***1. Классификация пароксизмальных проявлений. Тонико-клонический судорожный припадок.***

*Клиника эпилепсии*: пароксизмальные и непароксизмальные признаки. *Эпилептические пароксизмы*: *генерализованные* и *парциальные припадки*, различные *психические эквиваленты*. Типичными генерализованными эпилептическими приступами является «большой судорожный приступ», абсанс и осложнения (эпилептический статус).

*Генерализованный тонико-клонический припадок*: напряжение всех мышц (тоническая) → попеременное расслабление-напряжение (клоническая), мидриаз с арефлексией зрачков, ↑саливация, + прикус языка в клонической фазе → кровянистые пенистые выделения изо рта, ↑потовых, трахеобронхиальных и других желез → 10-15 мин непосредственно после приступа – коматозное состояние (мышечная атония [непроизвольное выделение мочи и кала через расслабление сфинктеров], зрачковые и корнеальные рефлексы отсутствуют, ↑глубокие рефлексы, сознание полностью отсутствует) → мидриаз исчезает, восстанавливаются поверхностные рефлексы, ↓глубокие рефлексы + симптомом Бабинского → восстановление сознания → жалобы на головную боль, боль в мышцах, плохое самочувствие → полная амнезия.

***2. Стадии алкоголизма, особенности деградации.***

*Первая (начальная) стадия*: 25-35 лет, 1-6 лет длительность → первичное патологическое влечение к алкоголю (в уместных ситуациях), снижение количественного контроля, повышение толерантности, рост алкогольной амнезии, ↓рвотного рефлекса, ↑толерантности, нет абстиненции → ↑конфликтности, ↓проф. роста.

*Вторая (средняя) стадия:* 30-40 лет, течение >10 лет → первичное патологическое влечение к алкоголю (в любых ситуациях, потеря контроля над дозами), ↑толерантности (5-6 раз → плато) → абстинентный синдром, преморбид алкогольной деградации (огрубление эмоций, ↑возбудимость, ↓критики, ← ↓ в ремиссию) → трудовая дезадаптация (↓качества работы, админ. нарушения, деквалификация).

*Третья (конечная) стадия*: → влечение к алкоголю безудержно, спонтанно, ↑↑↑дозы (напоминает жажду), может возникать на первую малую дозу → стремление получить алкоголь любым путем, распитие в любых ситуациях алкоголя и суррогатов → ↓толерантности к алкоголю → грубые, неисправимые патологические изменения во всем организме.

***3. Первая и неотложная помощь. Показания к госпитализации***

*Абсолютные показания* (без согласия), когда больной нуждается в неотложной помощи (нарушено сознание, расстройства восприятия [галлюцинации, психический автоматизм], мышления [бредовые идеи]) и составляет социальную угрозу (для себя и окружающих):

*Психомоторное возбуждение и агрессивное поведение* → фиксация, купирование возбуждения (аминазин, тизерцин, галоперидол, ифтазин), транквилизаторы (реланиум, диазепам).

*Фебрильная шизофрения* → региональная гипотермия, стабилизации сосудистого тонуса (кордиамин, мезатон, глюкоза), предупреждения отека мозга (преднизолон, димедрол, пипольфен)

*Эпилептичекий статус* →

*Тяжело протекающий делирий* → ликвидация двигательного возбуждения (седуксен), энтеросорбция, инфузионная терапия, метаболическая терапия (витамины, панангин, рибоксин).

*Отказ от еды* → ↑аппетита (инсулин, нейролептики), анаболические гормоны (ретаболил), парентеральное питание.

*Тяжелые алкогольные абстиненции* →.

*Тяжелые психотические депрессивные состояния* → диазепам, карбамазенин, сон (золомакс), ↓заторможенности (мелипрамин), амитриптилин.

*Злокачественный нейролептический синдром* → отмена, ↓экстрапирамидных нарушений (диазепам, акинетон, циклодол)

*Генерализованная аллергическая реакция при лечении нейролептиками* → отмена, десенсибилизирующие (димедрол, супрастин), гормоны, инфузионная терапия

*Суицидальное поведение* → сильные успокаивающие средства (левомепрамазин, диазепам, карбонат лития), антидепрессанты (амитриптилин, мелипромин), нейролептики (тизерцин при шизофрении).

Относительные (требуют согласия) – невозможность обеспечить уход за больными в домашних условиях, направление врача поликлиники или другого профиля, проведение трудовой или военной экспертизы.

***1. 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.

***2. Стадии алкоголизма, особенности деградации.***

СТАДИИ алкоголизма

В клинической практике при диагностике хронического алкоголизма выделяют 3 стадии: начальную (I), среднюю (II) и конечную (III).

**Первая** (начальная) стадия алкоголизма. Для этой стадии характерно первичное патологическое влечение к алкоголю, снижение количественного контроля, повышение толерантности, рост алкогольной амнезии. В половине случаев признаки I стадии алкоголизма формируются у лиц в возрасте до 25 лет, в остальных - в 25-35 лет и крайне редко - у пациентов старшего возраста. Продолжительность стадии от 1 до 6 лет.

