

**Психические расстройства при  
соматических  
неинфекционных и  
инфекционных заболеваниях,  
интоксикациях**

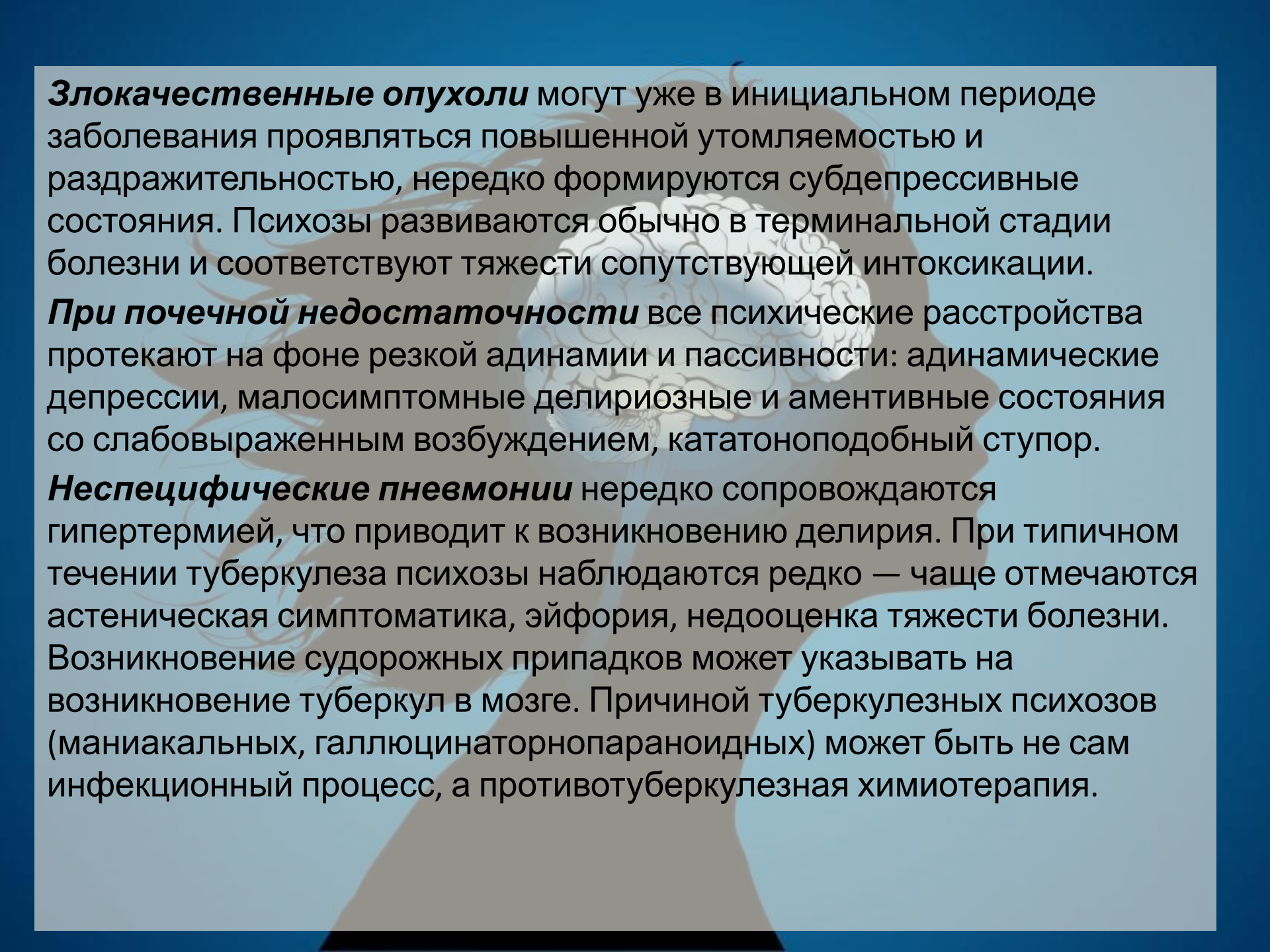
Психические расстройства при соматических неинфекционных, инфекционных заболеваниях, интоксикациях являются собой **психозы**.

Основную роль в их возникновении играют **экзогенные факторы**. **Психоз** с греческого означает нарушенное душевное расстройство, сопровождающееся с явно выраженной психической деятельностью, при этом психические реакции противоречивы с реальной ситуацией, что заметно отражается на восприятии реального мира, а также дезорганизации поведения.

# Психические нарушения при соматических заболеваниях

Рассмотрим психиатрический аспект наиболее часто встречающихся заболеваний:

**Хронические сердечные заболевания** (ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, ревматизм) часто проявляются астенической симптоматикой (утомляемость, раздражительность, вялость), повышенным интересом к состоянию своего здоровья (ипохондрия), снижением памяти и внимания. При возникновении осложнений (например, инфаркт миокарда) возможно формирование острых психозов (чаще по типу аменции или делирия). Нередко на фоне инфаркта миокарда развивается эйфория с недооценкой тяжести заболевания. Сходные расстройства наблюдаются после операций на сердце. Психозы в этом случае возникают обычно на 2-й или 3-й день после операции.



