



Тема:

Классификация психических расстройств.

Подходы к терапии психических заболеваний (биологическая терапия, психотерапия, социотерапия) с точки зрения доказательной медицины.

Профилактика и реабилитация психических расстройств.

Психотический уровень

Психотический уровень психических нарушений – состояние, при котором больной не способен адекватно оценивать себя, окружающую обстановку, отношение внешних событий к себе и своей ситуации.

Такой уровень психических расстройств сопровождается нарушением психических реакций, поведения, а также дезорганизацией психики больного.

Психоз

Психоз – болезненное расстройство психики, которое проявляется целиком или преимущественно неадекватным отражением реального мира с нарушением поведения, изменением различных сторон психической деятельности.

Как правило, психоз сопровождается появлением не свойственных нормальной психике явлений: галлюцинаций, бреда, расстройств психомоторного и аффективного характера.



Невротический уровень

Невротический уровень психических расстройств характеризуется тем, что сохраняется правильная оценка собственного состояния как болезненного, правильное поведение, а также расстройствами в сфере вегетативных, сенсомоторных и аффективных проявлений. Данный уровень нарушения психической деятельности, расстройств психической деятельности не сопровождается изменением отношения к происходящим событиям.

Классификация

В отечественной классификации психических расстройств клинико-нозологические формы разделяются на основе тесной взаимосвязи установленных этиологических факторов и патогенетических механизмов, а также сходства клинических проявлений, динамики и исходов психических заболеваний.

Эндогенные психические заболевания:

шизофрения

**маниакально-депрессивный
психоз**

циклотимия

**функциональные
психические расстройства
позднего возраста**



Как правило, данные заболевания обусловлены внутренними патогенными факторами, в том числе наследственной предрасположенностью, при определенном участии в их возникновении различных внешних негативных факторов

Эндогенно-органические психические заболевания:



эпилепсия (эпилептическая болезнь);

**атрофические заболевания
головного мозга, деменции
альцгеймеровского типа;**

болезнь Альцгеймера;

сенильная деменция;

Эндогенно-органические психические заболевания:

- **болезнь Пика;**
- **хорея Гентингтона;**
- **болезнь Паркинсона;**
- **психические расстройства, обусловленные сосудистыми заболеваниями головного мозга.**

Соматогенные, экзогенные и экзогенно-органические психические расстройства:

● **психические расстройства при соматических заболеваниях;**

● **экзогенные психические расстройства;**

● **психические расстройства при инфекционных заболеваниях вне мозговой локализации;**

● **алкоголизм;**

Соматогенные, экзогенные и экзогенно-органические психические расстройства:



наркомании и токсикомании;

**психические расстройства при
лекарственных, промышленных и
других интоксикациях;**

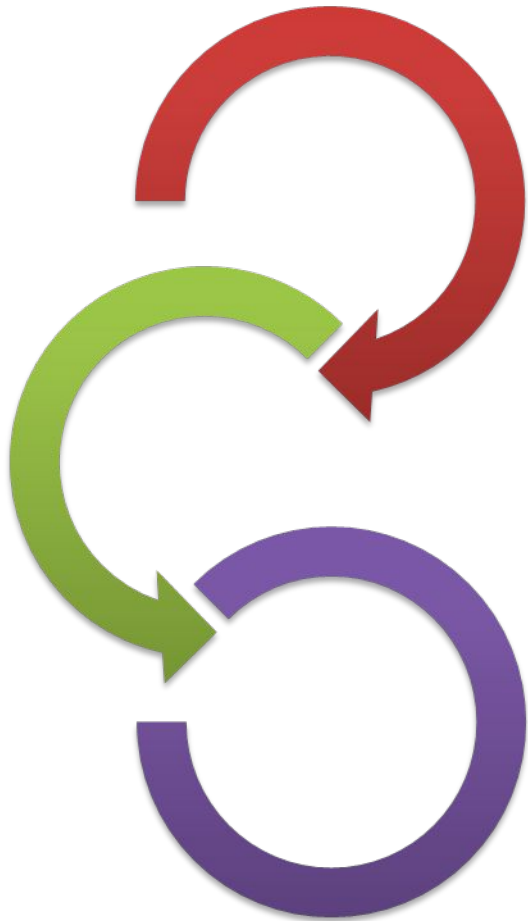
**экзогенно-органические психические
расстройства;**

**психические расстройства при черепно-
мозговых травмах;**

**психические расстройства при
нейроинфекциях;**

**психические расстройства при опухолях
головного мозга.**

Психогенные расстройства:



**реактивные
психозы;**

**невроз
ы;**

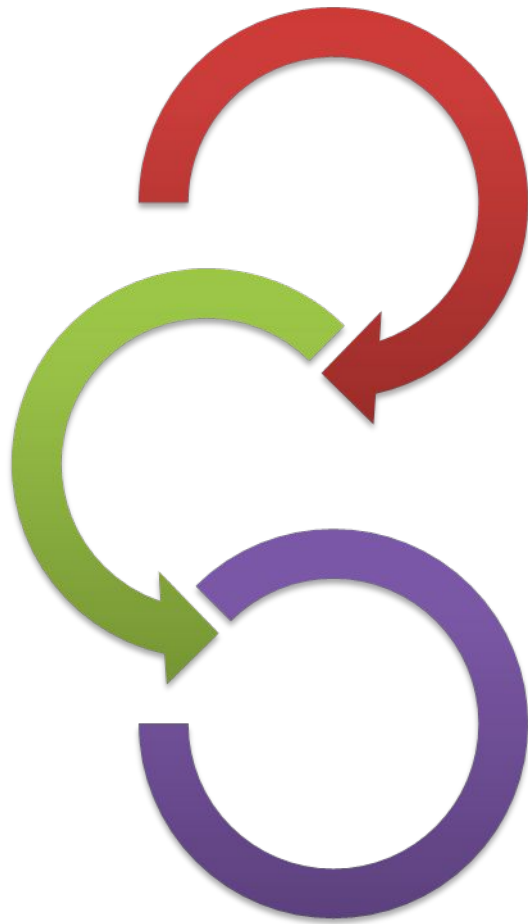
**психосоматические
(соматоформные)
расстройства.**

Данная группа расстройств развивается в результате воздействия стрессовых ситуаций на личность и телесную сферу.

