

АЛКОГОЛИЗМ

Алкоголизм – заболевание, обусловленное систематическим употреблением спиртных напитков; проявляется постоянной потребностью в опьянении, расстройством психической деятельности, соматическими и неврологическими нарушениями, падением работоспособности, утратой социальных связей, деградацией личности.

Симптомы, течение. Возникает вследствие регулярного употребления спиртных напитков, однако, полностью сформировавшись, может продолжать развиваться и при воздержании от алкоголя. Характеризуется четырьмя синдромами, последовательное развитие которых определяет стадии болезни. *Синдром измененной реактивности*: изменение переносимости спиртных напитков, исчезновение защитных реакций при передозировке алкоголя, способность к систематическому употреблению спиртного и извращение его действия, амнезии на период опьянения. *Синдром психической зависимости*: влечение к опьянению – так называемое психическое обсессивное (навязчивое), психический дискомфорт в трезвом состоянии и улучшение психических функций в состоянии опьянения. *Синдром физической зависимости*: физическая (неудержимая) потребность в опьянении, потеря контроля за количеством выпитого спиртного, проявления абстиненции, улучшение физических функций в состоянии опьянения. *Синдром последствий* хронической интоксикации в психической, неврологической, соматической сферах и в социальной деятельности. Психические последствия: астения, психопатизация, снижение личности (огрубение, утрата интересов, нравственных ценностей), аффективные расстройства (колебания настроения, депрессии, дисфории) с агрессивностью и суицидальными тенденциями, в далеко зашедших случаях – деменция (слабоумие); характерное проявление – так называемый алкогольный юмор (плоский, грубый, бестактный); могут возникать психотические состояния – острые (делириозный, галлюцинаторно-параноидный синдромы) и хронические (галлюциноз, бред ревности, корсаковский психоз). Неврологические последствия: острые мозговые (так называемые дисциркуляторно-токсические синдромы) – эпилептиформный, Гайе – Вернике, мозжечковый, стриопаллидарной недостаточности; периферические невриты, атрофия зрительного, слухового нервов (особенно при употреблении суррогатов). Соматические последствия: поражение сердечнососудистой системы, органов дыхания, желудка, печени и поджелудочной железы, почек, полигlandулярная недостаточность эндокринной системы, иммунное истощение.

Высока заболеваемость, смертность (укорочение жизни на 15-20 лет). Характерны травматизм (нередко с отставленным обращением за помощью с целью сокрытия опьянения), снижение трудоспособности (вследствие беспечности, нарушения дисциплины, отсутствия желания работать, потери навыков, бестолковости, суетливости). Время появления синдрома последствий хронической интоксикации зависит не только от стадии болезни, давности и степени злоупотребления алкоголем, но и от конституциональной ранимости отдельных систем организма; социальные последствия – от условий труда и быта.

Продром. На фоне бытового пьянства уменьшаются токсические признаки опьянения (в том числе и наутро – головная боль, разбитость, отсутствие аппетита, расслабленность); снижается седативное действие алкоголя; и в опьянении, и в трезвом состоянии поднимаются жизненный тонус, двигательная активность, настроение; не нарушаются аппетит, сон, половая сфера. Прием алкогольных напитков в светлое время суток не вызывает дискомфорта; сохраняются чувство насыщения в опьянении, рвота при передозировке, но наутро после передозировки исчезает отвращение при воспоминании о спиртном. Подъем жизненного тонуса может сменяться длительными

периодами раздражительности, конфликтное(tm) (что снимается в состоянии опьянения).

Первая стадия (длительность от 1 года до 4-5 лет). Синдром измененной реактивности: возрастание в 4-5 раз переносимости спиртного, способность ежедневного приема высоких доз, исчезновение рвоты при передозировке, выраженный активирующий эффект спиртного при сохраненном седативном, забывание отдельных эпизодов периода опьянения (палимпсесты). Синдром психической зависимости: постоянные мысли о спиртном, подъем настроения в предвкушении выпивки, чувство неудовлетворенности в трезвом состоянии. Влечение еще поддается контролю. В умеренной степени опьянения психические функции ускоряются, но некоторые из них с утратой качества (напр., поверхностность, отвлекаемость при расширенном объеме внимания). Синдром физической зависимости отсутствует, синдром последствий интоксикации может ограничиваться астеническими проявлениями, временными соматоневрологическими дисфункциями с неспецифической симптоматикой.

Вторая стадия (длительность 5-15 лет). Синдром измененной реактивности: максимальная переносимость спиртного; пьянство ежедневное, перерывы объясняются внешними обстоятельствами (отсутствие денег, конфликт) и создают впечатление периодичности так называемые псевдозапой. Седативный эффект алкоголя исчезает, наблюдается только активирующий. Палимпсесты сменяются полной амнезией конца опьянения при внешней упорядоченности поведения в отличие от амнезии у неалкоголика, возникающей при сопорозном опьянении с обездвиженностью; вначале амнезия возникает при приеме высоких доз. Синдром психической зависимости: психическое благополучие зависит от постоянства интоксикации; в трезвом состоянии – дезорганизация* психической деятельности, неспособность к умственной работе; влечение, занимавшее мысли, определявшее уmonoстроение и чувства, теперь подавляется интенсивной физической зависимостью. Синдром физической зависимости: неудержимое влечение к алкоголю, диктующее поведение, искажающее представления о нравственных ценностях, взаимоотношениях.

В трезвом состоянии больной расслаблен, подавлен, раздражителен, неработоспособен. Прием спиртного восстанавливает физические функции, но утрата контроля обычно ведет к чрезмерному опьянению. Резкий обрыв пьянства вызывает абстинентный синдром в форме симпатико-тонического перевозбуждения в психической и соматоневрологической сферах: экзофтальм, мидриаз, гиперемия верхней части туловища, пастозность, крупный горячий пот, тремор пальцев, кистей рук, языка, век, серо-коричневый, густой налет на языке, тошнота, рвота, послабление кишечника, задержка мочи, отсутствие аппетита, бессонница, головокружение и головная боль, боль в области сердца, печени. Нарастание тревоги, ночное беспокойство, судорожный припадок могут быть предвестниками острого психоза.

Синдром последствий интоксикации в психической сфере представлен снижением уровня личности, потерей творческих возможностей, ослаблением интеллекта, психопатизацией, аффективными расстройствами. Бредовые идеи ревности, высказываемые вначале только в состоянии опьянения, в дальнейшем могут перейти в стойкий бред, крайне опасный для больного и его близких. При неврологическом исследовании отмечаются невриты, скотомы, сужение полей зрения, снижение слуха на определенные частоты, атактические расстройства, нистагм, нарушение точности и координации движений, возможны мозговые острые синдромы. При соматическом исследовании - поражение сердечнососудистой системы, печени и др. Любое интеркуррентное заболевание, травма, оперативное вмешательство могут осложниться острым алкогольным психозом (делириозный синдром). Высокая переносимость алкоголя создает перекрестную толерантность к некоторым средствам для наркоза.

Третья стадия (длительность 5-10 лет). Синдром измененной реактивности: снижение переносимости спиртного. Многодневное пьянство заканчивается психофизическим истощением (истинные запои) с последующим воздержанием от нескольких дней до нескольких месяцев, возможно сохранение систематического (ежедневного) пьянства, глубокое опьянение достигается малыми дозами. Активирующее действие алкоголя снижается, он лишь умеренно выравнивает тонус, практически каждое опьянение заканчивается амнезией. Синдром психической зависимости: выраженность симптоматики незначительна ввиду наступивших к этому времени грубых психических изменений. Синдром физической зависимости: неудержимое влечение определяет жизнь больного; отсутствие количественного контроля в сочетании с упавшей переносимостью нередко приводит к смертельным передозировкам. Интенсивное влечение проявляется и утратой ситуационного контроля (нет критики по отношению к месту, обстоятельствам, компании собутельников), чему способствует наступившая утрата интеллектуальных возможностей.

Абстинентный синдром представлен в основном вегетативными расстройствами: вялость, обездвиженность, падение сердечнососудистого тонуса, бледность, цианоз, холодный пот, запавшие глаза, заострившиеся черты лица, мышечная гипотония, атактические нарушения (вплоть до невозможности самостоятельно передвигаться). Синдром последствий интоксикации: не только функциональные, но и органические поражения жизненно важных систем, в генезе которых, помимо собственно токсического воздействия, играют роль обменно-трофические расстройства, энзимопатии, нейромедиаторная дисрегуляция и пр. Наблюдаются опустошение психики, утрата эмоциональной гаммы, примитивные аффекты (жестокость, злоба), проявление которых смягчается лишь падением возбудимости и волевым обеднением. Колебания эмоционального фона чаще выглядят как дисфории, а не как депрессии. Деменция нередко представлена псевдопаралитическими проявлениями. Возможны хронический галлюциноз, алкогольная парафрения и бред ревности. Больной не способен к организованной продуктивной деятельности, нуждается в понуждении и контроле. При неврологическом исследовании - энцефалопатии и полиневриты; до 20% старых пьяниц страдают эпилептическим синдромом, иногда развивается острый синдром Гайе - Вернике, опасный для жизни. Соматическое обследование обнаруживает патологию всех систем и органов; характерно сочетание кардиомиопатии и поражения печени.

