

Сестринский процесс при психических расстройствах, вызванных хроническими интоксикациями (хр.алкоголизм, наркомания, токсикомания)

Лечение токсикоманий.

С точки зрения практики, целесообразно разделить потоки больных по виду оказываемой помощи. Можно выделить ургентную помощь (острые интоксикации, абстинентный синдром, опасные для жизни соматические заболевания, обусловленные хронической интоксикацией наркотиком); лечение психических и соматических нарушений в постабстинентный период, а также противорецидивную терапию. В одних случаях при поступлении больных в плановом порядке эти виды помощи составляют этапы лечения, в других - больным оказывается только один вид помощи (например, лечение острых интоксикаций на догоспитальном этапе).

Современные подходы рассматривают каждый этап лечения как необходимый и достаточный. Подход распространяется на больных, поступающих как в неотложном, так и в плановом порядке. После завершения первого этапа лечения (купирование абстинентного синдрома или острой интоксикации в условиях стационара или амбулаторно) больным в добровольном порядке предлагается перейти ко второму и третьему этапу (соответственно: коррекция постабстинентных психических расстройств и противорецидивная терапия).

Лечение психических и соматических расстройств постабстинентного периода проводится преимущественно в стационаре, однако при слабо выраженной симптоматике допускается перевод больного на амбулаторный режим помощи. Продолжительность второго этапа в частных случаях бывает от 7 дней до месяца и более.

Третий этап помощи осуществляется амбулаторно. Продолжительность противорецидивной терапии во времени не ограничивается. Лечение включает комплекс фармакологических и психотерапевтических тактик, направленных на профилактику рецидива. При этом решающую роль будет играть социальная реадaptация больного. Если пациент в силу субъективных причин отказывается принимать участие во всей терапевтической программе, то ему предлагается самостоятельно определить потребность в том или ином виде медицинской помощи.

Лечение острых отравлений психоактивными веществами. Несмотря на значительную полиморфность острых отравлений практически всем больным назначается трансфузионная дезинтоксикационная терапия, направленная на максимально быстрое выведение токсиканта из организма, профилактику гиповолемических и метаболических нарушений, коррекцию кислотно-щелочного и электролитного баланса. При продолжительной экспозиции токсиканта с целью влияния на осмотический градиент массопереноса, в состав назначений вводятся осмотически активные соединения - маннитол и гипертонический раствор глюкозы. При длительной детоксикации в состав интенсивной терапии вводятся средства для парентерального питания. Форсированный диурез проводится по общепринятым методикам в объеме до 6 л в сутки с введением хлорида калия до 3 г и лазикса до 200 мг. Кислотно-щелочной баланс регулируется введением закисляющего (аскорбиновая кислота 10-15 мг/кг) и ощелачивающего (натрия гидрокарбонат 60-80 мэкв на первые 400 мл раствора) препаратов. Для коррекции

нарушений гемодинамики и дыхания применяются analeптики - этимизол, сульфокамфокаин, дофамин. При выраженной дыхательной недостаточности применяется искусственная вентиляция легких. С целью профилактики гипоксической энцефалопатии при отравлениях назначаются внутривенно пираретам и рибоксин до 3 г в сутки.

При передозировке опиатами в качестве антидота используется налоксон. Инфузия препарата продолжается до развития абстиненции. При отравлении веществами с антихолинергическим действием, ДЛК и псилоцибином антидотами служат галантамин и аминостигмин. При отравлении метиловым спиртом и этиленгликолем антидотом является этиловый спирт (30% раствор на глюкозе, инфузия до состояния опьянения). При поступлении токсиканта в организм через желудочно-кишечный тракт необходимо сделать зондовое промывание желудка, дать внутрь активированный уголь или другие сорбенты и слабительные средства.

