызванная систематическим
употреблением веществ,
включенных в список
наркотиков, и проявляющаяся
психической, а иногда
физической зависимостью от
этих веществ.*

ТОКСИКОМАНИЯ

Болезнь, зависимость, проявляющаяся психической, а иногда физической зависимостью от вещества, не включенного в официальный список наркотиков.

НАРКОМАНИИ

Общая характеристика наркоманий

- 1. Непреодолимое влечение к приему наркотиков (пристрастие к ним)***
- 2. Тенденция к повышению количества принимаемого вещества***
- 3. Психическая и физическая зависимость от наркотиков***

ДИАГНОСТИКА

Для констатации диагноза необходимо наличие 1 и более из следующих признаков:

- 1. Синдром измененной реактивности организма к действию данного психоактивного вещества*
- 2. Синдром психической зависимости*
- 3. Синдром физической зависимости*

ДИАГНОСТИКА

Синдром измененной реактивности организма

- Исчезновение защитных реакций*
- Изменение толерантности*
- Изменение формы потребления*
- Изменение формы опьянения*

ДИАГНОСТИКА

Синдром психической зависимости

- **Обсессивное
влечение**
- **Ощущение
психического
комфорта при
интоксикации**



ДИАГНОСТИКА

Синдром физической зависимости

- Компульсивное влечение
- Потеря контроля над дозой
- Абстинентный синдром
- Ощущение физического комфорта при интоксикации



ТОЛЕРАНТНОСТЬ

- **Способность переносить определенную дозу наркотически действующего вещества. Определяется минимальной дозой, способной вызвать желаемый эффект.**
- **Разовая толерантность – количество наркотического вещества, которое пациент способен принять одномоментно**
- **Суточная толерантность – общее количество психоактивного вещества при его неоднократном приеме в течении суток**

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СТАДИЙ НАРКОМАНИЙ

1 СТАДИЯ

- психическая зависимость от наркотика (обсесивное влечение) (первичное патологическое влечение),
- исчезновение защитных реакций на его передозировку,
- нарастание толерантности,
- регулярность приема наркотика при сохранении его физиологического эффекта.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СТАДИЙ НАРКОМАНИЙ

2 СТАДИЯ

- é формированием абстинентного синдрома с непреодолимым влечением к наркотику,*
- é максимальной толерантностью,*
- é изменением свойственного наркотику эффекта (возникновения феномена стимуляции наркотика)*
- é изменениями личности.*

АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ

ПЕРВАЯ ФАЗА

- 1) Признаки психической зависимости: влечение к наркотику, состояние неудовлетворённости, напряжённости;
- 2) Соматовегетативные реакции: расширение зрачков, зевота, слёзотечение, насморк с чиханием, гусиная кожа.
- 3) Исчезновение аппетита.
- 4) Наблюдается нарушение засыпания.
- 5) Возникает через 8-12 часов после последнего приёма наркотика.

АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ

ВТОРАЯ ФАЗА

1. Чувство озноба, сменяющееся чувством жара, приступы потливости и слабости, гусиная кожа постоянно.
2. В мышцах спины, потом ног, шеи, рук появляется ощущение неудобства. Мышцы тела напряжены. Появляется боль в межчелюстных суставах и жевательных мышцах.
3. Проявляются симптомы первой фазы. Зрачки широкие. Частота чихания (до 50-100 раз). Интенсивное зевание. Слёзотечение.
4. Наиболее выражены через 30-36 часов после последнего приёма наркотика.

АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ

ТРЕТЬЯ ФАЗА

- Появляются мышечные боли. Мышцы спины, конечностей, реже шеи сводит, тянет, крутит. У части больных возникают судороги периферических мышц. Потребность двигаться высока. В начале движения боли ослабевают, затем усиливаются. Больные не могут найти себе места, ложатся, крутятся в постели. Боли в суставах отсутствуют.
- Больные напряжены, недовольно-злобны, депрессивны, с переживаниями безнадёжности и бесперспективности.
- Влечение к наркотику компульсивное.
- Признаки первых двух фаз усиливаются.
- Состояние развивается к концу вторых суток лишения наркотика.

АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ

ЧЕТВЕРТАЯ ФАЗА

- Отличается от третьей фазы появлением нового симптома диспептических явлений. Появляются боли в животе-кишечнике. Через несколько часов – рвота и понос. Понос до 10-15 раз в сутки, сопровождается тенезмами.
- Появляется на третьей сутки лишения наркотика и длится до 5-10 дней.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СТАДИЙ НАРКОМАНИЙ

3 СТАДИЯ

- éТолерантность снижается,
- éДействие наркотика становится тонизирующим, нормализующим. В связи с этим существование без наркотика во многих случаях невозможно.
- éАбстинентный синдром утяжеляется, становится затяжным.
- éВыражены психические, соматические и социальные последствия, злоупотреблением наркотиком.

ПЕРЕДОЗИРОВКА ПРЕПАРАТАМИ ОПИЯ

Клинические симптомы:

h Выраженный миоз

h Угнетение дыхания

h Угнетение деятельности ЦНС

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПРИ НАРКОМАНИИ

- h Прерывание приема ПАВ*
- h Купирование абстинентного синдрома*
- h Купирование первичного патологического влечения*
- h Лечение постабстинентных психических расстройств*
- h Медико-социальная реабилитация*

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

- h Детоксикация*
- h Поддерживающая терапия*
- h Психокорректоры*
- h Возможное использование
метадона, клонидина с
налтрексоном или полное
воздержание*
- h витаминотерапия*
- h Психо- и социотерапия*

СОМАТОГЕНИИ

Группа психических заболеваний, причиной которых являются соматические заболевания.

Психические нарушения зависят от природы заболевания, особенностей реагирования на болезнь центральной нервной системы, а также от локализации болезненного процесса.

Важное значение в понимании сущности и происхождение соматогений сыграла концепция Бонгеффера об экзогенном типе реакции.

Экзогенный тип реакции

(К. Бонгеффер):

Психопатологические расстройства:

- Астенический синдром
- Аффективные расстройства
- Расстройства сознания
 - делирий
 - амения
 - сумеречное состояния
- Эпилептиформные пароксизмы
- Галлюцинозы
- Корсаковский синдром
- Конфабулез
- Психоорганический синдром
- Деменция

Психические расстройства при соматогениях могут быть:

по типу течения:

- і* 1) острые
- і* 2) подострые
- і* 3) хронические

по степени выраженности:

- і* 1) невротического уровня
- і* 2) психотического уровня
- і* 3) деменции

Психические нарушения при соматогениях протекают в следующих формах:

1) транзиторных психозов, истощающихся синдромами помрачения сознания: делирий, аменция, оглушение, сумеречное помрачение сознания (эпилептиформное возбуждение), онейроид; скоропроходящие и не оставляют никаких последствий;

2) затяжных (протрагированных, пролонгированных) психозов, протекающих без нарушения сознания (переходные, промежуточные синдромы), к которым относятся галлюциноз, галлюцинаторно-параноидное состояние, апатический ступор, конфабулез;

3) необратимых психических
расстройств с признаками
органического поражения
центральной нервной системы -
Корсаковский, психоорганический
синдромы.

Сердечно-сосудистая система

1. эгоцентризм, раздражительность, капризность, боязливое беспокойство, тревожный сон.

2. Резкое расстройство сердечной деятельности может вызвать состояния возбуждения с чувством страха: больной спутан, появляются иллюзорные, галлюцинаторные обманы чувств, главным образом зрительного характера. Настроение преимущественно беспокойно-боязливое, реже веселое. Больной много говорит, часто бессвязно, куда-то стремится, кричит, стонет.

3. Формы, близкие к маниакальным, с чертами возбуждения, отвлекаемостью, болтливостью, веселым настроением, в виде комбинации идеи преследования и величия.

4. После исчезновения явлений застоя появляется иногда длительное боязливо-депрессивное или аментивное состояние.

5. Острые приступы, связанные с чувством предсердечной тоски, страхом смерти, резким возбуждением и незначительным помрачением сознания.

6. Лечение заключается в устранении нарушений циркуляции крови (сердечные средства, диуретические средства), в связи с чем улучшается часто и психическое состояние.

Желудочно-кишечный тракт.

1. Острые энтериты вызывают вялость, сонливость, расстройство внимания, резкое чувство неудовлетворенности.

2. Запоры вызывают чувство общего недомогания, раздражительность, упадок трудоспособности.

3. У маленьких детей расстройства желудочно-кишечного тракта могут дать резкую картину психических отклонений (плаксивость, раздражительность, затруднения восприятий и т.д.), иногда напоминающих явления менингизма.