Классификация МКБ-10

- ❖ 1. Органические, в том числе симптоматические психические расстройства (F0-09)
- ❖ 2. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (F10-19).
- ❖ 3. Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-29)
- ❖ 4. Аффективные расстройства настроения (F3-39)
- ❖ 5. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-49)
- ❖ 6. Поведенческие, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-59)
- ❖ 7. Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F60-69).
- ❖ 8. Умственная отсталость (F70-79)
- ❖ 9. Нарушения психологического развития (F80-89)
- ❖ 10. Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

Терапия психических расстройств



**психофармакотера
пия**

**Нелекарственная
биологическая терапия**

психотерапия

Нейролептики


Типичные

- ❖ **Седативные** (непосредственно после приема оказывающие затормаживающий эффект): левомепромазин, хлорпромазин, промазин, хлорпротиксен, алимемазин, перициазин и др.
- ❖ **Инцизивные**, то есть с мощным глобальным антипсихотическим действием: галоперидол, зуклопентиксол, пипотиазин, тиопроперазин, трифлуоперазин, флуфеназин.
- ❖ **Дезингибирующие**, то есть обладающие растормаживающим, активирующим действием: сульпирид, карбидин и др.

Атипичные

- ❖ К группе **атипичных антипсихотиков** относятся клозапин, оланзапин, рисперидон, кветиапин, амисульприд, zipразидон, сертиндол, арипипразол и др.

Показания

- 
- Основным свойством антипсихотиков является способность эффективно влиять на *продуктивную симптоматику* (бред, галлюцинации и псевдогаллюцинации, иллюзии, нарушения мышления, расстройства поведения, психотическое возбуждение и агрессивность, мания).
 - Помимо этого, антипсихотики (в особенности атипичные) часто назначаются для лечения депрессивной и/или *негативной (дефицитарной)* симптоматики (апатобулии, эмоционального уплощения, аутизма, десоциализации и др.).
 - Атипичные антипсихотики широко применяются при биполярном расстройстве

Противопоказания

- Общие противопоказания к приёму антипсихотиков¹
- индивидуальная непереносимость;

- токсический агранулоцитоз в анамнезе;
- закрытоугольная глаукома;

- аденома предстательной железы(для нейролептиков с антихолинергическими свойствами); порфирия;

- паркинсонизм;
- феохромоцитома(для нейролептиков группы замещённых бензамидов);

- аллергические реакции на антипсихотики в анамнезе;
- тяжёлые нарушения функций почек и печени

- заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации
- острые лихорадочные состояния;

- интоксикация веществами, угнетающими ЦНС;
- кома;

- беременность;
- кормление грудью (особенно для фенотиазиновых производных).

Пóздняя дискинези́я

Пóздняя дискинези́я – в широком смысле *любые* насильственные непроизвольные движения, которые развиваются на фоне чаще всего длительного приёма лекарственных средств, блокирующих дофаминовые рецепторы (нейролептики, метоклопрамид и др.), и *стойко сохраняются* после отмены препарата по меньшей мере в течение одного месяца, а порой нескольких месяцев или лет. Это может быть «хореоподобный» или «хореоатетойдный» гиперкинез, дистония, тик, акатизия, миоклония, стереотипии, тремор или их сочетание

Нейролептический синдром

Симптоматика включает в себя брадикинезию (замедленный темп движений, трудность начальных движений, трудность поворотов), ригидность (скованность, напряжённость мышц), симптом зубчатого колеса (прерывистость, ступенчатость движений), постуральную неустойчивость (неспособность удерживать равновесие, трудности ходьбы, падения), тремор конечностей, головы, языка, маскообразное лицо, замедление речевой деятельности, сгорбленную позу, семенящую походку и гиперсаливацию (слюноотечение), микрографию, себорею. Если эти симптомы достигают выраженной степени, может развиваться акинезия, неотличимая от кататонии, вплоть до полной обездвиженности. Паркинсонизм часто сочетается с дискинезиями и дистониями

психотерапия



Нейролептики эффективны в лечении широкого диапазона психиатрических заболеваний – начиная от краткосрочной терапии острого психотического, маниакального или психотически-депрессивного расстройства, возбуждения при делирии и деменции и заканчивая долгосрочной терапией хронических психотических расстройств типа шизофрении, шизоаффективного и бредового расстройства.

Препарат	Доступные формы выпуска	Оптимальные диапазоны доз, мг/сут
Современные “атипичные” нейролептики		
Арипипразол	Т	10–30
Клозапин	Т	300–450
Оланзапин	Т, БТ, ВИКД	10–20
Кветиапин	Т	300–600
Рisperидон	Т, Ж	2–6
Рisperидон-депо	ПВИД	25–50+
Зипрасидон	Т, ВИКД	80–160

Примечания. К – капсулы. ВИКД – внутримышечные инъекции короткого действия. Ж – жидкость (для перорального использования). Т – таблетки. ПВИД – пролонгированные внутримышечные инъекции-депо. БТ – быстрорастворимые таблетки. * Рисперидон-депо и флупентиксол-депо обычно назначаются 1 раз каждые 2 недели.