Лечение абстинентного синдрома при опиатной наркомании. Лечение опиатного абстинентного синдрома представлено двумя подходами. Первый подход является логическим продолжением методики "дробной деморфинизации", применявшейся с конца 19 века. Методика предусматривала постепенное лишение наркотика в период от двух до шести недель. В настоящее время за рубежом с данной целью назначают опиатный агонист с пролонгированным действием - метадон или селективный агонист-антагонист опиатных рецепторов - бупренорфин. В России метадон и бупренорфин пока не разрешены к применению.

Второй подход предусматривает одномоментное (абортное) лишение наркотиков и лечение абстинентного синдрома средствами, подавляющими возбуждение в различных медиаторных системах.

Очевидно, что существование двух подходов обусловлено наличием у них положительных и отрицательных сторон. Лечение абстинентного синдрома метадоном и бупренорфином является чрезвычайно эффективным. Препарат позволяет купировать синдром за 6 - 8 дней. Более того, у ослабленных больных или беременных женщин детоксикация метадоном является методикой выбора. Основным недостатком этого метода является риск формирования новой зависимости, потому что метадон и бупренорфин обладают наркотическим потенциалом. Вместе с тем, многие зарубежные специалисты этот факт опускают, так как метадон используется для последующей поддерживающей, а точнее заместительной терапии.

Среди методик абортного лишения наркотиков с конца семидесятых годов наибольшей популярностью за рубежом пользуется метод, основанный на применении клонидина. Клонидин (клофелин) - агонист альфа-2-адренорецепторов, специфически подавляет адренергическое возбуждение, с которым связываются многие симптомы абстиненции. Клонидин позволяет купировать абстинентный синдром в течении 12 - 14 дней, однако препарат неодинаково эффективен в отношении отдельных симптомов и малоэффективен в отношении тяжелых случаев. Клонидин слабо влияет на психические нарушения при абстиненции и полностью лишен снотворного действия, вызывает нежелательные гемодинамические сдвиги. Попытки купировать синдром назначением повышенных доз оборачиваются гипотоническими коллапсами, нарушением сердечного ритма, а в некоторых случаях и синусовой остановкой сердца. Препарат не рекомендуется при коронарной недостаточности, поражении сосудов мозга, почечной недостаточности и другой патологии, распространенной у наркоманов. Задача удержаться в рамках терапевтических доз клонидина (0,6 - 0,8 мг в сутки) решается путем создания комбинаций препаратов из различных групп. В частности, удачной оказалась комбинация

клонидина и опиатного антагониста налорфина. Как эффективные описываются комбинации клонидина с налоксоном или налтрексоном. В отечественной практике для купирования абстиненции из препаратов с адренолитическим действием получили также распространение пироксан, анаприлин (бета-адреноблокаторы).

Другим направлением в лечении абстиненции является применение антихолинергических средств. Выбор этих препаратов, по-видимому, основан на представлении о холинергической природе многих симптомов абстиненции. Абстиненция купируется атропином, комбинацией атропина с трициклическими антидепрессантами, которые также обладают холинолитическими свойствами. Как в первом, так и во втором случае течение абстиненции осложнялось делирием, который купируется аминостигмином или галантомином.

Антиабстинентная активность установлена также у верапамила (финоптин, изоптин) и у антидепрессантов с четырехциклической структурой: мапротилина (лудиомил), миансерина (миансан, леривон) и инказана (метралиндол).

Введение в схему анальгетиков - опиоидов (промедол, бупренорфин, и др.) считается оправданным только у соматически ослабленных больных. Введение этих препаратов в организм в терапевтических дозах на высоте абстиненции потенцирует действие неопиатных антиабстинентных средств. Опиатный агонист - трамал не обладает наркотическим потенциалом и не относится к списку наркотических препаратов, поэтому может более широко использоваться, чем другие опиоиды.

Оптимальной тактикой в фармакотерапии абстинентного синдрома можно считать назначение комбинации лекарственных средств, которая будет построена на нескольких принципах.