4. Паразиты в кишечнике могут вызвать у детей делириозное состояние возбуждения и эпилептиформные припадки.

5. У взрослых описаны картины резкого возбуждения, связанного со спутанностью, которые Вагнер-Яуреи объясняет самоотравление продуктами распада в кишечнике.

Заболевание почек.

1. Острая уремия начинается с головных болей, рвоты, чувство резкой усталости, безразличия и раздражительности, затем появляются припадки или обмороки, вслед за которыми развивается характерная картина оглушенности и делириозного состояния, а иногда кататонические явления. Больные бессвязны, спутаны, дезориентированы: восприятия, внимание, способность к комбинированию нарушены, настроение эйфорично либо озлобленное, боязливое, зависящее или от соматических симптомов (головные боли, чувство разбитости и т.д.), или от галлюцинаций (зрительные, слуховые) часто наблюдается резкое двигательное возбуждение.

2. Хроническая уремия может представлять дифференциально-диагностические затруднения по отношению к прогрессивному параличу, опухоли мозга. Наряду с упадком психической деятельности, мы констатируем атаксию, расстройство речи, зрения, рефлекс Бабинского и т.д.

3. При псевдоуремии, которая связана с расстройством сосудистой системы и начинается с почечных явлений, мы имеем наряду с признаками повышенного внутричерепного давления, застойными и ишемическими явлениями - эпилептиформные судороги к которым присоединяется большей части сумеречные состояния эпилептического характера. Впрочем, бывают и расстройства экзогенного типа, как аментивные состояния, галлюцинозы и параноиды.

Пернициозная анемия.

1. При лёгких формах преобладает депрессивный синдром, с которого иногда начинается пернициозная анемия.

2. В более тяжелых случаях мы наблюдаем приступы делириозной спутанности, зрительные и галлюцинации, бредовые идеи преследования или величия, конфабуляции. Настроение боязливое, временами эйфоричное. Резкое двигательное и речевое возбуждение. Прогноз очень неблагоприятный. Реже наблюдается боязливо - параноидный синдром.

3. Спутанность и тяжелое сумеречное состояние наблюдается иногда при тяжелой острой потери крови.

Психические расстройства при эндокринопатиях.

Базедова болезнь. Заболевание зависит от гиперфункции щитовидной железы. Основным в характере базедовика является повышение психической возбудимости ко всякого рода раздражителям, ощущением, и понижение работоспособности (легкая утомляемость, плохая выносливость). Больные нетерпеливы, раздражительны, эмоционально неустойчивы, эмотивны вплоть до эксцессов, гневливы, капризны, беспокойны, что проявляется в многоречивости, жестикуляции. Настроение у них изменчивое: то тревожно-подавлено, то иногда чрезмерно веселое. Суждение одностороннее, пристрастны, зависят от настроения. Сознание всегда сохранено. Интеллект не затронут. У некоторых больных эпизодически развивается бредовое отношение к окружающим: подозрительность, идеи ревности, ипохондрические идеи. Перед засыпанием иногда отмечают галлюцинации: сон обычно плохой, часто кошмарные сновидения.

Психические расстройства при эндокринопатиях.

При микседеме. Болезнь характеризуется нарастающим замедлением и торможением психических функций - брадипсихизм. Восприятие внешних впечатлений затрудняется, больные становятся тяжело думаемыми, мысли "как бы завуалированы". Интеллект в строгом смысле слова сохранен, память ослаблена, особенно на последние события, приходится все записывать. Сознание ясное. Больше всего страдает эффективная сфера. Одновременно нарастает и психомоторная заторможенность: выполнение простейших житейских задач требует огромных усилий. Очень большая утомляемость. При острой микседеме, которой осложняется иногда климакс, наблюдаются нестойкие галлюцинации и делириозное состояние (иногда с возбуждением) по типу экзогенных реакций. Микседема провоцирует иногда и приступы маниакально-депрессивного психоза.

Акромегалия

1. Наблюдается упадок интеллектуальной деятельности, понижение способности к концентрации внимания, ухудшение памяти, понижение инициативы, сужение и притупление эмоциональной сферы, безучастие, апатия, сонливость, замедленность движений и речи, реже – раздражительность, капризность, слабоволие.