Диагноз. Больные выглядят старше своих лет, волосы взлохмаченные, тусклые. Лицо вначале равномерного розоватого цвета (что в сочетании с пастозностью производит впечатление "распаренности"), с годами становится гиперемированным. При воздержании гиперемия постепенно исчезает, и на фоне бледности проступают телеангиэктазии на крыльях носа, щеках, шее, верхней части груди. Тургор кожи утрачен. Тонус мышц восстанавливается при приеме спиртного. Расслабленность круговой мышцы рта придает особый облик мимической слабости, волевой распушенности. Часто отмечается небрежность в одежде, нечистоплотность.

Многосистемность поражений дает возможность врачам всех специальностей ставить диагноз алкоголизма. Поданным европейских авторов, от 20 до 40% всего коечного фонда занято больными алкоголизмом и лицами, состояние которых утяжелилось вследствие злоупотребления спиртными напитками. Поведение алкоголика в стационаре характерно: беззаботность, легкомыслие, отсутствие адекватной реакции на свое состояние и чувства дистанции в общении с персоналом, другими пациентами, нарушение режима, в том числе употребление спиртных напитков; визиты нетрезвых посетителей.

Не только частые обращения больного к врачу (при алкоголизме до 10-12 обращений в год), но и особенности его поведения и личности должны помочь

участковому врачу заподозрить алкоголизм и направить больного на консультацию к наркологу. Наличие в семье психосоматических расстройств, невротизация и даже психопатизация непьющего супруга с большой частотой встречаются в семьях алкоголиков. Показательна патология детей, что замечают внимательные педиатры. Женщины-алкоголички, продолжающие употребление спиртных напитков во время беременности, рожают так называемый алкогольный плод (алкогольный синдром плода) с грубыми морфологическими нарушениями: неправильные размеры головы и соотношения головы, тела, конечностей, лицевой и мозговой частей черепа; шарообразные или глубоко посаженные глаза, широкая переносица, утопленное основание носа, недоразвитие челюстных костей, укорочение трубчатых костей и т. д.

Дети злоупотребляющих алкоголем родителей часто страдают врожденной малой мозговой недостаточностью (избыточная подвижность, отсутствие сосредоточенности, стремление к разрушению, агрессивность), у них замедляется или оказывается неудовлетворительным моторное, психическое развитие, овладение практическими навыками. Во всех случаях при пьянстве родителей дети растут в психотравмирующей ситуации, обнаруживают признаки невротизации (логоневроз, энурез, ночные страхи), расстройства поведения (упрямство, агрессивность, побеги из дома) и эмоций (тревога, депрессия, суицидальные попытки); психическое развитие их нарушено, обязательны трудности обучения и контактов со сверстниками.

Лабораторный анализ подтверждает факт хронической алкогольной интоксикации: высокая и колеблющаяся при 2-3-кратном в течение 1 недели -10 дней активность комплекса ферментов ГГТ, АСТ, АЛТ (наиболее часто и значительно повышается активность ГГТ в сочетании с АСТ); колебания активности свидетельствуют в пользу интоксикационной природы отклонений и позволяют отличить их от ферментопатий как соматической патологии. При воздержании в периоде бытового пьянства или продрома активность ферментов возвращается к норме; сформированное заболевание удерживает высокую активность ГГТ, АЛТ и АСТ до полугода. В далеко зашедших случаях алкоголизма ферментные показатели нередко остаются в пределах нормы (истощение функциональных ответов), но на этом этапе болезни диагноз затруднений не вызывает. Показателем хронической алкогольной интоксикации служит и увеличение корпускулярного объема эритроцитов.

Лечение проводится в наркологических диспансерах и больницах, в специализированных отделениях и палатах психиатрических больниц врачами-наркологами и психиатрами. Задачами лечения являются снятие абстинентного синдрома, последствий интоксикации, подавление влечения, создание невозможности (сенсбилизация, условнорефлекторное отвращение) употреблять спиртное, изменение отношения к пьянству (психотерапевтическая переориентация, гипноз). Отказ от лечения требует принудительного направления в ЛТП. Лечение в общемедицинской сети нерезультативно. Исключение составляют острые соматоневрологические расстройства, интеркуррентные заболевания. Больным алкоголизмом противопоказано симптоматическое назначение успокаивающих и снотворных средств ввиду опасности поли-токсикомании.

В общемедицинской сети возможны случаи развития острого алкогольного психоза, который должен быстро купироваться введением больного в сон (в/в тизерцин, седуксен, элениум, другие бензодиазепины, 2-4-кратная терапевтическая доза барбитуратов; в/м гаоперидоп, хлорпроксен, триседил, литические смеси с аминазином, амитриптилин; оксибутират натрия перорально и в/в, хлоралгидрат в клизме); при этом необходима дегидратация и поддержание сердечнососудистой деятельности.

Прогноз зависит от давности и интенсивности злоупотребления, вида спиртных напитков, приема суррогатов, характера последствий интоксикации. Смерть наступает в

результате декомпенсации жизненно важных систем в связи с запоем, эксцессом, абстинентным состоянием, интеркуррентными заболеваниями, при которых смертность алкоголиков в 3-4 раза превышает среднюю. Антиалкогольное лечение лишь на определенном этапе приостанавливает развитие болезни. В запущенных случаях психическая и соматоневрологическая инвалидизация нарастает, несмотря на воздержание от спиртных напитков, вследствие возникшего дефицита нейроэндокринной регуляции, глубоких расстройств обмена веществ, питания, органной патологии (атрофия мозговой ткани, дисфункция печени, поджелудочной железы и т. д.). Прогноз не улучшается при начале злоупотребления в зрелом возрасте, так как здесь соматоневрологические нарушения нередко опережают развитие собственно алкогольной наркоманической симптоматики и психических расстройств.

Истерический синдром

Истерический синдром чаще всего возникает в экстремальных или конфликтных ситуациях; включает обратимые по своей природе нарушения, отличающиеся разнообразием симптомов и их сочетаний и нередко имитирующие проявления различных неврологических и соматических заболеваний (парезы, параличи, гиперкинезы, алгии, анестезии, слепота, глухота, спазмы, обмороки, припадки, яркие образные видения, расстройства сознания и др.). Отличительной чертой истерической симптоматики является театральность, демонстративность проявлений. Их возникновение нередко сопровождается бурным, обычно неадекватным силе психогенного раздражителя выражением чувств и чрезмерной аффектацией - истерическим припадком, который длится от нескольких минут до нескольких часов и характеризуется разнообразными двигательными проявлениями, иногда выгибанием всего тела с опорой на затылок и пятки ("истерическая дуга"), криками и рыданиями, вегетативными расстройствами и помрачением сознания.

В отличие от эпилептического припадка при истерических пароксизмах не наблюдается внезапного падения (больные опускаются постепенно), сохранены реакции зрачков на свет, а также ресничные и роговичные рефлексы, обычно не бывает прикуса языка и непроизвольного мочеиспускания. Истерические симптомы могут сочетаться с другими невротическими проявлениями – фобиями, навязчивостями, сенестопатическими-ипохондрическими и аффективными расстройствами. Истерическая симптоматика чаще всего наблюдается при психогениях (реактивные психозы, неврозы), но может возникать и при других заболеваниях (шизофрения, инволюционные психозы и др.).

Истерические состояния проявляются либо преимущественно психотическими расстройствами (см. *Реактивные психозы*), либо главным образом нарушениями в неврологической и соматической сферах (см. *Неврозы*).

К типичным истерическим симптомам относятся следующие: психогенная рвота, часто сочетающаяся со спазмом пилорического отдела желудка, что внешне протекает как картина острого живота; истерический метеоризм с явлениями ложной беременности; сердцебиения, тягостные болевые ощущения в области сердца, имитирующие приступ стенокардии или инфаркт миокарда; спазмы в горле, сопровождающиеся одышкой и чувством нехватки воздуха, напоминающие проявления бронхиальной астмы (псевдоастматические приступы). Формирование истерических расстройств, имитирующих физическое страдание, нередко идет по пути воспроизведения (по механизму подражания или отождествления) симптомов болезни, которые можно было наблюдать в течение длительного периода времени у конкретного больного (обычно недавно умершего, чаще всего близкого родственника).

Маниакально-депрессивный психоз

Маниакально-депрессивный психоз (МДП) (циркулярный психоз, циклофрения) – заболевание, проявляющееся периодическими маниакальными и депрессивными состояниями (фазами), обычно разделенными интермиссиями; не приводит к формированию психического дефекта.