Современные нейролептики являются приемлемой альтернативой лечению, при их использовании риск экстрапирамидных осложнений в целом ниже, чем при терапии более старыми антипсихотическими средствами.



психотерапия

**Антидепрессанты оказывают
воздействие на**



Антидепрессант

ы

Селективные
ингибиторы
обратного
захвата
серотонина
(СИОЗС)

Ингибиторы
моноаминок
сидазы (МАО)

Циклические
антидепрессанты



В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ВЫДЕЛЯЮТ



Противопоказания

- ❖ Индивидуальная непереносимость, психомоторное возбуждение, судорожные припадки, острые случаи спутанности сознания, заболевания печени и почек в стадии декомпенсации стойкая артериальная гипотензия, нарушения кровообращения, беременность, тиреотоксикоз.
- ❖ *Противопоказания к приёму ТЦА и гетероциклических антидепрессантов:* острый и восстановительный период перенесенного инфаркта миокарда декомпенсированные пороки сердца, нарушения проводимости сердечной мышцы, гипертоническая болезнь 3 степени, заболевания крови, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, закрытоугольная глаукома, гипертрофия предстательной железы, атония мочевого пузыря, пилоростеноз, паралитическая непроходимость кишечника, грудное вскармливание, детский возраст до 12 лет, маниакальная фаза. Пациентам, страдающим деменцией нежелательно назначать антидепрессанты с сильным антихолинергическим действием (ТЦА) по причине риска усиления когнитивных нарушений, а в случае, если всё же необходимо применять препараты данной группы, назначать их лишь в низких дозах.
- ❖ *Противопоказания к приёму избирательных ИМАО:* грудное вскармливание, детский возраст, совместное применение с селегилином, феохромоцитомом
- ❖ *Противопоказания к приёму СИОЗС:* психотическая депрессия, грудное вскармливание, отравление психотропными средствами, алкоголем.



Анализ современной литературы позволяет выделить три типа комбинированной терапии антидепрессантами, имеющих фармакологическое обоснование, определяющих рациональность их использования:

Фармакологически обоснованные типы комбинированной терапии антидепрессантами.

Потенцирующий тип

• Комбинация ТЦА и СИОЗС

Дополняющий тип

• СИОЗС + бупропион

Синергический тип

• Ингибиторы МАО + ТЦА
• СИОЗС + антидепрессанты рецепторного действия
• СИОЗСН + антидепрессанты рецепторного действия

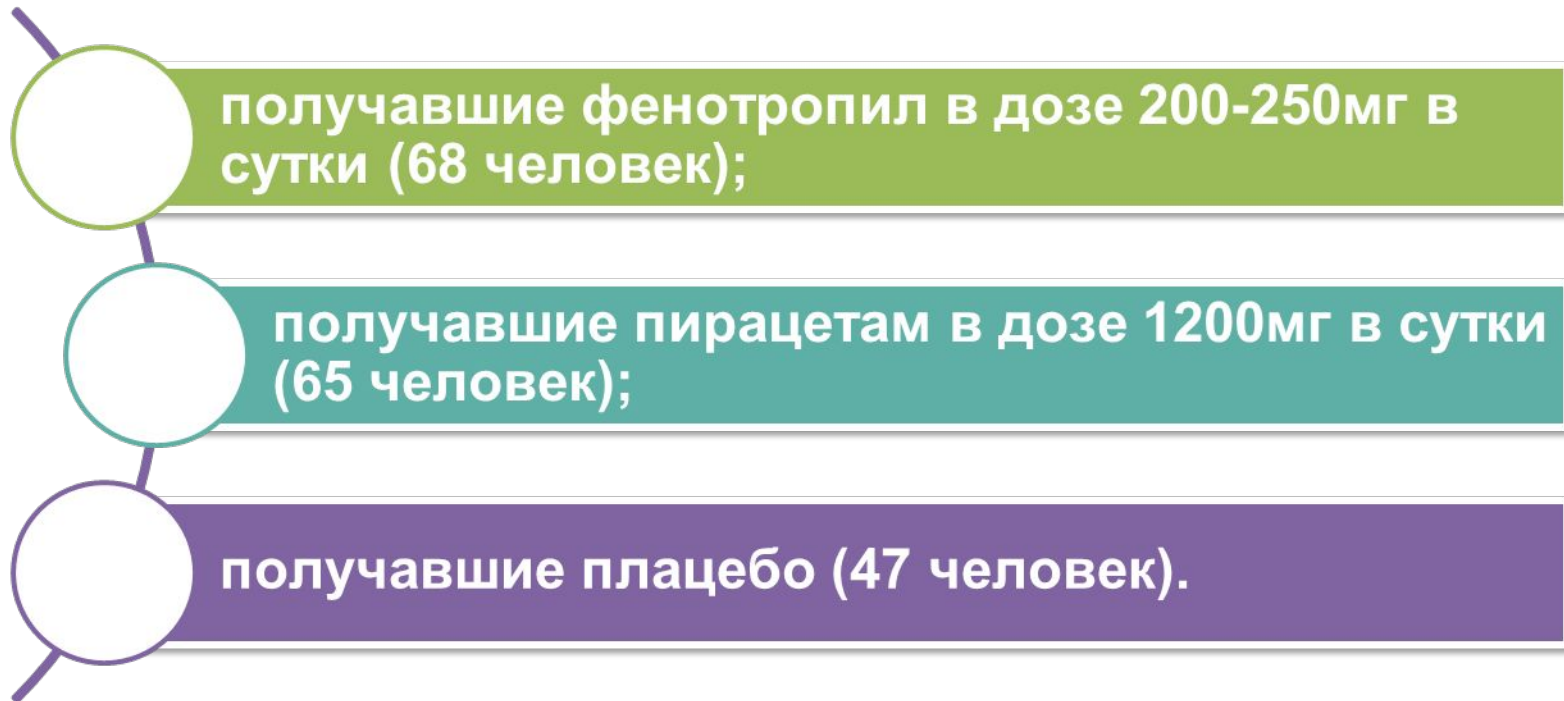
Ноотропы, они же **нейрометаболические стимуляторы** – это средства, оказывающие прямое активирующее влияние на обучение, улучшающие память и умственную деятельность.