1. Выбор препаратов должен осуществляться с учетом их антиабстинентного селективного действия.
2. Дозировка и распределение назначений антиабстинентных средств должны учитывать динамику облигатных и факультативных симптомов и общую токсическую нагрузку на организм.
3. При комбинировании лекарственных средств необходимо исключить одновременное назначение препаратов, взаимно усиливающих отрицательное влияние на факультативные симптомы.
4. Проявление побочных эффектов лекарственных средств может быть ослаблено введением в схему лечения препаратов - функциональных антагонистов, которые оказывают и положительное влияние на облигатные симптомы абстиненции.
5. При лечении абстинентного синдрома необходимо учитывать исходное соматическое и психическое состояние больного.

В качестве примера удачной комбинации можно привести следующую схему лечения.

На фоне начальных проявлений абстиненции больному назначается в суточных дозах внутрь лудиомил - 150 мг или миансерин (леривон) в соответствующих дозировках; верапамил 320 мг; амитриптилин - 75 мг; натрия оксibuтират - 6- 8 г; феназепам - 10 мг внутрь. Совокупность этих назначений в первые сутки лечения обеспечивает

сомнолентное состояние, отсутствие психотических нарушений, стабильные показатели гемодинамики.

На вторые сутки лечения в утренние часы отменяются или резко ограничиваются все назначения, но в схему вводится трамал - 300 - 600 мг в сутки подкожно или внутрь. Назначения от первых суток в разовых дозах повторяются на ночь, что обеспечивает нормальный ночной сон.

На третьи сутки трамал с утра назначается только по показаниям (алгические явления). В схему вводится пираретам до 3 г в сутки. На ночь назначается трамал 200 мг и снотворные средства (натрий оксипутират, феназепам). На четвертые сутки и далее назначения аналогичные. Суточные дозы пираретама и трамала сокращаются.

Начиная с шестых - седьмых суток явления абстиненции полностью купируются. В клинической картине на первый план выступают астенические, аффективные расстройства, стойкая бессонница и другие нарушения, являющиеся задачей следующего этапа лечения.

Лечение абстинентного синдрома при других формах токсикоманий. В лечении абстинентного синдрома при других формах токсикоманий соблюдаются изложенные выше принципы. Назначаются комбинации из адреноблолирующих средств (анаприлин, пироксан), антагонистов кальция (верапамил, нифедипин), бензодиазепинов (феназепам, диазепам), натрия оксипутирата, антидепрессантов (амитриптилин, мапротилин, миансерин) и нейролептиков (дроперидол, клозепин).

Барбитураты и бензодиазепины отменяются только дробно с введением в схему противосудорожных средств (финлепсин, бензонал).

Наибольшую избирательную активность по отношению к дисфорическим состояниям при злоупотреблении психостимуляторами обнаруживает клозепин (азалептин, лепонекс). Психомоторное возбуждение лучше купировать дроперидолом.

Лечение абстинентного синдрома при алкоголизме. Особенностью алкогольной абстиненции является ее частое сочетание с явлениями интоксикации подострого характера. Поэтому в случаях массивного алкогольного эксцесса или запоя целесообразно провести форсированный диурез. Для ускорения метаболизма ацетальдегида (метаболизмом этанола, сильный протоплазматический яд) в схему лечения вводится аскорбиновая кислота, витамины группы В, никотиновая кислота, рибоксин. Высокой детоксикационной и антиабстинентной активностью обладают метадоксил (Италия) и пикамилон (Россия). Следует учесть, что алкогольная абстиненция часто сопровождается артериальной гипертензией, пароксизмальной тахикардией, острым панкреатитом и другой соматической патологией, требующей неотложного вмешательства и набора средств симптоматической и патогенетической терапии. Комбинируя психотропные средства следует сделать выбор в пользу натрия оксипутирата и бензодиазепинов. Аминазин и амитриптилин противопоказаны из-за их способности провоцировать психозы в остром периоде абстиненции. Психомоторное возбуждение купируется дроперидолом или галоперидолом.