Этиология, патогенез. Большую роль играют наследственное предрасположение и конституциональные факторы. Чаще всего заболевают лица циклоидного и психастенического склада. Определенное значение имеют также дисфункция подбугорной области и патология эндокринной системы. Женщины болеют чаще мужчин. Первые приступы могут возникать как в пубертатном периоде, так и в старости. В большинстве случаев болезнь начинается в 3-5-м десятилетии жизни.

Симптомы, течение. Выраженность аффективных расстройств (см. *Аффективные синдромы*) варьирует от легких нарушений (циклотимия), которые обычно лечат в амбулаторных условиях, до тяжелых депрессий и маний, требующих срочной госпитализации. Для МДП типично полное обратное развитие болезненных нарушений, возвращение к состоянию, которое было до болезни. Реже, уже после неоднократных рецидивов, в период ремиссии, также отмечаются остаточные психопатологические проявления главным образом в виде стертых гипоманиакальных и субдепрессивных расстройств. Число фаз на протяжении болезни очень различно. Длительность фаз - от 1 недели до 1-2 лет и более, средняя продолжительность - 6-12 мес. Светлые промежутки в некоторых случаях могут отсутствовать (так называемое континуальное течение болезни), но обычно они измеряются месяцами, годами и даже десятилетиями. Биполярное течение - смена депрессивных и маниакальных фаз - наблюдается в $\frac{1}{3}$ случаев. Чаще всего заболевание протекает в виде периодических депрессий.

Диагноз МДП основывается на аутохтонном возникновении и последующем рецидивировании аффективных фаз, на типичной для эндогенных аффективных расстройств картине мании и депрессии и наличии среди родственников лиц с циклотимическими проявлениями или больных МДП. Фазы МДП необходимо дифференцировать от эндогенно, психогенно, конституционально (фазы у психопатов) и соматогенно обусловленных аффективных состояний. Отграничение МДП от периодической шизофрении основывается на отсутствии в момент приступа галлюцинаций, бредовых идей отношения, преследования и формальных расстройств мышления. В трудных для дифференцировки случаях поставить диагноз МДП удастся лишь при длительном наблюдении, если в развитии заболевания не нарастают изменения личности.

Лечение депрессивных состояний проводят антидепрессивными средствами (амитриптилин, мелипрамин, пиразцол, инканзан по 50-300 мг/сут). В тяжелых случаях показано парентеральное (в/м, в/в капельное) введение препаратов. При резистентных к психотропным средствам депрессиях проводят электросудорожную терапию. При гипоманиакальных состояниях эффективны транквилизаторы [диазепам (седуксен), оксазепам (тазепам), хлордиазепоксид (элениум) по 5-40 мг/сут, феназепам по 1-3 мг], нейролептики в небольших дозах, соли лития (карбонат лития по 900-1200 мг/сут). Маниакальные состояния купируются нейролептиками (аминазин по 100-400 мг/сут, галоперидол по 6-20 мг/сут, трифтазин по 20-50 мг, лепонекс по 50-200 мг, сонапакс, хлорпротиксен по 100-300 мг/сут). При явлениях маниакального возбуждения показано в/м введение препаратов (аминазин, галоперидол, трифтазин).

Прогноз в большинстве случаев благоприятный. При депрессивных фазах он осложнен в связи с опасностью суицидальных попыток. Основным средством предупреждения последующих аффективных фаз является превентивная терапия (в течение нескольких лет) солями лития и финлепсином. Соли лития дают под контролем

содержания лития в крови (оптимальное содержание его, обеспечивающее профилактический эффект, составляет 0,4-0,8 ммоль/л).

Навязчивые состояния (обсессии)

Навязчивые состояния (обсессии) характеризуются непроизвольным и непреодолимым возникновением мыслей, представлений, сомнений, страхов, влечений, двигательных актов. Появление навязчивостей субъективно неприятно, происходит при сохраняющемся (в отличие от бреда) понимании болезненности этих нарушений и критическом к ним отношении. Наблюдаются при неврозах, шизофрении, органических заболеваниях ЦНС. Выделяют обсессивные состояния (навязчивые мысли, идеи, представления), навязчивые страхи (фобии) и компульсивные расстройства (навязчивые влечения и действия).

Обсессивные состояния разделяют на навязчивости с аффективно нейтральным содержанием и навязчивости, сопровождающиеся тягостным аффектом. Аффективно нейтральные навязчивости – это чаще всего так называемое бесплодное мудрствование (умственная жвачка) с непроизвольно возникающими представлениями типа неразрешимых вопросов (почему земля круглая и т. д.), а также навязчивый счет, навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен. Навязчивости, сопровождающиеся тягостным аффектом, – это контрастные, хульные мысли, яркие, образные овладевающие представления. Больные испытывают непреодолимую потребность выкрикивать циничные слова, представлять в деталях обстоятельства внезапной смерти родственников и т. п. При навязчивых сомнениях преобладают неотвязные мысли о правильности обычно уже принятых решений или совершенных действий (заперли дверь, выключил ли газ).

Навязчивые страхи (фобии) разнообразны по содержанию. Чаще всего наблюдаются боязнь открытых пространств и закрытых помещений (агорафобия, клаустрофобия), страх транспорта, страх возможности выполнения каких-либо привычных функций (глотание, мочеиспускание, половой акт и др.), связанный с тревожными опасениями неудачи. Наряду с этим нередко отмечают страх публичных выступлений, боязнь покраснеть (эреитофобия), проявить неловкость или замешательство в обществе, а также разнообразные нозофобии (кардиофобия, канцерофобия, боязнь сойти с ума и др.). Иногда наблюдается боязнь возникновения навязчивых страхов (фобофобия).

Компульсивные расстройства проявляются навязчивым влечением к совершению бессмысленных, а иногда опасных действий, обычно противоположных чувствам и желаниям больного (контрастные влечения), таких, как желание нанести повреждения кому-либо из близких, прыгнуть с высоты или броситься под поезд. Подобные навязчивые влечения сопровождаются мучительными опасениями возможности их осуществления, но, как правило, не реализуются.

Навязчивые действия совершаются против желания, напоминают естественные, но утратившие свой смысл жесты и движения. Больные с такими привычными, повторяющимися движениями могут трясти головой, словно проверяя, хорошо ли сидит головной убор, производить движения рукой, как бы отбрасывая мешающие волосы, расправлять складки одежды и др.

Ритуалы - навязчивые движения и действия, имеющие значение заклинания и носящие защитный характер. Ритуалы обычно выступают совместно с фобиями, навязчивыми сомнениями и опасениями для предупреждения мнимого несчастья (например, гибели близких) или преодоления навязчивого сомнения (например,

сомнения в благополучном исходе предстоящих на службе мероприятий). При этом в определенном порядке совершается ряд навязчивых действий - движение лишь по определенным маршрутам, использование при поездках в транспорте только головных вагонов и т. п. Выполнение ритуала обычно сопровождается чувством облегчения.

Неврозы

Неврозы – наиболее распространенный вид психогений (болезненных состояний, обусловленных воздействием психотравмирующих факторов); они характеризуются парциальностью психических расстройств (навязчивые состояния, истерические проявления и др.), критическим отношением к ним, сохранностью сознания болезни, наличием соматических и вегетативных нарушений.

Развитие неврозов происходит по-разному. Наряду с кратковременными невротическими реакциями нередко наблюдается и затяжное течение их, не сопровождающееся, однако, выраженными нарушениями поведения. Невротические реакции обычно возникают на относительно слабые, но длительно действующие раздражители, приводящие к постоянному эмоциональному напряжению или внутренним конфликтам (события, требующие трудных альтернативных решений, ситуации, порождающие неопределенность положения, представляющие угрозу для будущего). Наряду с психогенными воздействиями важная роль в генезе неврозов принадлежит конституциональному предрасположению.

Выделяют три типа неврозов: *неврастения*, *невроз навязчивых состояний*, *истерия*.

Неврастения (астенический невроз). На первом месте в клинической картине стоят астенические проявления: повышенная психическая и физическая утомляемость, рассеянность, рассредоточенность, снижение работоспособности, потребность в длительном отдыхе, не дающем, однако, полного восстановления сил. Наиболее типичны жалобы на упадок сил, отсутствие бодрости, энергии, на пониженное настроение, разбитость, слабость, непереносимость обычных нагрузок. Повышенная психическая истощаемость сочетается с чрезмерной возбудимостью (явления раздражительной слабости), гиперестезией. Больные несдержанны, вспыльчивы, жалуются на постоянное чувство внутреннего напряжения; даже телефонные звонки, мелкие недоразумения, ранее проходившие незамеченными, теперь вызывают бурную эмоциональную реакцию, быстро иссякающую и нередко завершающуюся слезами. К наиболее частым неврастеническим симптомам относятся также головные боли, нарушения сна, многообразные соматовегетативные расстройства (гипергидроз, нарушения функций сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, половой функции и др.).