Сравнительное плацебо-контролируемое исследование

провели эффективность фенотропила и пирацетама у больных с астеническим синдромом и синдромом хронической усталости.

Все больные были разделены на три группы:



Длительность лечения составила 4 недели.

Показатели оперативной памяти, оцениваемы с помощью ряда нейропсихологических методик (тест Лурия «запоминание 10 слов», таблицы Шульте.)



Эффективность фенотропила составила 83,3 % (30 больных) и 87,5% (28 больных), соответственно.

После курса лечения пираретамом хороший и удовлетворительный эффект был отмечен в 48,8 % (22 пациента) при астеническом синдроме и в 55 % (11 пациентов) при синдроме хронической усталости.

На фоне применения плацебо у больных с обоими синдромами полного регресса жалоб и нормализации объективных показателей достигнуто не было.

В результате применения фенотропила у людей как с признаками заболевания, так и здоровых, наблюдались следующие эффекты:

улучшение интегративной деятельности мозга, повышение работоспособности;

улучшение кратковременной и долговременной памяти, способности к обучению, внимания и интеллектуальной активности;

повышение устойчивости к воздействию различных агрессивных, экстремальных факторов; стресс, гипоксия, травмы, интоксикации (алкоголь и др.), шок и др.;

повышение социальной адаптации и качества жизни

Транквилизаторы – психотропные препараты, устраняющие тревогу, страх и оказывающие общее успокаивающее действие.

❖ **Эффекты транквилизаторов**

Транквилизирующий (основной);

Седативный (успокаивающий);

Миорелаксирующий (мышечное расслабление);

Снотворный и др.

❖ **Классификация транквилизаторов**

Клинически выделяют две группы транквилизаторов: дневные и ночные (снотворные транквилизаторы).


Ночные транквилизаторы – классические, то есть основным их эффектом является устранение страха, тревоги и снотворный эффект.

Препараты: феназепам, диазепам, клоназепам, нитразепам, элениум.

Дневные транквилизаторы обладают психостимулирующим действием, усиливают мозговую активность.

Препараты: транксен, мексидол, клобазам, мезапам.

Применение транквилизаторов



Транквилизаторы применяются в лечении широкого спектра психических расстройств.

Неврозы;

Неврозоподобные и реактивные состояния с выраженной тревогой, страхами или навязчивостями;

Панические атаки;

Депрессии различной этиологии;

Применение транквилизаторов



Реактивные психозы;

Шизофрения и шизоаффективные психозы;

Эпилепсия;

Алкогольная абстиненция;

Нарушения сна и др.

Принципы назначения транквилизаторов



Признаки синдрома отмены

Нарушение сна;

Тревога и беспокойство;

Раздражительность;

Снижение аппетита, снижение массы тела;

Тремор, потливость;

Головокружение, головная боль, шум в ушах;

Непереносимость резких звуков и запахов

Нормотимики, нормотимические средства, или стабилизаторы настроения (англ. *mood stabilizers*)

- ◆ группа психотропных препаратов, основным свойством которых является способность стабилизировать настроение у психически больных, прежде всего у больных аффективными расстройствами (биполярным аффективным расстройством, рекуррентной большой депрессией, циклотимией, дистимией, шизоаффективным расстройством и др.), профилактировать (полностью предотвращать) или смягчать и укорачивать рецидивы (*фазы*) аффективных расстройств, тормозить прогрессирование болезни и развитие «быстрого цикла» смены фаз.
- ◆ Нормотимики также обладают способностью смягчать «острые углы характера», раздражительность, неуживчивость, вспыльчивость, импульсивность, дисфорию у пациентов с различными психическими расстройствами.

Виды нормотимиков

Минеральные соли
Препараты лития
Противосудорожные препараты с нормотимической активностью
Карбамазепин
Оксакарбазепин
Вальпроат натрия
Ламотриджин
Атипичные антипсихотики
Рisperидон
Оланзапин
Кветиапин
Клозапин

Антагонисты кальция
Верапамил
Нифедипин
Нимодипин
Тиреоидные гормоны
В качестве дополнительной терапии могут также применяться гормоны щитовидной железы, особенно при временной отмене антидепрессантов
Трийодтиронин
L-тироксин

Нормотимики (стабилизаторы настроения)

Обладают как антиманиакальным, так и антидепрессивным действием





- В прошлом шоковая терапия (электросудорожная, инсулинокоматозная) занимала ведущее положение в лечении психозов, особенно шизофрении.
- В настоящее время шоковые методы применяются ограниченно.
- Для проведения шоковой терапии необходимо наличие жизненных показаний или письменное согласие больного, а в случае его недееспособности - согласие родственников.

Электросудорожная терапия (ЭСТ),

**или электрошоковая терапия, —
один из видов так называемой
«интенсивной
общебиологической терапии».**

**Термины «электрошоковая
терапия», «электрошок»
являются менее точными; они
встречаются преимущественно
в немедицинских текстах и
часто носят негативно-
оценочный характер.**

- Суть метода заключалась в
вызывании искусственного
эпилептического припадка
путем воздействия**



Электросудорожная терапия (ЭСТ) была изобретена в 1938 г. итальянским профессором, психиатром-неврологом Уго Черлетти (Ugo Cerletti) и его ассистентом Лючио Бини (Lucio Bini), в развитие работ Ласло Медуна о вызывании лечебных припадков с помощью нелекарственных веществ. Метод изначально был предназначен для лечения психических заболеваний.