Лечение алкогольного делирия и других острых алкогольных психозов. Современная тактика лечения острых алкогольных психозов предусматривает проведение форсированного диуреза с введением в схему больших доз аскорбиновой кислоты, витаминов В1 (до 1 г в сутки) и В6, АТФ и других мероприятий профилаксирующих отек

и гипоксию головного мозга. Следует учесть, что современные психотропные средства не обнаруживают достоверной антипсихотической активности при острых экзогенных психозах. Показаниями для их применения являются тревога, бессонница и психомоторное возбуждение. Препаратами выбора являются натрий оксibuтират и бензодиазепины с противотревожным действием (феназепам, диазепам). В случаях мусситирующего делирия и острых энцефалопатий введение психотропных средств противопоказано.

Лечение затяжных и хронических алкогольных психозов. В лечении затяжных и хронических алкогольных психозов следует придерживаться синдромального подхода. Препаратами выбора являются нейролептики. При затяжных и хронических галлюцинозах и параноиде назначается галоперидол или другие нейролептики - бутирофеноны. Алкогольный бред ревности лечится трифтазином.

Лечение психических нарушений постабстинентного периода. Вне зависимости от формы токсикоманий в постабстинентном периоде наиболее характерны аффективные, психопатоподобные и астенические расстройства. При ведущих аффективных расстройствах выбор делается между амитриптилином, мелипрамином, лудиомилом и леривоном. Неулептил и азалеπτин обнаруживают избирательную активность по отношению к психопатоподобным состояниям. При ведущих астенических явлениях эффективный результат может быть достигнут не спиртовыми формами адаптогенов (эксселекок, экстракт родиолы розовой сухой, препараты женьшеня и др.).

Противорецидивная терапия. Противорецидивная терапия также предусматривает коррекцию психических нарушений психофармакологическими средствами, но на первый план выступают психотерапия и социальная реабилитация. Целью психотерапии является формирование стойкой установки на прекращение наркотизации (алкоголизации). В отдельных случаях эффективными оказываются эмоционально-стрессовые суггестивные процедуры.

При алкоголизме сохраняют свою актуальность методики, основанные на назначении или имплантации препаратов дисульфирама (Эспераль). Дисульфирам при наличии в организме алкоголя блокирует распад ацетальдегида, вызывая тем самым токсико-аллергическую реакцию. Назначению дисульфирама должна предшествовать аверсивная психотерапия. Суть аверсивных методов заключается во введении в организм одновременно с алкоголем средств, вызывающих бурную вегетативную реакцию (например, рвоту). С этой целью используется апоморфин (0,2 - 0,5 мл 1% раствора). Антидотом при тяжелой реакции служат нейролептики - фенотиазины (аминазин, этаперазин). Менее выраженную реакцию вызывают магния сульфат и никотиновая кислота.

При опиатной наркомании для противорецидивной терапии используют селективный опиатный мю-антагонист налтрексон (трексан). Налтрексон блокирует центральные эффекты опиатов, тем самым профилактирует случайный срыв. Более слабый антагонистический эффект с опиатами был зарегистрирован у нифедипина (коринфар). Вместе с тем, эти методы вне комплексной психотерапии не эффективны. В отношении других токсикоманий методы фармакологической антидотной терапии остаются не разработанными.

Большую роль в предотвращении рецидива играют мероприятия по нормализации семейных отношений и социальной реадaptации.

Особенности наркологической помощи военнослужащим. Выборочные обследования контингентов военнослужащих показали, что среди офицерского состава преимущественное распространение получает злоупотребление алкоголем, а среди личного состава распространено злоупотребление различными психоактивными веществами. Сознательное и добровольное обращение военнослужащих за наркологической помощью не должно сопровождаться дисциплинарными взысканиями. Эпизодическое употребление психоактивных веществ и стойкая ремиссия при отсутствии выраженных личностных изменений является основанием для признания военнослужащих годными для прохождения военной службы. Повторные рецидивы, наличие психопатических проявлений и признаков интеллектуально-мнестического дефекта являются препятствием для продолжения военной службы и требуют соответствующего экспертного решения.

Уклонение военнослужащего от медицинской помощи, неэффективность воспитательных мер и, особенно, факты хранения и распространения наркотиков в воинском коллективе требуют жестких дисциплинарных решений или наказания в соответствии с действующим законодательством РФ.