Невроз навязчивых состояний проявляется многочисленными навязчивостями (см. *Навязчивые состояния*), хотя картина каждого конкретного невроза обычно относительно мономорфна. В круге obsessivno-fobicheskikh расстройств преобладают агорафобия, клаустрофобия, боязнь транспорта, публичных выступлений, нозофобии (кардиофобия, канцерофобия и др.) Невроз навязчивых состояний по сравнению с другими неврозами обнаруживает значительно более выраженную тенденцию к затяжному течению. Если при этом не происходит значительного расширения симптоматики, то больные постепенно приспосабливаются к фобиям, приучаются избегать ситуаций, в которых возникает страх; заболевание, таким образом, не приводит к резким нарушениям жизненного уклада.

Истерия. В большинстве случаев клиническая картина определяется двигательными и сенсорными расстройствами, а также расстройствами вегетативных

функций, имитирующими соматические и неврологические заболевания (конверсионная истерия). К группе двигательных расстройств, с одной стороны, относятся истерические парезы и параличи, а с другой – гиперкинезы, тики, ритмический тремор, усиливающийся при фиксации внимания, и ряд других непроизвольных движений. Возможны истерические припадки (см. *Истерический синдром*). К расстройствам чувствительности относятся анестезии (чаще возникающие по "ампутационному типу" - в виде "чулок", "перчаток"), гиперестезии и истерические боли (наиболее типична головная боль, определяемая как "обруч, стягивающий лоб и виски", "вбитый гвоздь" и др.). К неврозам относятся некоторые формы нервной анорексии, заикания, энуреза.

При неврозах в отличие от психозов всегда сохраняются ощущение чуждости болезненных расстройств, стремление им противостоять. Неврозоподобным состояниям, наблюдающимся в рамках эндогенных психозов, свойственны больший полиморфизм проявлений и тенденция к дальнейшему расширению симптоматики, абстрактное, причудливое, а подчас и нелепое содержание страхов и навязчивостей, немотивированная тревога.

Лечение неврозов комплексное, включает терапию психотропными препаратами, психотерапию, имеющую целью разрешить конфликтную ситуацию, общеукрепляющие средства, физиотерапию. Показано также санаторно-курортное лечение; при стойких невротических состояниях, сопровождающихся аффективными (депрессивными) расстройствами и резистентных к амбулаторной терапии, показана госпитализация.

При медикаментозной терапии неврозов наиболее эффективны транквилизаторы [диазепам (седуксен), сибазон, реланиум, оксазепам (тазепам), хлордиазепоксид (элениум) по 10-50 мг/сут, феназепам по 1- 3 мг/сут, мепротан (мепробамат) по 200-800 мг/сут]. В более тяжелых случаях (стойкие навязчивости, массивные истерические расстройства и др.) показано внутримышечное, а в стационаре - и внутривенное капельное введение транквилизаторов (диазепам, хлордиазепоксид) или назначение нейролептиков в небольших дозах [этаперазин-4-12 мг/сут, хлорпротиксен - 15- 20 мг/сут, тиоридазин (сонапакс) - 10-50 мг/сут, неуптил (проперициазин) - 10-20 мг/сут, эглонил-100-400 мг/сут], а также препаратов пролонгированного действия [фторфеназин-деканат (модитендепо) - 12,5-25 мг, флуспирилен - 2-4 мг 1 раз в 1-2 нед]. У больных с преобладанием астенических проявлений эффективно сочетание транквилизаторов с пирацетамом (ноотропил) или аминалоном. При выраженных аффективных (депрессивных) расстройствах показана комбинация транквилизаторов с антидепрессантами (амитриптилин в сочетании с хлордиазепоксидом и др.). В случаях со стойкими нарушениями сна назначают нитразепам (эуноктин, радедорм) по 5-15 мг, реладорм, феназепам по 0,5-1,5 мг, терален по 5-10 мг, хлорпротиксен по 15 мг. Невротические реакции в большинстве случаев обратимы.

Профилактика неврозов включает ряд социальных и психогигиенических мероприятий, в том числе создание благоприятных семейно-бытовых и трудовых условий, рациональная профессиональная ориентация, предупреждение эмоционального перенапряжения, устранение профессиональных вредностей и др.

Олигофрения

Олигофрения - врожденное или рано приобретенное слабоумие, выражающееся в недоразвитии интеллекта и психики в целом. Олигофрения - не прогрессивный процесс, а следствие перенесенной болезни. Степень умственной недостаточности оценивается количественно с помощью интеллектуального коэффициента по стандартным психологическим тестам. Олигофрения нередко сопровождается пороками физического развития.

Этиология. Причинами олигофрении могут служить:

1. наследственные факторы, в том числе патология генеративных клеток родителей (к этой группе олигофрении относятся болезнь Дауна, истинная микроцефалия, энзимопатические формы);
2. внутриутробное поражение зародыша и плода (гормональные нарушения, краснуха и другие вирусные инфекции, врожденный сифилис, токсоплазмоз);
3. вредные факторы перинатального периода и первых 3 лет жизни (асфиксия плода и новорожденного, родовая травма, иммунологическая несовместимость крови матери и плода-конфликт по резус-фактору, травмы головы в раннем детстве, детские инфекции, врожденная гидроцефалия).

Идиотия - наиболее глубокая степень олигофрении, характеризующаяся почти полным отсутствием речи и мышления. Идиотам недоступна осмысленная деятельность. Эмоциональная жизнь исчерпывается примитивными реакциями удовольствия и неудовольствия. У одних преобладают злобно-гневливые вспышки, у других - вялость и безразличие ко всему окружающему. Идиоты произносят лишь отдельные звуки и слова, часто не понимают речи окружающих, не отличают родственников от посторонних. Они не владеют элементарными навыками самообслуживания, не могут самостоятельно есть, иногда даже не пережевывают пищу, неопрятны, нуждаются в постоянном уходе и надзоре.

Имбецильность - средняя по тяжести степень олигофрении. Имбецилы понимают речь окружающих, сами могут произносить короткие фразы. Некоторые имбецилы способны производить элементарные счетные операции, усваивать простейшие трудовые навыки и навыки самообслуживания. Эмоции имбецилов более дифференцированы, они привязаны к родным, адекватно реагируют на похвалу или порицание. Мышление имбецилов примитивно, они лишены инициативы, инертны, внушаемы, легко теряются при изменении обстановки, нуждаются в постоянном надзоре и уходе.

Дебильность - самая легкая степень слабоумия. Дебилы обычно заканчивают вспомогательную школу, способны вести самостоятельную жизнь. У них преобладает конкретно-описательный тип мышления, в то время как способность к абстрагированию почти отсутствует. Некоторым дебилам при задержке общего психического развития и малой продуктивности мышления свойственна частичная одаренность (отличная механическая или зрительная память, способность производить в уме сложные арифметические операции и др.). Среди дебилов различают эретичных (возбудимых), вялых апатичных, злобно-упрямых, мстительных и торпидных (заторможенных).

Диагноз. Трудности в диагностике олигофрении могут возникнуть при необходимости отграничения от рано начавшейся шизофрении. В отличие от олигофренов у больных шизофренией задержка развития носит парциальный, диссоциированный характер; наряду с этим в клинической картине обнаруживается ряд свойственных эндогенному процессу проявлений-аутизм, патологическое фантазирование, кататонические симптомы.

Олигофрению дифференцируют также от деменции - приобретенного слабоумия, при котором, как правило, выявляются элементы имевшихся знаний, большее разнообразие эмоциональных проявлений, относительно богатая лексика, сохранившаяся склонность к абстрактным построениям.

Лечение. Специфическая терапия проводится при некоторых видах олигофрении с установленной этиологией (врожденный сифилис, токсоплазмоз и др.); при олигофрениях, связанных с нарушениями метаболизма (фенилкетонурия и др.), назначают диетотерапию; при эндокринопатиях (кретинизм, микседема) - гормональное лечение. Для стимуляции психической деятельности используют пирacetам, аминалон (гаммалон), а также другие психоактивирующие средства и витамины группы В. Лекарственные средства назначают также для коррекции аффективной лабильности и подавления извращенных влечений (неулептил, феназепам, сонапакс). Большое значение для компенсации олигофренического дефекта имеют лечебно-воспитательные мероприятия, трудовое обучение и профессиональное приспособление.

В реабилитации и социальной адаптации олигофренов наряду с органами здравоохранения играют роль вспомогательные школы, школы-интернаты, специализированные ПТУ, мастерские для умственно отсталых и др.