2. В более тяжелых случаях встречаются симптомы оглушенности, Корсаковский синдром. Иногда акромегалия сочетается с психозами, не находящимися в непосредственной связи с ней: с эпилепсией, маниакально-депрессивным психозом, провоцирующим фактором. Часть симптомов надо рассматривать как явления повышения внутричерепного давления

КОРСАКОВСКИЙ АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ



дезориентировка в месте и времени
ухудшение или отсутствие
запоминания текущих событий
псевдореминисценции
конфабуляции

Инфекционные психозы

- группа психических заболеваний, причиной которых являются инфекции. Психические нарушения при инфекциях зависят от природы инфекционного заболевания, особенностей реагирования на болезнь центральной нервной системы, а также от локализации болезненного процесса. Важное значение в понимании сущности и происхождения инфекционных психозов сыграла концепция Бонгеффера об экзогенном типе реакции.

Клинические проявления инфекционных психозов.

- 1) транзиторные психозы**, исчерпывающихся синдромами поомрачения сознания: делирий, аменция, оглушение, сумеречное помрачнение сознания (эпилептиформное возбуждение), онейроид; скоропроходящи и не оставляют никаких последствий;
- 2) затяжные психозы**, протекающих без нарушения сознания , к которым относятся галлюциноз, галлюцинаторно-параноидное состояние, апатический ступор, конфабулез;
- 3) необратимые психические расстройства** с признаками органического поражения центральной нервной системы - Корсаковский, психоорганический синдромы.

Скарлатина

При легкой форме болезни уже на второй день вслед за кратковременным возбуждением развивается астеническая симптоматика. При среднетяжелой и тяжелой формах скарлатины астения у детей первые 3-4 дня сочетается с легкой оглушенностью. При тяжелых формах скарлатины возможно развитие психозов преимущественно в виде делирия и онейроида с периодически усиливающимися галлюцинациями с фантастическим содержанием.

Рожистое воспаление

При остром течении болезни на высоте лихорадки на фоне астенической симптоматики может развиваться транзиторный психоз в виде abortивного, обычно гипнагогического, делирия. При вялом или затяжном течении рожистого воспаления может развивается аментивное состояние. Этот синдром возникает, как правило, вслед за кратковременным гипоманиакальным состоянием с эйфорией. При затяжном течении болезни могут возникать психозы без нарушения сознания.

Среди промежуточных или переходных синдромов при роже чаще встречаются астенодепрессивный, астеноипохондрический, гипоманиакальный. При тяжелым течении инфекции, развитии флегмоны возможное состояние. Прогноз транзиторных и пролонгированных психозов при роже благоприятный.

Психические расстройства

Кишечные инфекции - астенические расстройства с плаксивостью, тоской, тревогой.

Брюшной тиф сопровождается астенией, адинамией, бессонницей, устрашающими галлюцинациями, нередко тревогой, страхом.

Тропическая малярия сопровождается симптомами, указывающими на поражение мозга. При проявлении даже слабовыраженных психических расстройств без каких-либо неврологических симптомов принято говорить о церебральной форме.

Судорожный синдром представляет собой существенное проявление церебральной малярии. Важным для диагностики этой формы болезни признаком является ригидность мышц затылка, иногда паралич глазных мышц, другие формы поражения черепных нервов, моноплегия, гемиплегия, нарушения координации движений и гиперкинезы.

Психические расстройства

Грипп – психические расстройства наблюдаются во время эпидемий.

Психозы развиваются на высоте инфекции через 2-7 дней, реже - 2 недели после падения температуры тела. При развитии психоза в остром периоде отмечается нарушение сознания со зрительными галлюцинациями. При постгриппозном психозе развиваются аффективные расстройства, страхи. У детей появляются головные боли, анорексия, брадикардия, глубокая астения с расстройствами сна, психосенсорными нарушениями, страхами, болью в сердце, угнетенность. Иногда имеют место тоскливое возбуждение, бред самообвинения. Астения может сопровождаться выраженными расстройствами.

Психические расстройства

Пневмонии возможные делириозные эпизоды в вечернее и ночное время, сонливостъ днем может сопровождаться парейдолическими иллюзиями. У больных хроническим алкоголизмом пневмония может способствовать развитию белой горячки.

Ревматизме более 100 лет привлекают к себе внимание В. Гризингер описал меланхолию и ступор при этом заболевании.

Ведущим в клинической картине психических нарушений при ревматизме является астенический синдром, который правильнее называть церебрастенией (Г.А.Сухарева). К особенностям ревматической церебрастении относится триада двигательных, сенсорных расстройств.

