128. Маскируемые депрессии.

В случае маскированной депрессии эмоциональный компонент выражен незначительно, а превалируют двигательные, вегетативные, чувствительные нарушения как эквиваленты депрессии. Больные жалуются на общее недомогание, потерю аппетита, боль в позвоночнике, в желудке, кишечнике, бессонница, пониженную работоспособность, что заставляет обращаться к интернистом. "Маски" могут быть в форме патохарактерологических расстройств (дипсомания, употребление наркотиков), асоциального поведения (Импульсивность, конфликтность, вспышки агрессии), истерических реакций.

129. Особенности аффективных расстройств у детей и подростков

У детей дошкольного возраста основными являются соматические и вегетативные симптомы. Так, в случае депрессий у детей нарушается сон и аппетит, возникает вялость, медлительность, капризность, исчезает интерес к игрушкам. В младших школьников снижается успеваемость, появляется заторможенность. ребенок становится застенчивой, мрачной, выглядит бледной, уставшей. Никакой соматической патологии не оказывается. Маниакальные состояния проявляются в чрезмерной активности, нарушении поведения. ребенок болтлив, постоянно смеется, лицо гиперемировано, глаза блестят. маниакальные состояния больше заметны, чем депрессивные.

В подростковом возрасте клинические проявления заболевания приобретают типичные для него признаки, но наряду с чувством тоски, грусти, подавленности у подростков появляются тоскливый, дисфорический настроение, конфликтные отношения с близкими и сверстниками, мысли о собственной неполноценность, суицидальные поступки. Маниакальные состояния у подростков нередко выражаются психопатоподобными формами поведения: нарушениями школьной дисциплины, алкоголизацией, правонарушениями, агрессией. Эти расстройства маскируют фазу маниакально депрессивного психоза.

130. Принципы терапии больных аффективные расстройства.

В системе лечения аффективных нарушений выделяют три этапа. Первый этап - купирувальна терапия, направленная на быстрое устранение острой аффективной симптоматики .Второй этап - стабилизирующая терапия проводится с момента достижения терапевтического эффекта и к становлению клинической интермисии и окончания фазы. Третий этап - профилактическая терапия, направленная на предотвращение рецидива заболевания, проводится амбулаторно (длительность не менее года). Мощным средством купирования маниакального возбуждения является галоперидол. Целью более быстрого купирования возбуждения при острых маниакальных состояний вводят внутримышечно или внутривенно по 10-15 мг. Большую роль в купировании маниакально-депрессивных состояний играют соли лития, которые равномерно редуцируют все компоненты маниакальной триады, не приводят к седации и сомноленции. Наиболее важной стороной действия солей лития является стабилизирующим "Нормотимическим" эффект.

Для быстрого купирования маниакального возбуждения используют сообщения солей лития с нейролептиками . В случае тревожной депрессии показаны антидепрессанты с седативным действием - амитриптилин. Для лечения депрессивных фаз используют ингибиторы моноаминоксидазы: нуредал, ниаламида, тран- Самин (парнат), в которых преобладает стимулирующий ефект. Позитивные результаты лечения депрессивной фазы дает электросудорожная терапия (6-8 сеансов), инсулинотерапия гипогликемическими дозами (20-25 гипо- кликемий) в сочетании с антидепрессантами.

Профилактическая терапия солями лития эффективна при наличии маниакальных нападений и реже - депрессивных. Важную роль в профилактике заболевания играет психотерапия: поддерживающая, когнитивная, интергиерсональна, групповая, проведение санитарно-просветительной работы, генетическое консультирование, здоровый образ жизни.

131. Суицидальное поведение при психических заболеваниях и у психически здоровых лиц.

Суицид - умышленное самоповреждения с летальным концом. В основе его лежит психологический кризис, переживания целой гаммы негативных эмоций - отчаяния, горе, страх, чувство беспомощности, вины, гнева, желание отомстить или прервать невыносимые душевные или плюсне страдания. Неоднозначность личностного смысла суицидального поведения очевидна и в общем виде может быть представлена ​​такими минами: протест и месть, призыв, предотвращение (наказание, страдание), самонаказания, отказ.

"Протестные" формы суицидального поведения возникают в ситуации конфликта, когда объективная его звено враждебная или агрессивна по отношению субъекта, ее содержание суицида заключается в негативном влиянии на объективную звено.

Месть - это конкретная форма протеста, нанесения конкретный ущерб враждебному окружению. Данные формы поведения предполагают наличие высокой самооценки и самоценности, активную или агрессивную позицию личности с функционированием механизма трансформации гетероагресии в автоагрессию.

Содержание суицидального поведения типа "призыва" состоит из активации помощи извне с целью изменения ситуации. При этом позиция личности менее активна.

В случае суицидов "Предотвращение" (наказание или страдание) суть конфликта в угрозе личностному или биологическом существованию, которой противостоит высокая самоценность. Содержание суицида заключается в предотвращении непереносимости имеющейся угрозы путем самоустранения.

"Самонаказания" можно определить как "протест во внутреннем плане личности"; конфликт по преимуществу, внутренний в случае своеобразного расщепление "Я", интериоризации и сосуществовании двух ролей: "Я - судьи" и "Я - подсудимого". Причем содержание суицидов самонаказанию имеет несколько разные оттенки в случаях "уничтожения в себе врага" (так сказать, "От судьи", "сверху") и "искупления вины" ( "от подсудимого", "снизу").

132. Антисуицидальная терапия. Психопрофилактика суицидального поведения.