Профилактика некоторых наследственных форм олигофрении начинается во время беременности: обследование беременных для выявления сифилиса, токсоплазмоза, резусотрицательного фактора в крови; предупреждение заболевания беременных краснухой и другими вирусными инфекциями; квалифицированная помощь во время родов, а также предотвращение травм и тяжелых инфекций у новорожденных и маленьких детей.

Психопатии

Психопатии - стойкие врожденные особенности склада личности, препятствующие полноценной адаптации к среде. Выделяют также приобретенные психопатические состояния вследствие органических поражений ЦНС и других заболеваний. Психопатов отличает не только дисгармония характера, но и значительно большая (по сравнению с остальными людьми) ранимость, чувствительность к влиянию ряда внутренних (биологических-возрастные кризы, роды и др.), соматогенных, психогенных и социальных факторов. Этими свойствами и обусловлено многообразие динамики психопатии, основными видами которой являются фазы и патологические реакции (в пределах последних рассматривается патологическое развитие). Существуют многочисленные классификации психопатии. В советской психиатрии выделяют следующие основные типы психопатии: шизоидные, психастенические, астенические, аффективные, паранойяльные, истерические, возбудимые, а также эмоционально тупые.

Шизоидные психопаты - необщительные, предпочитающие уединение, так называемые аутичные лица, избегающие проявлений чувств; нередко им присущи эгоцентризм, сухость и официальность в контактах с людьми. Среди них встречаются натуры холодные, крутые и даже жестокие. Основой шизоидного темперамента является сочетание чрезмерной чувствительности и холодности (психоэстетическая пропорция).

Психастенических психопатов отличает склонность к сомнениям, отсутствие внутренней уверенности в истинности чувств и правильности своих суждений и поступков, нерешительность в выборе линии поведения. Это люди добросовестные, утрированно обстоятельные, предусматривающие в работе всякую деталь, педанты, тревожащиеся по поводу любого отступления от формы и заведенного порядка.

Астеническим психопатам свойственны общая нервная слабость, робость, чрезмерная чувствительность и впечатлительность, обнаруживающиеся прежде всего при необычных, выходящих за пределы повседневных ситуациях. Отличительной особенностью астеников является повышенная утомляемость. В процессе работы, требующей напряжения сил, у них быстро возникает рассеянность, нарушается концентрация внимания.

Аффективные психопаты - личности циклоидного круга, общительные, приветливые, добродушные. Одной из основных их особенностей является эмоциональная лабильность, неустойчивость настроения, достигающая иногда уровня очерченных аффективных расстройств (аффективных фаз).

Паранойальные психопаты - люди односторонних, но стойких аффектов, берущих верх над логикой и рассудком, своенравные, неоткровенные, жестокие и деспотичные. Они подозрительны, постоянно ждут подвоха со стороны окружающих, склонны к образованию сверхценных идей. В зависимости от тематики последних различают ревнивцев, сутяг, реформаторов, религиозных фанатиков и др.

Истерических психопатов отличает стремление казаться более значительными, чем они есть на самом деле, пережить больше, чем они способны пережить. Истерические психопаты используют все возможности, чтобы оказаться в центре внимания; этому служат не только эксцентричность в одежде, но и демонстративные формы поведения; такие люди склонны к хвастовству, подражанию, выдумкам, лжи, легкомысленным поступкам, различным авантюрам. У них преобладают капризность, упрямство, обидчивость, а также разные вегетативные и истерические пароксизмы (спазмы, афония, тремор пальцев рук и др.).

Возбудимые и примыкающие к ним *эмоционально тупые* психопаты - личности вспыльчивые, раздражительные, лишенные чувства сострадания, жестокие и угрюмые. Наиболее свойственные им формы реагирования - приступы гнева, ярости, аффективные разряды, возникающие по любому, даже незначительному поводу, сопровождающиеся иногда аффективно суженным сознанием и резким двигательным возбуждением.

Психопатии необходимо дифференцировать от прогрессивно текущих заболеваний и постпроцессуальных резидуальных состояний. Психопатиям не свойствен большой динамизм проявлений, сопровождающийся расширением клинической картины, возникновением новых расстройств, падением психической продуктивности и работоспособности. Достаточно надежной опорой для отклонения диагноза психопатии служит наличие в клинической картине даже рудиментарных симптомов эндогенного психоза, явлений органического психосиндрома, эпилептических пароксизмов или признаков деменции.

Лечение психопатий следует начинать в детстве. Оно включает ряд медико-педагогических мероприятий, направленных на коррекцию психопатических проявлений; медикаментозная терапия играет второстепенную роль. В периоды декомпенсации наряду с педагогическим воздействием проводится психе- и трудотерапия, а также лечение психотропными средствами. Наиболее эффективны транквилизаторы (диазепам, оксазепам, хлордиазепоксид, элениум, феназепам) и нейролептики (неулептил, трифтазин, стелазин, галоперидол, эглонил).

Прогноз психопатий определяется с осторожностью. При благоприятных условиях нередко наблюдается стойкая и длительная компенсация с сохранением трудоспособности. Однако в периоды возрастных кризов, а также в связи с психогенными и соматогенными воздействиями возможна патологическая динамика.

Профилактика психопатий начинается с правильного родовспоможения и других мер, проводимых в антенатальном периоде. Впоследствии большое значение имеет рациональное воспитание в семье и школе, предусматривающее по отношению к так называемым трудным детям ряд социальных и педагогических мер.

Токсикомании и наркомании

Токсикомании и наркомании - заболевания, обусловленные употреблением различных веществ, вызывающих состояние опьянения. Проявляются постоянной

потребностью в приеме этих веществ, расстройствами психической деятельности, соматическими и неврологическими нарушениями, падением работоспособности, утратой социальных связей, деградацией личности. В зависимости от вещества, используемого для опьянения, выделяют многочисленные формы токсикоманий. Особому социальному контролю вследствие их высокой криминогенности подлежат наркомании. Список наркотиков утверждается комитетом экспертов по наркотикам ВОЗ. В СССР к наркотикам (термин неточный, так как относится к веществам не только седативного действия) относят препараты группы опия, ряд синтетических анальгетиков, гашиш (анаша), стимуляторы, в том числе эфедрин. Другие средства, способные вызывать привыкание (транквилизаторы, снотворные), также ограничиваются при использовании в лечебных целях. Контроль за многими ненаркотическими веществами, применяемыми с целью одурманивания, затруднен ввиду их широкой распространенности (средства бытовой химии и пр.).

Симптомы, течение. Для токсикоманий типичен так называемый большой наркоманический синдром (термин неточный, объясняется тем, что первыми из числа токсикоманий изучались наркомании). Он включает синдромы измененной реактивности на конкретное вещество; психической зависимости от конкретного вещества; физической зависимости; последствий хронической интоксикации. Синдром измененной реактивности - показатель привыкания - свидетельствует об изменении биотрансформации вещества и искаженном ответе на интоксикацию физиологических систем. Прием вещества в прежних дозах не оказывает желаемого эффекта, действие его укорачивается, при передозировке не возникают защитные реакции. Рост переносимости проявляется в высоких разовых и суточных дозах (учащение приема), в способности переносить ежедневную интоксикацию, в исчезновении постинтоксикационных (на следующий день) расстройств. Действие опьяняющего вещества меняется: седативное вызывает активацию, стимулирующее начинает вызывать тревогу, параноидную настроенность, ряд других веществ - психотомиметическое действие с наплывом галлюцинаций.

Синдром психической зависимости означает, что психическое состояние больного уже определяется наличием или отсутствием в его организме опьяняющего вещества. Отсутствие его вызывает раздражительность, конфликтность, беспокойство, невозможность на чем-либо сосредоточиться, так как мысли заняты только тем, где достать одурманивающее средство. Тот, кто препятствует достижению цели, вызывает ненависть, те, кто способствует, - симпатию. Синдром физической зависимости показывает, что в болезнь вовлечены все системы организма - образовался новый, наркоманический гомеостаз. Вне опьянения развивается абстинентное состояние: расслабленность, падение мышечного, сердечно-сосудистого тонуса, невозможность выполнять даже неквалифицированную физическую работу. Влечение к опьянению ярко выражено и имеет внешние признаки - мидриаз, бледность, тремор, двигательное беспокойство. Отсутствие опьяняющего вещества вызывает острое дисфункциональное состояние, выражающееся соматоневрологическим возбуждением (преимущественно симпатическим), дисфорией. В состоянии абстиненции больные опасны для себя и окружающих (самоубийства, агрессия, преступления).