- На сегодняшний день общепринятым стандартом безопасности при проведении ЭСТ является кратковременный внутривенный наркоз, искусственная миоплегия с помощью миорелаксантов короткого действия и кратковременная искусственная вентиляция легких на время действия **релаксантов**. На этом фоне производится лечебное электровоздействие на мозг, вызывающее припадок.
- ЭСТ обладает противозепилептической активностью – в течение курса повышается судорожный порог, что лежит в основе применения метода при эпилепсии.

- ❖ На данное время усовершенствованы аппараты ЭСТ (конвульсаторы).
- ❖ Решающим оказалось изменение формы и характера электровоздействия, которое максимально приблизилось к физиологии нейрона.
- ❖ Если раньше в конвульсаторах применялся синусоидальный переменный ток, который избыточно и нефизиологично стимулировал нервные клетки, то в современных конвульсаторах применяются ритмичные короткоимпульсные прямоугольные токи с возможностью регулировки силы тока, длительности импульса и частотных характеристик электровоздействия.
- ❖ Это позволяет максимально приблизить стимуляцию к индивидуальным особенностям пациента и редуцировать когнитивные расстройства. Разработана теория и практика дозирования электровоздействия, что позволяет в наибольшей мере использовать заложенный в методе терапевтический потенциал и минимизировать осложнения.



Значительное усовершенствование метода сделало его на сегодняшний день самым безопасным из проводящихся под общей анестезией. Это позволило применять его не только у физически здоровых лиц, но и в популяциях «особого риска» – у пожилых, детей, беременных, пациентов с массивным соматическим отягощением, органическим поражением ЦНС.

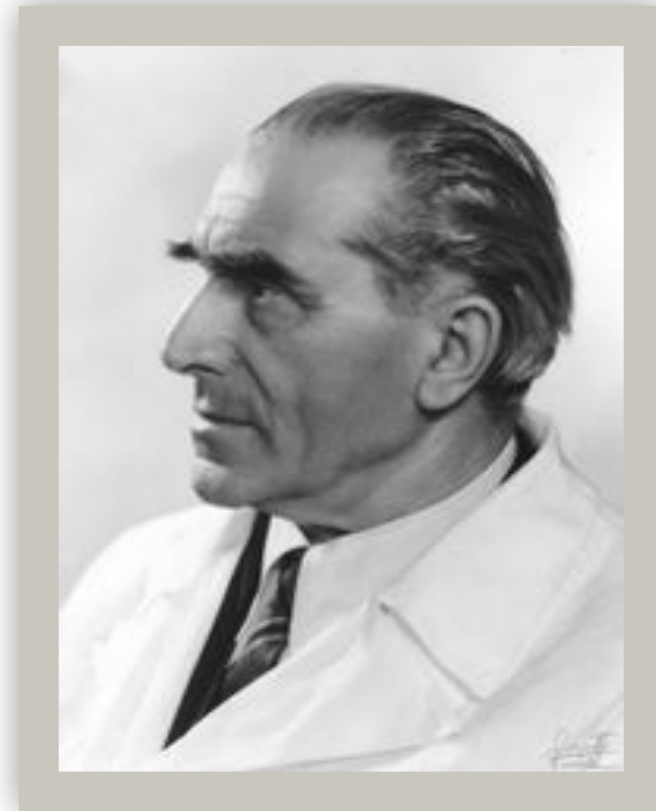


- ❖ **Учитывая непростое отношение к ЭСТ со стороны общественного мнения, в большинстве стран применение ЭСТ регламентировано специальными юридическими процедурами и формальностями.**
- ❖ **На территории Республики Казахстан это тоже предусмотрено – проведению ЭСТ должно предшествовать информированное согласие больного (или его законного представителя), зафиксированное письменно, и заключение врачебной комиссии.**



Исторические сведения

Предпосылками к использованию ЭСТ в качестве метода лечения психических расстройств явилась гипотеза венгерского исследователя Л. Медуны о биологическом антагонизме между эпилепсией и шизофренией (1896—1964) и использование им судорожной терапии (инъекции камфоры, пентилентетразола, кардиазола). В труде «Судорожная терапия шизофрении» (1937) он изложил результаты своих исследований. В том же году Лючио Бини (1908—1964) и Уго Черлетти (1877—1963) на первом международном собрании по вопросу использования этого метода предложили альтернативный способ вызывания судорог: электричество. Через год Черлетти представил Римской Академии медицины результаты лечения ЭСТ первого пациента.



Показания

ЭСТ при психопатологических синдромах (в первую очередь, депрессивным и кататоническим).

определенным нозологическим формам («эндогенные» механизмы -шизофрения, шизоаффективные психозы, биполярные аффективные расстройства)

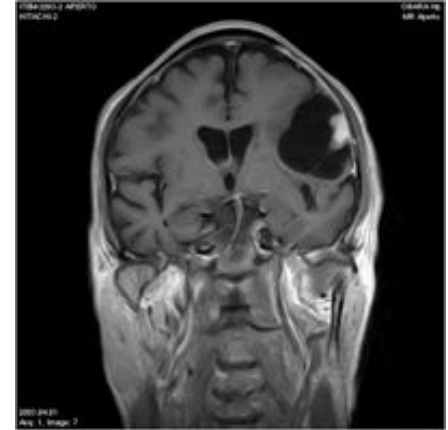
Из неврологических показаний эталонными являются болезнь Паркинсона и паркинсоноподобные состояния разного генеза. Другие доказанные ситуации эффективного применения ЭСТ – болевые синдромы, эпилепсия.