Цель лечения - решить проблемы, обусловливающие суицидальность, а не стремиться к предотвращению суицида любой ценой. Никто, кроме самого человека, "Уставшей от жизни", не может уберечь его от самоубийства.

Профилактика суицидов состоит в предоставлении социальной помощи при наличии тяжелых жизненных обстоятельств: патронаже одиноких, стариков, потерявших связи; возможно более раннее подключения психотерапии в случае невротично обусловленных трудностей в установлении контакта и достижения понимания; открытии консультаций (брачные консультации, консультирование по вопросам воспитания) и служб, предоставляющих амбулаторное лечение (амбулатории, социально психиатрические учреждения) в содействии организации служб опеки и телефонной службы доверия, как правило, состоят из лиц разных специальностей (психиатры, психотерапевты, практикующие врачи, психологи, социальные работники, попечители, юристы). Раннее распознавание угрозы суицида проводят врачи разных специальностей и прежде всего домашние (семейные) врачи.

133. Первичная (генуинна) и вторичная (симптоматическая) эпилепсия. Пароксизм, его клиническая характеристика.

Классификация по этиологическими признакам выделяет 3 типа эпилепсии идиопатическая (Генуинна), основная причина которой - наследственность; симптоматическая - гетерогенное заболевания с установленной этиологии (болезнь головного мозга) и криптогенная, по которой генетический фактор отсутствует и не выявлен любое заболевание головного мозга.

Клинической характеристикой эпилептического припадка (пароксизма) являются: а) внезапное появление (в любое время суток, неожиданно,независимо от ситуации); б) кратковременность (как правило, пароксизм длится от нескольких секунд до нескольких минут) в) самостоятельное устранение (приступ прекращается самопроизвольно) г)повторяемость с тенденцией к учащению; д) "фотографическая" сходство нападений (Клинические проявления каждого следующего пароксизма практически полностью совпадают с предыдущими нападениями).

134. Классификация пароксизмальных проявлений. Тонико-клонический судорожный припадок, помощь больному.

Клинические проявления эпилепсии представлены пароксизмальными и непароксизмальнимы признаками болезни. Эпилептические пароксизмы подразделяются на генерализованные и парциальные нападения, а также различные психические еквиваленты. Наиболее типичными генерализованными эпилептическими приступами является ‘большой судорожные нападение’, малое нападение (абсансной) и осложнения (эпилептический статус).

Характерными признаками генерализованного тонико-клонические припадки является мидриаз с арефлексией зрачков на свет, а также усиленная саливация, что в сочетании с прикусом языка в клонической фазе нападения приводит к появлению кровянистых пенистых выделений изо рта. Гиперсекреция при нападении возникает в слюнных, потовых, трахеобронхиальных и других железах. В течение 10-15 мин непосредственно после приступа возникает коматозное состояние, характеризуется мышечной атонией, которая приводит к непроизвольного выделения мочи и кала через расслабление сфинктеров. Зрачковые и корнеальные рефлексы отсутствуют, глубокие рефлексы могут усиливаться. Сознание у больных полностью отсутствует (кома). В дальнейшем мидриаз исчезает, восстанавливаются поверхностные рефлексы; глубокие рефлексы ослабевают, часто сочетаются с симптомом Бабинского. После восстановления сознания обычно возникают жалобы на головную боль, боль в мышцах, плохое самочувствие во время приступа отмечается полная амнезия.

135. Эпилептический статус и лечебные мероприятия по выведения больного из этого состояния.

Эпилептический статус - повторяющиеся эпилептические припадки, между которыми сознание больного не восстанавливается.

Причинами эпилептического статуса могут быть: неадекватное лечение, резкое снижение доз или отмена противоэпилептических препаратов, резистентность к ним, а также присоединения дополнительных факторов (острые инфекции, интоксикации, в частности потребления алкоголя, черепно-мозговые травмы, соматические заболевания). В случае эпилептического статуса нарушается дыхание, сердечно-сосудистая деятельность, гемоциркуляции, церебральный метаболизм, кислотно-основное равновесие, водно-электролитный баланс.Кроме описанных выше, могут возникать генерализованные тонические приступы, характерные для детей, и генерализованные клонические припадки, чаще у детей грудного возраста, а так же миоклонические приступы, характеризующиеся двусторонними синхронными проявлениями, наиболее выраженными в плечевом поясе и руках. Руки молниеносно сгибаются, пальцы расходятся. Если в нападение привлекаются ноги, то они также обычно сгибаются, и больной падает на колени.

Купирования эпилептического статуса следует, по возможности проводить в условиях стационара. Сначала вводят диазепам (сибазон, лоразепам) внутривенно медленно.При отсутствии эффекта через 1,5-2ч повторяют введение диазепама. Если статус не купируетьься, медленно внутривенно раствора гексенала или тиопентала натрия. Одновременно вводят раствора натрия тиопентала или гексенала. Одновременно с ПСП вводят литическую смесь: промедол, анальгин, димедрол, новокаин внутримышечно. С целью дегидратации вводят фуросемид (лазикс) внутримышечно; этакриновая кислота (урегит); преднизолон внутримышечно; контрикал или трасилол внутривенно капельно в течение 4 ч. С лечебной и диагностической целью выполняют спинномозговую пункцию. для улучшения сердечной деятельности вводят коргликон или дигоксин внутривенно медленно. В случае повышения АД - папаверин, магния сульфат + дибазол 5 мл внутривенно.