При токсикоманиях жизнедеятельность поддерживается на определенном уровне только при условии постоянного приема опьяняющих средств. При регулярном приеме необходимой дозы состояние благополучно, но лишь по сравнению с абстинентным синдромом. За исключением некоторых форм наркомании, даже на достаточном для него фоне интоксикации токсикоман психически и физически не способен к продуктивной деятельности, разумным контактам с окружающими. Синдром последствий хронической интоксикации имеет основой неуклонно наступающее психофизическое, энергетическое истощение. Психические изменения развиваются в диапазоне от астенического синдрома, неврозоподобных состояний до

апатобулического синдрома и грубой деменции органического характера. Обязательна психопатизация личности, которая утяжеляется социальным конфликтом токсикомана. Соматоневрологические изменения, вызываемые дизрегуляционным действием наркотиков, не при всех формах токсикоманий достаточно специфичны. При различных формах токсикоманий симптомы, дополняющие синдром последствий, различны, отражают частные аффекты наркотически действующих средств, на чем основан дифференциальный диагноз. Наиболее злокачественны вещества, опьянение которыми вызывает помрачение сознания (средства бытовой химии, барбитуровые снотворные, гашиш и т. п.): быстро формирующаяся токсическая энцефалопатия и токсическое поражение печени влекут поражение других паренхиматозных органов. Злоупотребление этими веществами нередко приводит к смерти на ранних этапах болезни: на фоне неясного сознания утрачивается количественный контроль и неуправляемое влечение ведет к передозировке.

Последовательное развитие большого наркоманического синдрома определяет стадии токсикоманий:

I стадия – синдром измененной реактивности и синдром психической зависимости;

II стадия – качественное изменение этих синдромов и присоединение синдрома физической зависимости;

III стадия – дальнейшее качественное изменение всех трех синдромов. С течением болезни симптоматика активации в опьянении гаснет как следствие психофизического истощения. Падает переносимость, клиническое и поведенческое выражение влечения также теряет интенсивность. Абстинентный синдром представлен энергическими состояниями, тоскливой депрессией, обездвиженностью, реально угроза коллапса. Угасание собственно наркоманической симптоматики означает крайнее неблагополучие: наступившие к этому времени функциональные и органические изменения жизненно важных систем приводят к смерти даже в молодом возрасте. Выраженность отдельных синдромов колеблется при различных формах токсикоманий (преобладающая симптоматика психической или физической зависимости), так же как большого наркоманического синдрома в целом (малая интенсивность при табакокурении и высокая при опийной наркомании).

При злоупотреблении, начавшемся в молодом возрасте, синдромы в дальнейшем остаются структурно нечеткими. Нередко синдром последствий искажает собственно наркоманическую симптоматику (слабоумие при барбитуратизме поглощает симптоматику психической зависимости) и даже опережает ее полное развитие (циклодоловая токсикомания). Диагноз устанавливается наркологом.

Токсикоманы обращаются к врачам общей практики с целью получения рецептов на наркотически действующие вещества. Жалуются на нервность, бессонницу, радикулит и другие расстройства, требующие назначения седативных, снотворных средств, анальгетиков, спазмолитиков. Обычно сами называют нужное им лекарство, как правило, с седативным составляющим (например, седалгин), настойчивы, обращаются повторно, к нескольким специалистам одновременно. Прибегают к скорой, неотложной помощи, симулируя острые болевые синдромы.

Основанием заподозрить токсикоманию служат следующие признаки. Состояние опьянения, в оценке которого следует обращать внимание на подъем настроения, неясность сознания и вегетативную симптоматику. Поведение всегда неадекватно ситуации контакта пациента с врачом: отсутствие должной серьезности, избыточная инициатива в беседе, обсуждение не относящихся к предмету разговора тем, отсутствие чувства дистанции и т. п. Сознание изменено по типу помрачения (иногда в легкой степени) или сужения; последнее характерно для опийного опьянения. Вегетативная симптоматика зависит также от вида наркотически действующего вещества, его дозы и

этапа опьянения; может проявляться преобладающей симпатической или парасимпатической ирритацией. Особо следует обращать внимание на величину зрачков, латеральный нистагм, фиксацию взора, ясность радужки, кровенаполнение поверхностных тканей, мышечный тонус, тремор, координацию, уровень АД и частоту сердечных сокращений.

Характерной чертой опьянения является его быстрая динамика: наблюдение в течение 20-30 минут это подтверждает. В ряде случаев от опьяневшего исходит специфический запах: "химический" при злоупотреблении летучими, наркотически действующими средствами, перманганата калия при пероральном приеме обработанного эфедрина; гашиш и опий (при курении) также легко улавливаются обонянием. Внешний вид токсикомана постепенно приобретает характерные черты: преждевременное постарение, выраженные трофические расстройства (вялая, морщинистая кожа, тусклость и ломкость ногтей и волос, отсутствие многих зубов). Истощение опережает и поэтому не соответствует имеющимся соматоневрологическим расстройствам.

Надо обращать внимание на следы внутривенных инъекций, особо многочисленные у злоупотребляющих эфедрином; опытные пациенты избегают введения в кубитальные вены, используя менее известные сосуды (на кистях, стопах и пр.). Внутривенное введение очень быстро вызывает склерозирование вен, не всегда сопровождаемое флебитом. Вены плотны на ощупь, кожа над ними пигментирована. Некоторые больные вынужденно носят длинные рукава. Для опиоманов, гашишистов, для использующих стимуляторы характерны бледность с субиктеричностью кожи и слизистых оболочек, исхудание, для злоупотребляющих снотворными, седативными препаратами, средствами бытовой химии – бледность с сероватым оттенком, пастозность, гнойничковые высыпания. При злоупотреблении синтетическими анальгетиками кожа приобретает оттенок "кофе с молоком", характерен интерстициальный нефрит. При злоупотреблении снотворными средствами, особенно барбитуратами, на спинке языка образуется полоска коричневого налета, трудно удаляемого, при злоупотреблении эфедрином - язык малиновый, блестящий, обращает на себя внимание избыточная подвижность, подергивание отдельных мышечных пучков.

Резко отличаются замедленностью реакций, движений, речи, сообразительности (брадикинезия, брадифазия, брадипсихия) лица, злоупотребляющие снотворными и успокаивающими средствами. На приеме у невропатолога возможны случаи вялых параличей с дизартрией, стриопаллидарной симптоматикой - при марганцевой токсической энцефалопатии в результате приготовления концентрата эфедрина с помощью перманганата калия. Для злоупотребляющих наркотически действующими веществами характерны колебания настроения с приступами злобного раздражения, придирчивости, а также десоциализации (потеря мест учебы, работы, смена круга общения, отчуждение, жизнь вне семьи).

Острые состояния в течение болезни делают токсикоманов пациентами многих специализированных служб здравоохранения. Абстинентный синдром вынуждает симулировать потребность в различных видах ургентной помощи; при диссимуляции возможна госпитализация в инфекционные стационары с диагнозом "грипп", "кишечная инфекция" и пр. При передозировке больные направляются в токсикологические центры; в отличие от случайно отравившихся здоровых лиц тяжесть состояния не соответствует концентрации наркотически действующего вещества в крови, выход из коматозного состояния очень быстрый, без последующей астении (измененная реактивность, высокая толерантность). При остром психозе (синдромы психомоторного возбуждения, психомоторной заторможенности, делириозный, галлюцинаторно-параноидный) токсикоманическую его природу можно заподозрить на основании

экзогенного характера, динамичности синдрома, его кратковременности (2-10 дней). Диагностическая трудность возникает в случае острого психоза у злоупотребляющего циклодолом подростка, так как интоксикация циклодолом сходна с картиной шизофрении.

Лечение проводят только в специализированном стационаре закрытого режима или в отведенных для наркоманов отделениях психиатрических больниц. Все острые состояния, особенно с симптоматикой двигательного возбуждения, требуют поддержания сердечно-сосудистой деятельности, острые психозы - назначения седативной терапии. Показано введение седуксена, тизерцина, элениума, галоперидола, аминазина, литических смесей с аминазином внутривенно, при невозможности (из-за непроходимости доступных вен) – внутримышечно. Венесекция противопоказана из-за психотического состояния, пероральное назначение неэффективно. В случае отравления (сопор, кома), но при известных анамнезе и диагнозе токсикомании назначению детоксикации (диализ, гемосорбция) должно предшествовать наблюдение и назначение сердечно-сосудистых средств, так как вероятен самостоятельный выход из комы. По выходе из острого состояния поведение токсикомана психопатологично, неуправляемо, аффективно-избыточно, дезорганизует работу лечебного учреждения и требует скорейшего перевода больного в специализированный стационар или выписки с уведомлением в наркологический диспансер и отделение милиции по месту жительства.

Профилактика – общесоциальная задача, решаемая многими службами общества; включает воспитательные, ограничительные мероприятия и наказание за распространение (приготовление, сбыт, вовлечение несовершеннолетних) наркотических веществ.

Медицинская профилактика включает санитарное просвещение, контроль за назначением наркотиков и наркотически действующих медикаментов (строгое соблюдение показаний, кратковременность, контроль за дозой, чередование препаратов во избежание привыкания), своевременное выявление случаев злоупотребления (первичная профилактика), контроль за ремиссией после лечения, предупреждение рецидива (вторичная профилактика).