Злоупотребление психоактивными веществами является самостоятельной проблемой современных локальных конфликтов. Хронический стресс, вызванный боевой обстановкой, создает предпосылки для формирования наркомании, которая в мирных условиях реализуется далеко не у всех комбатантов. Если допустить, что комбатанты в современных локальных конфликтах могут иметь свободный доступ к психоактивным веществам (эндемичные по наркомании районы, диверсионные акции по распространению наркотиков) и учесть причины повышенного спроса на наркотики в боевых условиях, то логично предположить, что эффективность директивных противонаркологических мероприятий в войсках будет невысокой. Это обстоятельство подтверждается данными С.В. Литвинцева [1994], показавшего, что несмотря на усиление мероприятий по борьбе с злоупотреблением психоактивными веществами личным составом в Афганистане, заболеваемость наркоманией продолжала расти. Вместе с тем, у комбатантов можно предупредить хронизацию наркоманического процесса сугубо медицинскими методами. Речь идет о доступной, своевременной и эффективной детоксикации и психопрофилактической работе с лицами, нуждающимися в наркологической помощи. Детоксикация должна быть обеспечена непосредственно в боевых условиях. Психопрофилактику целесообразно проводить при выводе контингента из очага конфликта в рамках широкой реабилитационной программы. Больных наркоманией с выраженными психическими нарушениями необходимо выделить в самостоятельную группу пациентов, нуждающихся в углубленном обследовании и специальном синдромальном лечении.

Симптоматические психозы.

Симптоматические психозы. включают в себя психотические состояния, возникающие в течение различных соматических или инфекционных болезней и интоксикаций; они рассматриваются в качестве одного из проявлений, в качестве симптома основного заболевания. Далеко не все психические нарушения, развивающиеся при соматогениях и интоксикациях, являются симптоматическими: нередко соматическая болезнь провоцирует эндогенное психическое заболевание (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и др.).

Краткая историческая справка. Первое описание психических расстройств, относимым ныне к симптоматическим психозам, принадлежит Гиппократу, который под названием

"phrenitis" описал состояние острой спутанности. К началу XX века утвердилось мнение о специфической симптоматике психозов при каждом психическом заболевании, о четкой зависимости клинической картины симптоматического психоза от характера вызвавшей его экзогении (Е.Краерелин), в последующем широкое распространение получила концепция К.Вонхоффер об общности психических реакций при различных экзогенных вредностях, о нозологически неспецифичных типах реагирования. "Экзогенный тип реакций", согласно его взглядам, включает в себя 5 типов неспецифических проявлений: оглушение, делирий, аменция, сумеречное помрачение сознания и острый галлюциноз. Интерес к симптоматическим психозам возрос после второй мировой войны и последующих войн в связи с изучением экзогений военного времени (раневые инфекции и др.), а также в силу введения в медицинскую практику новых терапевтических средств.

Распространенность. Истинная распространенность симптоматических психозов в настоящее время неизвестна.

Этиология и патогенез. Этиология связана с тремя основными группами взаимодействующих факторов: соматическими заболеваниями, инфекциями и интоксикациями. Действие экзогенных факторов реализует, по мнению И.В. Давыдовского и А.В. Снежневского, существующую в организме предрасположенность к формированию тех или иных психических расстройств. Патогенез остается малоизученным, одна и та же вредность может вызвать и острые, и затяжные психозы, а в тяжелых случаях привести к органическому поражению головного мозга. Интенсивная, но непродолжительная экзогения чаще вызывает острые психозы, а длительное воздействие более слабой экзогении приводит к формированию затяжных симптоматических психозов, структура которых, подчас, приближается к эндогенным психозам. Несомненную роль играет и возраст, по мере которого происходит усложнение психопатологических расстройств; старческому возрасту присущи abortивные делирии на фоне тяжелой соматической картины.