В психиатрии имеется всего четыре общепризнанных экстренных показания к ЭСТ:

- фебрильная кататония
- злокачественный нейролептический синдром (ЗНС)
- депрессия с неукротимым стремлением к самоубийству или самоповреждению

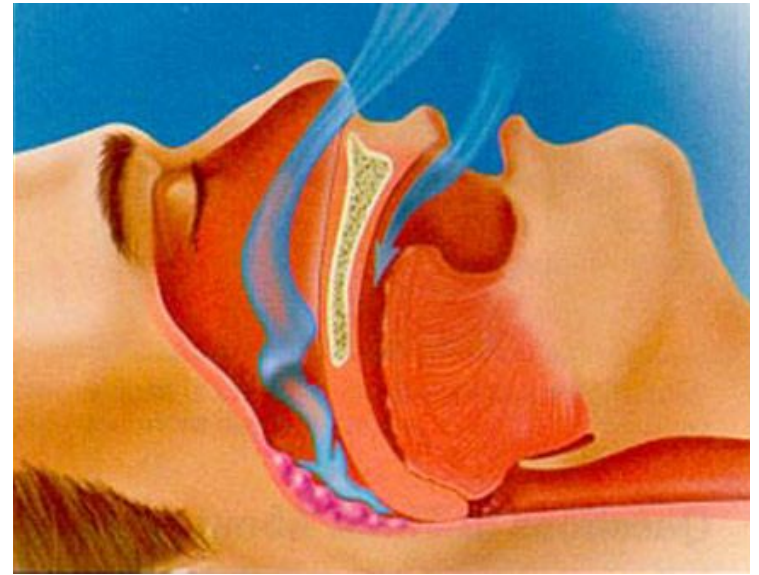
Противопоказания

- ❖ Раньше, когда ЭСТ проводилась устаревшими аппаратами, без наркоза и миорелаксантов, и вызывала серьезные осложнения – разговор о противопоказаниях имел смысл. Сегодня практика ЭСТ настолько изменилась, что ее считают самым безопасным методом из всех, применяющихся под общей анестезией, – методом, не имеющим противопоказаний.
- ❖ Единственным относительным противопоказанием к современной ЭСТ является наличие большой нестабильной внутричерепной опухоли (или другого объемного процесса) с выраженным повышением внутричерепного давления.



Побочные эффекты и осложнения

- ❖ Побочные эффекты ЭСТ делятся на *ранние* (возникающие непосредственно в процессе или вскоре после сеанса) и *отсроченные*, или *поздние* (возникающие через некоторое время после сеанса или сеансов ЭСТ и имеющие тенденцию к накоплению или нарастанию по мере продолжения курса ЭСТ).
- ❖ К *ранним побочным эффектам* относятся чрезмерно длительная остановка дыхания (*апноэ*) в процессе сеанса ЭСТ, обычно связанная не с самой этой процедурой, а с необычно сильной реакцией на применяемый в ходе модифицированной ЭСТ миорелаксант или наркозный препарат.



К такого же рода ранним побочным эффектам относится чрезмерно сильный и длительный (затяжной) или повторный (неоднократный) **судорожный припадок** в ответ на электрический разряд обычной силы (в таких случаях приходится обрывать припадок введением бензодиазепинов, а в следующий раз давать меньший ток или меньшую длительность импульса). Сюда же относятся могущие возникнуть в процессе ЭСТ тахикардия



Инсулинокоматозная терапия при психических расстройствах


- ❖ - Инсулинотерапия назначается главным образом больным шизофренией. Предварительно производится тщательное обследование соматического состояния больных.
- ❖ Лечение проводится в специально выделенной для этого палате и осуществляется врачом и медицинской сестрой.
- ❖ - Инъекции инсулина производятся по утрам, натощак. Первое введение ограничивается 4 ЕД инсулина. Затем ежедневно прибавляют по 4-8 ЕД. По субботам и воскресеньям лечение не проводится.
- ❖ - После введения инсулина у больных развивается гипогликемия, глубина которой зависит от дозы введенного инсулина. На начальных этапах лечения после введения небольших доз инсулина у больных развивается чувство слабости, вялости; кожные покровы гиперемированы, но иногда бледнеют, появляется потливость. Пульс сначала может быть замедленным, затем ускоренным. Больные испытывают чувство голода и жажды. С увеличением доз к этой симптоматике присоединяется оглушенность сознания: больные как бы погружаются в дремоту. Они слабо реагируют на окружающее, на вопросы отвечают односложно, после многократных обращений. Сухожильные рефлексы ослаблены.

- ❖ - На этих первых этапах лечения больных выдерживают в гипогликемическом состоянии около 3 ч. «Купируют» гипогликемию, давая больным стакан теплого сладкого чая (100-200 г сахара) и завтрак, богатый углеводами. Уровень сахара в крови восстанавливается, и больные приходят в свое обычное состояние.
- ❖ - На втором этапе, при нарастании доз вводимого инсулина, степень выключения сознания углубляется: состояние оглушения переходит в сопор. В этом состоянии в контакт с больными вступить невозможно. Сухожильные рефлексy утрачиваются, появляются патологические рефлексy, больные не реагируют на болевые раздражители. Иногда этому предшествует стадия двигательного возбуждения: больные мечутся в кровати, выкрикивают отдельные слова или бессвязные фразы. Кожные покровы бледны, тело больных покрыто холодным потом. Через 20 мин после наступления сопорозного состояния гипогликемию ликвидируют внутривенным вливанием 20 мл 40 % раствора глюкозы, что быстро выводит больных из этого состояния. Сознание восстанавливается, и больным дают стакан теплого сладкого чая или сахарного сиропа (150-200 г сахара) и завтрак.