Шизофрения

Шизофрения – прогрессивное заболевание, характеризующееся постепенно нарастающими изменениями личности (аутизм, эмоциональное обеднение, появление странностей и чудачеств), другими негативными изменениями (диссоциация психической деятельности, расстройства мышления, падение энергетического потенциала) и различными по тяжести и выраженности продуктивными психопатологическими проявлениями (аффективными, невротическими и психопатоподобными, бредовыми, галлюцинаторными, гебефреническими, кататоническими).

Этиология, патогенез шизофрении недостаточно изучены. Важную роль играют конституционально-генетические факторы, а также пол и возраст больных. Наиболее тяжелые формы заболевания встречаются преимущественно у мужчин, менее прогрессивные - у женщин. Шизофрения, начавшаяся в юношеском возрасте, протекает более злокачественно, чем у взрослых.

Симптомы шизофрении зависят от стадии развития и формы течения заболевания. Выделяют три основные формы шизофрении: непрерывнотекущую, приступообразно-прогрессивную (шубообразную) и рекуррентную (периодическую).

При **непрерывно/текущей шизофрении** отмечается постепенное утяжеление болезненных проявлений с последовательной сменой невротоподобных,

галлюцинаторно-бредовых и кататоногебефренных расстройств. При вялотекущей шизофрении развитие процесса долго не приводит к грубым изменениям личности и выраженным нарушениям социальной адаптации. В клинической картине доминирует непсихотическая симптоматика (навязчивости, фобии, истерические, сенестоипохондрические, деперсонализационные проявления, сверхценные идеи); исключение составляет паранойяльная шизофрения, протекающая с преобладанием бреда ревности, изобретательства, ипохондрическим, любовным и др. При большей прогрессивности процесса и преобладании в клинической картине таких галлюцинаторно-параноидных расстройств, как бред преследования, величия, физического воздействия, явления психического автоматизма (параноидная шизофрения), нарастают негативные изменения и интеллектуальное снижение, завершающиеся в неблагоприятных случаях формированием конечного состояния. Злокачественной шизофрении, начинающейся в детском и юношеском возрасте, свойственно раннее появление негативных изменений, усложнение клинической картины за счет присоединения малосистематизированных бредовых расстройств, галлюцинаторной, кататонической и кататоногебефренной симптоматики, быстрое развитие болезни, уже через 1-4 года завершающейся конечным состоянием с грубым эмоциональным дефектом, регрессом поведения и явлениями апатического слабоумия.

Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения характеризуется приступами, разделенными ремиссиями; во время ремиссии отчетливо выступают скачкообразно нарастающие [после одного или нескольких приступов (шубов)] изменения личности. Этой форме течения заболевания свойственны следующие типы приступов: остро развивающийся синдром психического автоматизма с бредом физического воздействия, инсценировки, ложными узнаваниями; острые бредовые (с бредом ревности, преследования, отравления); галлюцинаторные; кататонопараноидные, Кататонические и кататоногебефренные. Наблюдаются также приступы с преобладанием аффективных, невротических и психопатоподобных расстройств. Течение шубообразной шизофрении разнообразное. Наряду с наблюдающейся в неблагоприятных случаях тенденцией к сокращению и ухудшению ремиссий и переходу в непрерывное течение возможно наступление вслед за затяжными неоднократно повторяющимися приступами поздних ремиссий с длительной стабилизацией процесса. Отмечаются также варианты заболевания с редкими приступами, манифестирующими преимущественно в периоды возрастных кризов.

Рекуррентная (периодическая) шизофрения проявляется периодически возникающими приступами, которые не приводят к грубым негативным изменениям и сменяются глубокими ремиссиями. Наиболее типичны депрессивно-параноидные приступы с бредом осуждения, значения, инсценировки, приобретающими по мере нарастания тревожно-депрессивного аффекта образность, фантастичность, и онейроидно-кататонические приступы с онейроидным помрачением сознания; сравнительно редко встречаются приступы фебрильной кататонии, протекающие с высокой температурой и значительными нарушениями метаболизма. Наблюдаются также периодически сменяющиеся приступы атипичной депрессии и мании, разделенные тимопатическими ремиссиями (циркулярная шизофрения).

Шизофрению чаще всего приходится дифференцировать от симптоматических психозов, маниакально-депрессивного психоза, реактивных состояний, невротических и психопатий. Диагностику шизофрении облегчают наличие постепенно или ступенеобразно нарастающих изменений личности, а также нарушения мышления, бредовые идеи абстрактного, метафизического содержания, явления психического автоматизма, кататоногебефренная симптоматика.

Лечение шизофрении зависит от клинической картины, течения и этапа заболевания. При выраженных психотических состояниях, нарушающих адаптацию

больных и обычно требующих госпитализации, применяют психотропные средства, а также шоковые методы лечения. Инсулинокоматозная и электросудорожная терапия используется как при острых кататонических, аффективных и аффективно-бредовых, так и при некоторых затяжных состояниях, резистентных к психотропным средствам. В случаях более медленного развития процесса, в период становления ремиссий, а также при неглубоких ремиссиях проводят медикаментозное лечение в сочетании с психотерапией и трудотерапией. При шизофрении с преобладанием неврозоподобных расстройств показаны транквилизаторы [дiazepam (седуксен), sibazon (реланиум), оксазепам (тазепам), хлордiazепоксид (элениум) по 10- 40 мг/сут, феназепам по 1 -5 мг/сут] в сочетании с небольшими дозами нейролептиков [тиоридазин (сонапакс), эглонип, хлорпротиксен, модитен-депо, имап] или антидепрессантов; при резистентности к психофармакологическим препаратам проводят атропинокоматозную терапию. При психопатоподобных состояниях назначают неупелтил (10-40 мг/сут), а также небольшие дозы аминазина, трифтазина или тиопроперазина (мажептил). Для лечения галлюцинаторно-параноидных, кататонических и кататоногебефренных состояний используют нейролептики (гминазин по 150-400 мг, трифтазин по 15-50 мг, галоперидол по 12-30 мг, тиопроперазин по 10-40 мг, лепонекс по 100-300 мг и др.) в таблетках и парентерально. При аффективно-бредовых состояниях эффективно сочетание антидепрессантов (амитриптилин, мелипрамин, петилил, герфонал по 150-300 мг/сут) с нейролептиками.

Прогноз остро возникающих и протекающих с бурной психотической симптоматикой приступов болезни более благоприятный, чем при затяжном течении с нарастающей апатией и падением энергетического потенциала, с преобладанием в клинической картине систематизированного бреда, стойкого галлюциноза, кататоногебефренных расстройств. При поддерживающей терапии психотропными средствами, профилактическом применении солей лития и финлепсина и осуществлении мероприятий по социально-трудовой адаптации прогноз улучшается.

Эпилепсия

Эпилепсия – хроническое нервно-психическое заболевание, характеризующееся повторными припадками и сопровождающееся разнообразными клиническими и параклиническими симптомами.

Этиология, патогенез. В происхождении эпилепсии играет роль сочетание предрасположения и органического поражения мозга (нарушение внутриутробного развития, родовая асфиксия, механические повреждения при родах, инфекции, черепно-мозговая травма и др.). В связи с этим нецелесообразно разделение эпилепсии на "генуинную" (наследственно обусловленную) и "симптоматическую" (результат органического поражения мозга).

Эпилептический припадок обусловлен распространением чрезмерных нейронных разрядов из очага эпилептической активности на весь мозг (генерализованный припадок) или его часть (парциальный припадок). Эпилептический очаг может возникать на короткое время при острых заболеваниях мозга, например при нарушениях мозгового кровообращения, менингитах, что сопровождается так называемыми случайными эпилептическими припадками. При хронически текущих мозговых заболеваниях (опухоли, паразитарные заболевания и др.) эпилептический очаг более стойкий, что ведет к появлению повторяющихся припадков (эпилептический синдром). При эпилепсии как болезни повторные припадки обычно являются результатом действия стойкого эпилептического очага в виде склеротически-атрофического фокуса. Важным звеном патогенеза является ослабление функциональной активности структур, оказывающих антиэпилептическое влияние (ретикулярное ядро моста мозга, хвостатое

ядро, мозжечок и др.), что и ведет к периодическому "прорыву" эпилептического возбуждения, т. е. к эпилептическим припадкам. Эпилептогенные повреждения особенно часто возникают в медиально-базальных отделах височной доли (височная эпилепсия).

Симптомы, течение. Генерализованные припадки сопровождаются утратой сознания, вегетативными симптомами (мигриаз, покраснение или побледнение лица, тахикардия и др.), в ряде случаев - судорогами. Судорожный генерализованный припадок проявляется общими тонико-клоническими судорогами (большой судорожный припадок, *grand mal*), хотя могут быть только клонические или только тонические судороги. Во время припадка больные падают и нередко получают значительные повреждения, часто прикусывают языки, упускают мочу. Припадок обычно завершается так называемой эпилептической комой, но может наблюдаться и эпилептическое возбуждение с сумеречным помрачением сознания.