Клиника. Симптоматические психозы в зависимости от продолжительности и интенсивности действующей на организм вредности, от состояния реактивности организма, разделяются на острые и затяжные.

Острые симптоматические психозы чаще протекают с помрачением сознания, длятся от нескольких часов до 2-3 суток и не оставляют после себя каких-либо выраженных, длительных последствий. Продромальный период характеризуется астеническими расстройствами (головная боль, вялость или двигательное беспокойство, гиперестезия, плохой сон и т.д.) и аффективными нарушениями (тревожность, подавленность, страхи). При остром возникновении психоза ведущими являются следующие клинические картины: оглушение, делирий, аментивноподобные состояния ("астеническая спутанность"), сумеречное помрачение сознания с эпилептиформным возбуждением, онейроидные и онейроидноподобные состояния ("бодрствующие сновидения"), а также острые вербальные галлюцинозы. По выходе из острого симптоматического психоза наблюдаются явления астении (церебрастении) или состояния эмоционально-гиперестетической слабости разной степени выраженности.

Затяжные симптоматические психозы наблюдаются при длительном неблагоприятном течении основного заболевания или при постепенном выходе из состояния тяжелого отравления. Они могут с самого начала развиваться как самостоятельные формы психических расстройств или сменять предшествующие состояния помрачения сознания. Имея продолжительность от 2 недель до 2-3 месяцев, эти психозы заканчиваются длительными астеническими состояниями или, реже, сменяются малообратимыми

психоорганическими синдромами. Наиболее характерные формы затяжных симптоматических психозов - депрессивные и маниакальные, депрессивно-параноидные и галлюцинаторно-параноидные состояния, апатический ступор, конфабулёз и транзиторный корсаковский синдром.

В клинической картине симптоматических психозов наряду с общими проявлениями имеются и некоторые особенности, типичные для отдельных соматических или инфекционных заболеваний и интоксикаций.

Симптоматические психозы при соматических неинфекционных заболеваниях

Сердечная недостаточность. Остро развивающаяся сердечная недостаточность может сопровождаться ощущением страха различной степени, выраженной астенией, гиперестезией, хроническая - апатией, вялостью, дисмнестическими расстройствами, иногда - эйфорией. Психическое состояние в динамике зависит от состояния соматического.

Инфаркт миокарда. В острой стадии - страх, тревога; в подострой - легкая оглушенность; возможны сенестопатии, "двойная ориентировка", неадекватная эйфория; в стадии улучшения - мнительность, ипохондричность или легкая эйфория при недопонимании степени тяжести соматического состояния.

Психические нарушения после операции на сердце. Астено-адинамические расстройства непосредственно вслед за операцией, в последующие несколько месяцев - ипохондричность, раздражительная слабость, аффективная лабильность. Через несколько лет астенические и невротоподобные расстройства подвергаются полной или частичной редукции. Острые психозы в виде делирия, аменции, депрессивно-параноидных и галлюцинаторно-параноидных состояний развиваются, как правило, между 3-м и 12-м днем после операции; возможны суицидные тенденции.

Злокачественные опухоли. Характерны выраженные астенические расстройства с аффективной лабильностью. Если диагноз становится известным больному - возможны реактивные состояния с суицидальными тенденциями. При нарастании кахексии или вскоре после оперативного вмешательства возможно развитие психозов в виде неглубокого делирия, в тяжелых случаях - в виде делирия мусситирующего, аменции, депрессивных или бредовых состояний.

Ревматизм. Динамические и полиморфные психические нарушения зависят от стадии ревматического процесса. В активной фазе наблюдаются астенические и эмоциональные нарушения, возможны делириозные состояния, оглушение, психосенсорные расстройства. При ревматической хоре на фоне астении - расторможенность поведения с обострением влечений, эйфорией, возможны депрессивные и маниакальные состояния. Церебральный уровень поражения может сопровождаться депрессивно-параноидной симптоматикой с тревогой и ажитацией, эпилептиформными состояниями и псевдопаралитическими расстройствами.