- ❖ - На третьем этапе лечения при продолжающемся ежедневном увеличении дозы инсулина у больных развивается состояние, переходное между сопором и комой: контакт отсутствует, сухожильные и кожные, а также патологические рефлексы не вызываются, сохраняется лишь вялая реакция зрачков на свет. В подобном состоянии больных держат в течение 20- 30 мин, после чего купируют гипогликемию так же, как и при выводе из сопорозного состояния
- ❖ - Курс лечения обычно состоит из 20-30 сеансов, при которых достигнуто сопорозно-коматозное состояние.

- ❖ Следует отметить, что дозы инсулина, вызывающие сопор и кому, строго индивидуальны (в среднем от 40 до 120 ЕД), поэтому тщательное наблюдение за динамикой гипогликемического состояния необходимо с самых начальных этапов лечения.
- ❖ После достижения необходимого количества коматозных состояний дозы инсулина снижают ежедневно на 10-14 ЕД до полной отмены.

Осложнения инсулинотерапии

- 
- Судорожные припадки, напоминающие эпилептические припадки, требуют обычных мер, применяемых в таких случаях: предохранение больного от возможности травматизации, прикуса языка, заглатывания большого количества слюны, которая может проникнуть в дыхательные пути.
 - Больного не удерживают, чтобы не способствовать переломам и вывихам; голову поворачивают набок, между зубами вставляют резиновую прокладку. Тотчас же после прекращения припадка гипогликемическое состояние купируют. Возникновение судорожных припадков во время гипогликемии не является противопоказанием к продолжению лечения.

Затянувшаяся кома представляет собой состояние, при котором бальной не может быть выведен из гипогликемии обычным методом. В этих случаях внутривенно вводится раствор кофеина (10%-1,0-2,0), глюкозы (40%-20,0). Если эффект отсутствует, подкожно вводится раствор адреналина (1:1000-1,0). Необходимо предостеречь от повторных внутривенных вливаний раствора глюкозы, так как они незаметно могут перевести гипогликемическую кому в гипергликемическую.



Повторные (отставленные) комы могут развиваться через несколько часов после купирования инсулиновой комы. В этих случаях у больных вновь появляются признаки гипогликемического состояния. Их купируют так же, как и обычную гипогликемическую кому.



Интенсивное лечение направлено на обрыв психического заболевания и на предотвращение развития терапевтической резистентности. Оно основано на селективном (избирательном) и общем действии на организм различных методов лечения.

Биологическая терапия сульфазином

- ❖ Улучшению метаболических процессов способствует пирогенная терапия сульфазином и пирогеналом. При сульфазинотерапии внутримышечно вводят 1% взвесь серы в персиковом масле (сульфазин), сначала 2 – 3 мл (в подогретом до 37 – 38 С виде). Через 2 – 4 часа после инъекции температура тела у пациента должна повысится до 38 С и более. Если этого не происходит, на следующий день дозу сульфазина увеличивают на 2 – 3 мл (высшая доза – 8 – 10 мл). В дальнейшем инъекции делают через 2 дня. На курс лечения назначают 4 – 6 инъекций.

- ❖ Следует отметить, что в местах инъекций появляется значительная болезненность и может развиваться инфильтрат. Для профилактики этих осложнений на область инъекции назначают сухое тепло, такие УВЧ и



Психотерапия

Психотерапия — система психического (психологического) воздействия (словом, мимикой, молчанием, при помощи техник, изменяющих психические процессы и соматическое состояние, воздействия группы, специально организованной среды) на психику, а через неё и на весь организм больного.



Современные методы лечения при соматоформных расстройствах.

Эриксоновский гипноз — это пленительные остроумно-недирективные способы погружения в гипнотический транс и лечения в нём пациентов.

Нейролингвистическое программирование—это мощный набор приёмов, используемые нашу внутреннюю способность изменяться и решать широкий круг проблем быстро и легко.

Позитивная психотерапия—это конфликтцентрированное, сфокусированное, психотерапевтическое вмешательство на основе транскультуральной модели.

Танцевально-двигательная психотерапия помогает вступить в контакт с собственными чувствами, путём установления связи чувств с движениями.

Современные методы лечения при соматоформных расстройствах.

Телесно-ориентированная психотерапия —специальная психотерапевтическая методика, позволяющая снизить хроническое напряжение определённых групп мышц и таким образом вызывает высвобождение негативных эмоций

Транзактный анализ —это теория личности и системная психотерапия с целью развития и изменения личности

Релаксационный тренинг.

Интервальный тренинг – для укрепления нервной системы.

Аутогенная тренировка.

Суггестивная психотерапия

Внушение в состоянии: бодрствующем, просоночном, предсонном; гипнотическом (сомноленция, каталепсия или сомнамбулизм), на фоне действия седативных и снотворных средств (наркотики, транквилизаторы), а также в состоянии т. д.



Тренировочная психотерапия

Модификация аутогенной тренировки; погашение патологического рефлекса в условиях патогенной ситуации; мышечное расслабление; психотерапия реципрокного торможения; метод искусственной репродукции аффективных патогенных ситуаций; имаготерапия и т. д.