Бессудорожный генерализованный припадок (малый припадок, *petit mal*, или абсанс) характеризуется выключением сознания и вегетативными симптомами (простой абсанс) либо сочетанием этих симптомов с легкими непроизвольными движениями (сложный абсанс). Больные на короткое время прерывают совершаемые ими действия, а затем после припадка продолжают их, при этом воспоминание о припадке отсутствует. Реже во время припадка происходит утрата постурального тонуса, и больной падает (атонический абсанс).

При парциальных эпилептических припадках симптоматика может быть элементарной, например, очаговые клонические судороги – джексоновский припадок, поворот головы и глаз в сторону – адверсивный припадок и др., или сложной – пароксизмальные расстройства памяти, приступы навязчивых мыслей, психомоторные припадки-автоматизмы, психосенсорные припадки – сложные расстройства восприятия. В последних случаях имеются галлюцинаторные феномены, явления деперсонализации и дереализации – состояния "уже виденного", "никогда не виденного", ощущение отчуждения внешнего мира, собственного тела и др.

Любой парциальный припадок может перейти в генерализованный (вторично генерализованный припадок). К вторично генерализованным припадкам также относятся припадки, которым предшествует аура (предвестник) – моторные, сенсорные, вегетативные или психические феномены, с которых начинается припадок и о которых сохраняет воспоминание больной.

Течение эпилепсии в значительной степени зависит от ее формы. Так, у детей существуют абсолютно благоприятные (роландическая эпилепсия, пикноэпилепсия) и неблагоприятные (детский спазм, синдром Леннокса – Гасто) формы эпилепсии. У взрослых течение эпилепсии без лечения в большинстве случаев прогрессивное, что проявляется постепенным учащением припадков, возникновением иных типов пароксизмов (полиморфизм), присоединением к ночным припадкам дневных, склонностью к развитию серий припадков или эпилептического статуса, возникновением характерных изменений личности в виде стереотипности и патологической обстоятельности мышления, сочетания аффективной вязкости с эксплозивностью, назойливости, угодливости, эгоцентризма вплоть до конечных состояний, определяемых как эпилептическое слабоумие.

Среди дополнительных методов исследования наибольшее значение имеет ЭЭГ, при которой обнаруживают спайки, пик, острые волны, изолированные или в сочетании с последующей медленной волной (так называемые пик-волновые комплексы). Указанные изменения можно вызвать специальными методами провокации - гипервентиляцией, ритмической световой стимуляцией, введением коразола и др. Наиболее полное провоцирующее влияние в отношении эпилептической активности оказывает сон или, наоборот, 24-часовое лишение сна, что позволяет выявлять

эпилептические признаки в 85-100% случаев. ЭЭГ исследования способствуют также уточнению локализации эпилептического очага и характера эпилептических припадков.

Диагностика эпилепсии основывается на внезапности припадков, их кратковременности (секунды, минуты), глубоком выключении сознания и расширении зрачков при генерализованных припадках, явлениях деперсонализации и дереализации при парциальных припадках. Типичные изменения на ЭЭГ подтверждают эпилептический характер припадков, хотя отсутствие таковых его не исключает. Для диагностики эпилепсии как болезни существенны анамнестические данные: болезнь возникает, как правило, в детском, подростковом и юношеском возрасте, часто встречаются наследственное отягощение в семье, отягощенный акушерский анамнез, перенесенные нейроинфекции и черепно-мозговые травмы, пароксизмальные состояния в возрасте до 3 лет.

Лечение проводится непрерывно и длительно. Подбор медикаментов и их дозировок должен быть индивидуальным в зависимости от особенностей припадков, их частоты, периодичности, возраста больного и др. Барбитураты могут быть назначены при всех видах припадков: фенобарбитал из расчета 2-3 мг/кг массы тела больного, бензонал по 7-10 мг/кг, гексамидин по 10-15 мг/кг в сутки. Максимальное влияние на судорожные формы припадков оказывают барбитураты, а также дифенин в дозе 5-7 мг/кг, карбамазепин (тегретол, стазепин, финлепсин) по 8-20 мг/кг в сутки. При абсансах применяют этосуксимид (пикнолепсин, суксилеп) и близкий к нему по структуре пуфемид по 10-30 мг/кг, триметин по 10-25 мг/кг, клоназепам (антелепсин, ривотрил) по 0,05-0,15 мг/кг в сутки. При парциальных бессудорожных припадках (психомоторные, психосенсорные) наиболее эффективен карбамазепин и производные бензодиазепина (дiazепам, нитразепам) в сочетании с барбитуратами. Производные вальпроевой кислоты (конвулекс, ацедипрол и др.) можно отнести к антиэпилептическим средствам резерва, так как они могут действовать при всех видах припадков, однако максимальный эффект оказывают при абсансах и генерализованных припадках без фокального начала. Дозы варьируют в широких пределах от 15 до 40 мг/кг и более в сутки.

Во избежание токсических эффектов при полипрагмазии необходим пересчет антиэпилептических препаратов на фенобарбиталовый коэффициент. Он составляет для фенобарбитала условную единицу, дифенина - 0,5, бензонала - 0,5, гексамидина - 0,35, карбамазепина - 0,25, этосуксимида - 0,2, триметина - 0,3, вальпроевой кислоты - 0,15.

Суммарная доза в условном пересчете на фенобарбитал не должна превышать 0,5-0,6 в сутки.

Необходим систематический контроль за состоянием больных (исследование крови и мочи не реже 1 раза в месяц); при появлении признаков интоксикации (головная боль, нарушения сна, головокружение, изменения в крови и др.) дозы лекарств временно уменьшают, дополнительно назначают поливитамины и антигистаминные препараты (тавегил и др.). При появлении осложнений, таких, как гемералопия (триметин), гиперпластический гингивит (дифенин), тяжелые диспепсические проявления (этосуксимид), мегалобластическая или апластическая анемия, панцитопения, токсический гепатит (гексамидин, фенобарбитал, дифенин, триздетин, карбамазепин, этосуксимид) и др., соответствующие препараты приходится отменять. Всекие изменения в лечении противоэпилептическими препаратами должны проводиться осторожно и постепенно.

Наряду с медикаментозной терапией в зависимости от выявленных и лежащих в основе заболевания изменений проводят курсовое лечение средствами рассасывающего, дегидратационного, сосудистого действия. Критерием отмены противоэпилептического лечения является не менее чем трехлетняя ремиссия при благоприятной динамике ЭЭГ. Препараты отменяют постепенно в течение 1-2 лет (нельзя отменять в пубертатном

периоде!). Безуспешность длительного консервативного лечения вынуждает решать вопрос о хирургическом лечении эпилепсии.

При эпилепсии могут возникать urgentные состояния, требующие немедленных действий в связи с острой угрозой для здоровья и жизни больного или его окружающих. Таковыми являются эпилептический статус (серия припадков, чаще больших судорожных, между которыми сознание полностью не восстанавливается) и острые психотические состояния. При *эпилептическом статусе* необходимо удалить инородные предметы из полости рта, ввести воздуховод, сделать в/в инъекцию 10 мг диазепама в 20 мл 40% раствора глюкозы или в/м 5-10 мл 10% раствора тиопентала натрия либо гексенапа. Больных направляют в реанимационное отделение многопрофильных больниц, где в случае продолжения припадков им проводят длительный дозированный наркоз. При некупируемом статусе осуществляется сверхдлительный наркоз закисно-азотно-кислородной смесью на мышечных релаксантах и управляемом дыхании, регионарная краниocereбральная гипотермия. Обязательна коррекция метаболических нарушений.

При *острых психотических состояниях*, протекающих с расстройством сознания или без них (дисфории, сумеречные состояния и др.), следует применить нейролептики - трифтазин в/м по 1-2 мл 0,2% раствора, левомепромазин (тизерцин) по 1-3 мл 2,5% раствора в/м с 0,5% раствором новокаина или с 20-40% раствором глюкозы в/в, галоперидол по 1 мл 0,5% раствора в/м и др. При тяжелых депрессиях вводят антидепрессанты - мелипрамин по 2 мл 1,25% раствора в/м, амитриптилин в/м или медленно в/в по 2-4 мл 1% раствора. Инъекции препаратов повторяют при необходимости несколько раз в сутки. Все указанные средства применяют только в сочетании с антиэпилептическими препаратами.

Профилактика включает превентивное противоэпилептическое лечение детей, перенесших перинатальные поражения мозга, при наличии изменений ЭЭГ или характерных клинических данных (ночные страхи, фебрильные припадки и др.), а также лиц с черепно-мозговой травмой в анамнезе.