Почечная недостаточность. Для декомпенсации соматического состояния характерны астено-адинамические расстройства. При тяжелых формах уремического токсикоза возможны оглушение, делирий, аменция. В последующем возможно формирование психоорганического синдрома с эпилептиформными расстройствами.

Системная красная волчанка. Психические расстройства встречаются довольно часто, характерен их полиморфизм. При полисиндромальном проявлении основного заболевания наблюдаются аффективные, аффективно-бредовые, онейроидно-кататонические состояния. Лихорадочный синдром может сопровождаться делирием. Претерминальные состояния характеризуются оглушением, переходящим в сопор и кому.

Симптоматические психозы при инфекционных заболеваниях

Характерны острые симптоматические психозы с делириозными, тревожно-депрессивными и эпилептиформными состояниями и затяжные в виде депрессивных и шизофреноподобных картин. Психические нарушения возникают обычно на высоте инфекции, в периоды эпидемий и протекают на выраженном астеническом фоне. Исходы в тяжелых случаях - психопатоподобные состояния органического генеза или выраженный органический психосиндром.

Вирусные пневмонии. Чаще встречаются острые делириозные и делириозно-онейроидные психозы, а также затяжные психозы в виде сложных депрессий с ажитацией, тревогой, бредом инсценировки и ложными узнаваниями. Возможны галлюцинаторно-бредовые состояния.

Инфекционный гепатит. Характерны весьма разнообразные психические расстройства: депрессии с раздражительностью и адинамией, состояния гиперестезии и эмоциональной лабильности, дисфорические реакции. При неблагоприятном течении - стойкие психопатоподобные состояния с истерическими расстройствами, в случаях токсической энцефалопатии - выраженный психоорганический синдром.

Туберкулез. Наблюдаются выраженные астенические расстройства с раздражительной слабостью, слезливостью. В случаях с далеко зашедшим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких часто отмечается повышенный фон настроения с налетом эйфории, беспечностью, легкостью суждений, реже - мнительность, фиксация на болезни. Психозы редки.

Послеродовые (пуэрперальные) психозы. В нозологическом отношении - неоднородная группа; эти психозы могут быть симптоматическими (в связи с послеродовыми соматическими процессами) и эндогенными (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз), спровоцированными беременностью и родами. Чаще наблюдаются делирий, вербальный галлюциноз и тревожная депрессия, а также аменция с кататоническими включениями и маниакальные состояния со спутанностью. Возникновение психоза спустя 2 недели и более после родов при неосложненном послеродовом периоде и развитие аменции вслед за кататоническим возбуждением более свойственно шизофрении.

Симптоматические психозы при интоксикациях

В эту группу включаются психические нарушения при отравлениях лекарственными средствами или промышленными и бытовыми химическими веществами.

АКТГ и кортизон. Психические нарушения развиваются поэтапно: от нарушений сна, повышенного настроения и двигательного оживления к выраженному маниакальному состоянию со стойкой бессонницей (реже - депрессии с заторможенностью или ажитацией) и, далее - маниакальные состояния со спутанностью, депрессивные, галлюцинаторно-параноидные синдромы. Возможны делириозные и аментивные картины, а также эпилептиформные состояния.

Астматол. Начальные проявления интоксикации - астения, сонливость нарушения зрения и затруднения при ходьбе. Характерны острые психозы: делирий с микроптическими зрительными галлюцинациями, острый вербальный галлюциноз. Психические нарушения сопровождаются хаотичным двигательным возбуждением, выраженной гиперемией лица, мидриазом, невнятность и смазанность речи.

Атропин. При интоксикации - тахикардия, сухость во рту, мидриаз, общий тремор, паралич аккомодации. Характерны делирий с выраженным возбуждением и изменчивым аффектом, а также оглушение, переходящее в сопор и кому.

Барбитураты. При передозировке - оглушение с беспорядочным двигательным возбуждением, реже - делириозные или аментивные эпизоды, заканчивающиеся сном. В тяжелых случаях возможен переход в кому, выход из которой часто сопровождается другими психическими нарушениями (расторженность, дурашливость, аффективные расстройства). При внезапном прекращении длительного злоупотребления барбитуратами возможно развитие эпилептиформных припадков или коматозных состояний.