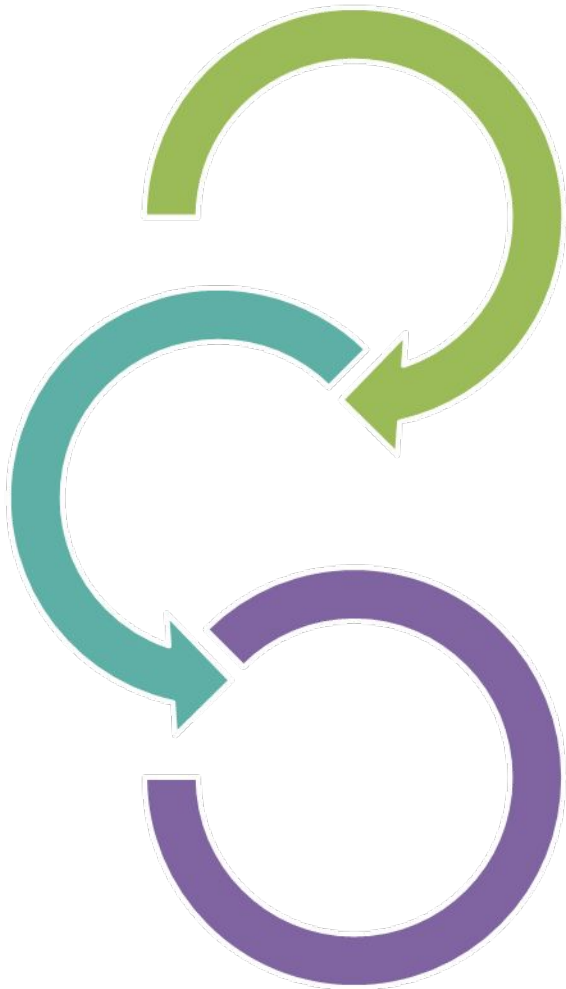
Разъясняющая психотерапия



Психодинамическое направление



Игровая психотерапия



**Директивн
ая**

**Недирективн
ая**

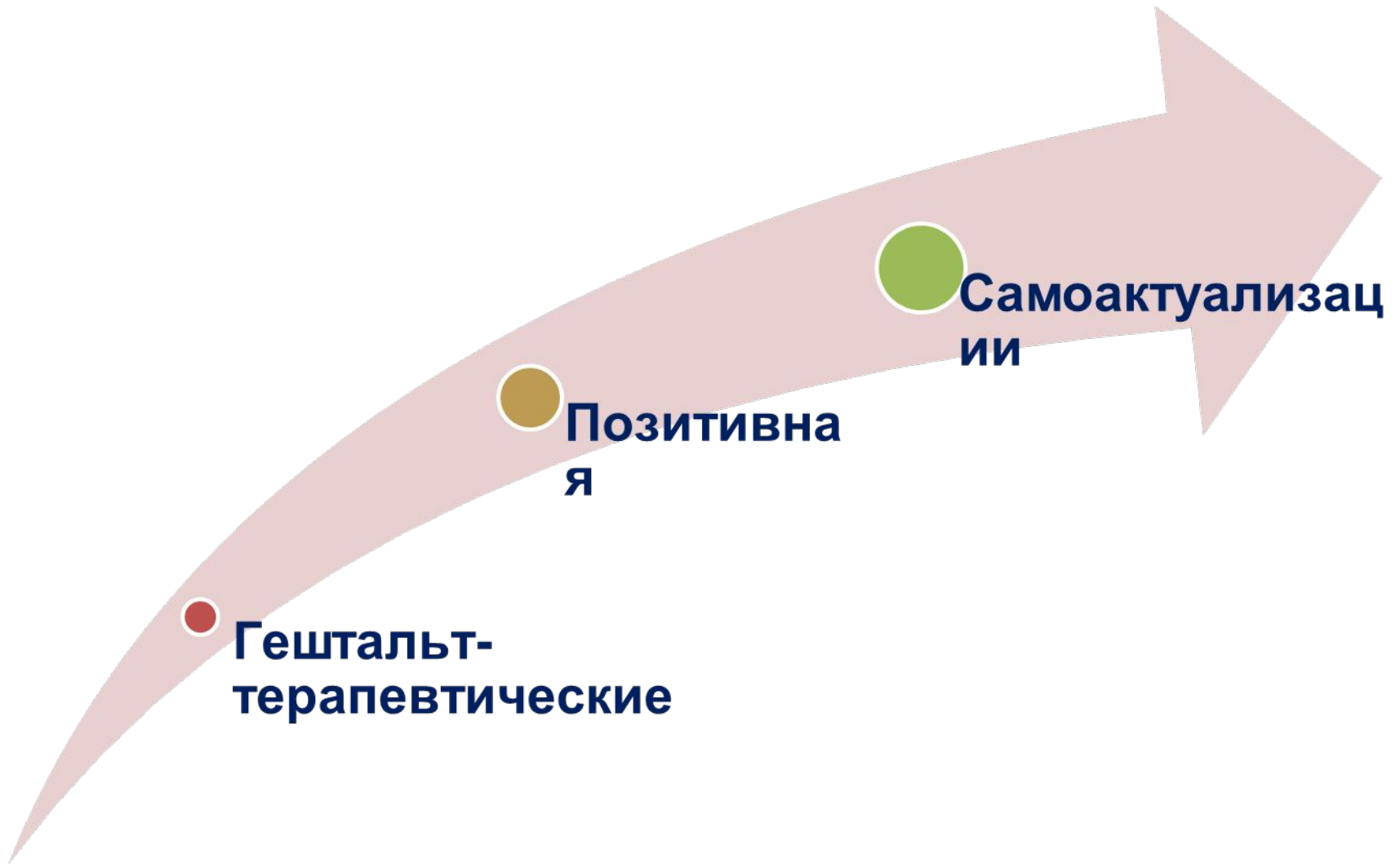
**Психодра
ма**



Религиозная, в том числе восточные техники



Экзистенциальные



Психотерапия

С позиции позитивной науки психотерапия представляет собой теоретически обоснованную систему приемов врачебного воздействия на психику больного, а через психику и на весь организм. Эта система основывается на знании патогенеза болезненных состояний и приемов воздействия на психику, позволяющих достигнуть нужного лечебного эффекта. Тем не менее многие психотерапевты подчеркивают, что для них не существен симптом и тем более диагноз, но важнее личность пациента.