Психические расстройства

Корь развивается ночное делириозное возбуждение (лихорадочный бред). Иногда делирий развивается и днем, появляется двигательное беспокойство с внезапным плачем, криком. Нередко развиваются оглушение, спячка. Формирующийся психоорганический синдром сопровождается развитием психопатоподобных изменений.

Свинка мало отличается от психической патологии при скарлатине и кори. Осложнением свинки может быть менингоэнцефалит, сопровождающийся тяжелым оглушением, сопором и даже комой. При этом возможны также припадки, гиперкинезы, паралича.

Клиника Эпидемического энцефалита

Острая стадия характеризуется нарушением сна, причем чаще наблюдается сонливость, поэтому эпидемический энцефалит называется иногда иначе - сонным, или летаргическим. В некоторых случаях, наоборот, имеет место стойкая бессонница. Острая стадия болезни продолжается от 3-5 недель до нескольких месяцев и может сопровождать психическими расстройствами, выраженными в делириозной, аментивно-делириозной и маниакальной формах.

При *делириозной форме* нарушение сознания может предшествовать неврологическим нарушениям. К неврологическим расстройствам на этой стадии болезни относятся парезы глазодвигательного и особенно отводящего нервов, диплопия, птоз. К психическим изменениям относятся галлюцинации грезоподобного или устрашающего характера, то элементарные слуховые галлюцинации (музыка, звон), реже - вербальные и тактильные обманы (жжение).

Нередко развивается *профессиональный делирий*. Возможно развитие бредовых идей. Характерно, что делириозная форма часто наблюдается на фоне выраженных других токсических проявлений, а при тяжелом течении заболевания возможен муситирующий делирий. *Аментивно-делириозная форма* - вначале характеризуется появлением картины делирия, которая через несколько дней сменяется аментивным синдромом. Эта форма длится до 3-4 нед и, так же как и делириозная форма, кончается исчезновением психопатологических симптомов с последующей более или менее продолжительной астенией. Реже у больных развивается онейроидное состояние.

Маниакальная форма - характеризуется проявлением признаков маниакального синдрома.

Психические проявления

Клещевой энцефалит. Наблюдаются проявления синдромов помраченного сознания.

Бешенство - Наблюдаются повышена чувствительность к разным раздражениям, главным образом к малейшему дуновению воздуха (аэрофобия). Нарастают двигательное беспокойство и ажитация. Больные становятся депрессивными, испытывают страх смерти, уверены в неминуемой кончине. Характерна водобоязнь (гидрофобия). Наступают парезы и параличи конечностей. Усиливаются нарушения речи. Нарастает состояние оглушенности, переходящее в сопор.

Психические проявления

Менингит В prodromальном периоде менингита отмечается астеническая симптоматика. На высоте болезни в основном наблюдаются состояния помрачения сознания.

Психические нарушения при гнойном менингите могут отличаться от серозного. Так, при эпидемическом цереброспинальном менингококковом гнойном менингите в остром периоде преобладает оглушение с эпизодами делириозного и аментивного помрачения сознания, в наиболее тяжелых случаях возможно развитие сопорозного и коматозного состояний.

Прогноз инфекционных психозов.

Острые инфекционные психозы обычно проходят бесследно. В неблагоприятных случаях инфекционный делирий протекает с глубоким помрачением сознания, резко выраженным возбуждением, принимающим характер беспорядочного метания (мусситирующий делирий), и заканчивается летально. Прогностически неблагоприятным является сохранение подобного состояния при падении температуры тела. Протрагированные психозы могут приводить к изменениям личности по органическому типу.

Лечение инфекционных психозов

Острых и пролонгированных инфекционных психозов должно осуществляться в психиатрических больницах или инфекционных стационарах под постоянным наблюдением психиатра и надзором персонала. Наряду с активным лечением основного заболевания больным должно назначаться

- массивная дезинтоксикационная терапия.
- аминазин, френолон, хлорпротиксен и др.
- секдуксен или реланиум внутривенно.
- амитриптилин, азафен.
- препараты ноотропного ряда.

ЛЕЧЕНИЕ

h Лечение основного заболевания

h Психотропные средства:

h по показаниям

h дозы умеренные

h с учетом взаимодействия с
другими лекарственными
препаратами

h учитывая миорелаксирующее,
стимулирующее и др. действие

*СПАСИБО
ЗА
ВНИМАНИЕ*