Патологическое влечение к алкоголю на этой стадии проявляется в наиболее легкой форме обычно в ситуациях, когда традиционно проходят выпивки. Толерантность к алкоголю на этой стадии возрастает в 2-3 раза, исчезает рвотный рефлекс при передозировках, люди заменяют более слабые напитки на более крепкие. Периодически после опьянения тяжелой степени больные забывают события, происходящие в конце этого состояния. Явления абстиненции на этой стадии отсутствуют. Негативные социальные последствия чаще ограничиваются семейными ссорами, замедлением профессионального роста.

**Вторая** стадия алкоголизма. Кроме того, увеличивается выраженность всех симптомов болезни, характерных для I стадии. II стадия алкоголизма формируется в возрасте 25- 35 лет, продолжительность ее у 2/3 больных менее 10 лет, в I / 3 - 10-15 лет.

Первичное патологическое влечение к алкоголю нередко на этой стадии возникает спонтанно. Потеря количественного контроля характеризуется тем, что употребление обычной индивидуальной дозы приводит к неудержимого влечения к дальнейшему употреблению алкоголя. Больные не придерживаются этических и социальных норм, продолжают пить в новых компаниях или самостоятельно.

Толерантность к алкоголю достигает максимума и в течение ряда лет остается постоянной, превышая начальную в 5-6 раз. Высокие дозы принимают или одномоментно, или дробно в течение дня.

Основной признак II стадии алкоголизма - абстинентный синдром - сначала появляются элементарные вегетативные нарушения, которые затем дополняются тяжелыми соматическими и психопатологическими проявлениями.

Во II стадии алкоголизма начинают проявляться изменения личности в виде обострения преморбидных черт. Иногда возникают черты алкогольной деградации (огрубение эмоций, возбудимость, недостаточно критическое отношение к себе), но в период ремиссии они обычно сглаживаются. Социальные последствия во II стадии алкоголизма разные, от малозаметных до глубоких, характеризующихся выраженной дезадаптацией. Трудовая дезадаптация проявляется снижением качества работы, мелкими административными взысканиями, некоторые вынуждены менять места работы, деквалификуються.

**Третья** стадия алкоголизма. Влечение к алкоголю приобретает характер безудержного, возникает спонтанно и требует употребления спиртного в больших количествах. Подобная тяга напоминает голод или жажду. Потеря количественного контроля сопровождается утратой ситуационного контроля. Любая, даже небольшая доза алкоголя вызывает непреодолимое влечение к алкоголю со стремлением получить его любой ценой, даже незаконным путем. Больные употребляют алкоголь самостоятельно или в компании случайных лиц, нередко в несоответствующих местах. В этой стадии происходит снижение толерантности к алкоголю.

В III стадии алкоголизма формируются грубые, часто неисправимые патологические изменения во всем организме.

***3. Первая и неотложная помощь. Показания к госпитализации.***

Показания и порядок госпитализации больных в психиатрический стационар

Направление в больницу проводится по абсолютным и относительным показаниям.

К абсолютным относятся случаи, когда больной нуждается в неотложной терапевтической помощи и составляет социальную угрозу (для себя и окружающих).

К относительным - невозможность обеспечить уход за больными в домашних условиях.

Больной, несущий социальную опасность, может быть направлен в больницу без согласия родственников по решению специальной комиссии.

Психически больных, совершивших правонарушения и признанных судом невменяемыми, суд направляет в больницу на принудительное лечение.

Вопрос о госпитализации в психиатрический стационар решает только врач-психиатр после личного осмотра больного.

Госпитализация психически больных осуществляется:

1. Госпитализация психически больных на общих основаниях проводится по направлению участкового психиатра, врача психиатра психиатрической бригады скорой медицинской помощи. В отдельных случаях допускается госпитализация по направлению врачей другого профиля поликлиник, общесоматических больниц. Окончательное решение о госпитализации принимает дежурный врач-психиатр приемного отделения психиатрической больницы.

В направлении обязательно указываются анамнестические данные, психическое и соматическое состояния больного, шифр диагноза или ведущий синдром, дата и время оформления направления, штамп лечебного учреждения, должность, фамилия врача, его разборчивая подпись и личная печать

На общих основаниях госпитализируются:

• Душевнобольные с их согласия или согласия родных, или опекунов;

• Лица с психическими расстройствами для проведения трудовой или военной экспертизы.

2. Госпитализация в психиатрический стационар по неотложным показаниям проводится в тех случаях, когда у психически больных нарушена сознание, имеют место расстройства восприятия (галлюцинации, психический автоматизм), мышление (наличие бредовых идей), психомоторное возбуждение и у них наблюдаются тенденции, которые могут привести к действиям и поступкам, которые опасны для самих больных и для окружающих.

Из всех категорий неотложных состояний в психиатрии выделяют три основные, связанные с:

• попыткой или угрозой суицида;

• неуправляемым психомоторным возбуждением;

• физическим насилием или его угрозой.

Показания к оказанию немедленной психиатрической помощи:

• Состояние психомоторного возбуждения различной этиологии с импульсивными и агрессивными действиями.

• Затмение сознания.

• Острые галлюцинации и бред

• Депрессия, сопровождается страхом и суицидальными тенденциями

• Состояние выраженной дисфории

Вопрос о необходимости госпитализации в психиатрический стационар решает только врач- психиатр после личного осмотра больного.