Кофеин. Передозировка препарата вызывает повышенную двигательную-речевую активность, общее возбуждение, которые сменяются вялостью, сонливостью. Возможны острые психозы в виде делирия или эпилептиформных состояний.

Циклодол. При передозировке в 2-3 раза - эйфория с возможным, в последующем, сужением сознания, когда характерными становятся ощущение полета и яркие зрительные галлюцинации ("мультики").

Ацетон. На фоне астении, шаткой походки, тошноты и рвоты возникают затяжные делирии или депрессивные состояния. При хроническом отравлении возможно развитие психоорганического синдрома.

Бензин. Острое отравление сопровождается эйфорией или астенией с тошнотой, рвотой, головными болями. В последующем возможно развитие делирия и онейроида, переходящих в сопор и кому. Наблюдаются судороги, параличи.

Оксид углерода. В остром периоде интоксикации - оглушение, возможен делирий. Спустя несколько дней, на фоне внешнего благополучия нередко развивается психопатоподобные расстройства, корсаковский синдром, явления паркинсонизма, афазии и агнозии.

Ртуть. При хронической интоксикации - стойкие психопатоподобные расстройства с аффективной лабильностью, слабодушием или эйфорией, снижением критики. В тяжелых случаях - аспонтанность, вялость, дизартрия, тремор, атаксическая походка.

Тетраэтилсвинец. Выраженная картина общего отравления, гиперкинезы и интенционный тремор, атаксическая походка. Из психических нарушений - симптом "постороннего тела во рту" (ощущение во рту волос, тряпок и т.д., от которых больной постоянно пытается освободиться), возможны оглушение, делирий-эпилептиформные припадки. При хронической интоксикации - корсаковский и псевдопаралитический синдромы.

Фосфор и фосфорорганические соединения. При приеме больших количеств на фоне астенических расстройств - светобоязнь, фотопсии, судорожные явления, неукротимая рвота с запахом чеснока (рвотные массы светятся в темноте). Хроническая интоксикация

фосфором может сопровождаться затяжными симптоматическими психозами в виде галлюцинаторно-параноидных состояний или кататонического ступора.

Диагностика. Диагностика симптоматических психозов основана на распознавании ведущего заболевания (или интоксикации) и выявлении психопатологических расстройств экзогенного типа (помрачение сознания, сквозная астения). Необходимо выявить отчетливую связь между динамикой основного заболевания и психопатологическими расстройствами. Дифференциальная диагностика затяжных симптоматических психозов проводится, в основном, с приступами шизофрении или фазами маниакально-депрессивного психоза, при которых экзогенные факторы играют провоцирующую роль; эндогенная структура психоза выявляется по мере дальнейшего развития приступа и особенностям выхода из психотического состояния.

Лечение. Лечение симптоматических психозов направлено, в первую очередь, на терапию основного заболевания, на устранение основной причины. Кратковременные психические расстройства не требуют перевода в психиатрическое отделение, но лечение психоза должно проводиться под контролем психиатра. Острый психоз с помрачением сознания свидетельствует о серьезном осложнении основного заболевания, решение о переводе больного принимается с учетом соматического состояния больного. При наличии противопоказаний со стороны соматики изолировать психически больного от других пациентов, обеспечив круглосуточный надзор с соответствующими инструкциями медперсоналу. Больным с затяжными формами симптоматических психозов показано лечение в условиях психосоматического отделения психиатрического или общесоматического стационаров. При невозможности перевода больного в психиатрический стационар лечение и соответствующий надзор должны быть обеспечены по его месту нахождения. Лечение симптоматических психозов требует в каждом конкретном случае коррекции и терапии в соответствии с тяжестью соматического состояния пациента. Наряду с психотропными средствами (антидепрессанты, нейролептики, транквилизаторы) проводится дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапия на фоне лечения основного заболевания.