**Злокачественные опухоли** могут уже в инициальном периоде заболевания проявляться повышенной утомляемостью и раздражительностью, нередко формируются субдепрессивные состояния. Психозы развиваются обычно в терминальной стадии болезни и соответствуют тяжести сопутствующей интоксикации.

**При почечной недостаточности** все психические расстройства протекают на фоне резкой адинамии и пассивности: адинамические депрессии, малосимптомные делириозные и аментивные состояния со слабовыраженным возбуждением, кататоноподобный ступор.

**Неспецифические пневмонии** нередко сопровождаются гипертермией, что приводит к возникновению делирия. При типичном течении туберкулеза психозы наблюдаются редко — чаще отмечаются астеническая симптоматика, эйфория, недооценка тяжести болезни. Возникновение судорожных припадков может указывать на возникновение туберкул в мозге. Причиной туберкулезных психозов (маниакальных, галлюцинаторнопараноидных) может быть не сам инфекционный процесс, а противотуберкулезная химиотерапия.

# Лечение

Лечение должно быть направлено на основное заболевание, быть комплексным и индивидуальным. Терапия предусматривает как воздействие на патологический очаг, так и дезинтоксикацию, нормализацию иммунобиологических процессов. Необходимо предусмотреть строгий круглосуточный медицинский надзор за больными, особенно с острыми психозами. Лечение больных с психическими нарушениями строится на общих синдромологических принципах — на применении психотропных препаратов исходя из клинической картины. При астеническом и психоорганическом синдромах назначают массивную общеукрепляющую терапию с назначением **витаминов** и **ноотропов** (пи-рацетам, ноотропил).

# Психические расстройства при инфекционных заболеваниях

Это связано с природой инфекционного процесса, с особенностями реагирования на инфекцию центральной нервной системы.

Психические нарушения имеют место и при так называемых интракраниальных инфекциях, когда инфекция непосредственно поражает мозг. В основе инфекционных психозов лежат разнообразные психопатологические явления, относящиеся к так называемым экзогенным типам реакций.

*Психозы как при общих, так и при интракраниальных инфекциях протекают:*

- 1) в форме **транзиторных психозов**, исчерпывающихся синдромами помрачения сознания: делирий, аменция, оглушение, сумеречное помрачение сознания (эпилептиформное возбуждение).
- 2) в форме **затяжных** (протрагированных, пролонгированных) психозов, протекающих без нарушения сознания (переходные, промежуточные синдромы), к ним относятся: галлюциноз, галлюцинаторно-параноидное состояние, депрессивно-параноидное, маниакально-эйфорическое состояние, апатический ступор, конфабулез;
- 3) в форме **необратимых психических расстройств** с признаками органического поражения центральной нервной системы - корсаковский, психоорганический синдромы ( состояние общей психической беспомощности).

- **1. Астенические состояния** – слабость, вялость, утомляемость, трудность сосредоточения, нарушение сна, ночные кошмары. Выраженность астенических изменений зависит от тяжести заболевания. Часто наблюдаются в кардиологической клинике (пороки сердца, ревматические атаки). Астения всегда сопровождает длительно протекающие лихорадочные состояния.
- **2. Делирий** – дезориентировка в пространстве, иллюзии, галлюцинации, страх, психомоторное возбуждение. При соматических заболеваниях (почек, сердца, желудочно-кишечного тракта) делириозные состояния кратковременные. При инфекционных заболеваниях делириозные состояния более отчетливы и продолжаются длительное время. Риск их возникновения повышается в следующих условиях: а) при длительной лихорадке; б) при критическом падении температуры тела; в) при алкогольной зависимости в анамнезе.
- **3. Оглушенность** – нечеткая ориентировка в окружающем, заторможенность, на вопросы отвечают замедленно, односложно и невпопад, нарушена память на текущие события. Большую часть дня пациенты сонливы. Состояние оглушенности наблюдается при тяжелых интоксикациях, терминальных стадиях онкозаболеваний.



- **4. Аменция** – полная дезориентировка, бессвязная речь, хаотическое возбуждение в пределах постели. Наблюдается при длительных изнуряющих инфекционных и соматических заболеваниях. Аментивное состояние может продолжаться в течение многих недель и даже месяцев.
- **5. Депрессии.** Характерны тревога, апатия, ипохондрические идеи, могут высказываться суицидные идеи. Развиваются при самых различных соматических заболеваниях. Часто при обезображивании лица (после ожогов, травм), у пациентов с кожными заболеваниями. Депрессии также характерны для эндокринных заболеваний (при акромегалии, базедовой болезни, ожирении). Пациентам с онкологическим заболеванием и плохим прогнозом характерны глубокие депрессии с суицидными мыслями и намерениями.
- **6. Фобии.** Развиваются у соматических больных с чрезмерной реакцией на болезнь. У пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями - кардиофобии. У пациентов с желудочно-кишечными расстройствами нередко наблюдаются канцерофобии. Пациенты, страдающие фобиями, обычно испытывают бессонницу, повышенную утомляемость и раздражительность. Одиночные фобии могут становиться множественными: например, к кардиофобиям присоединяется страх высоты, открытых или закрытых пространств и т.п.

# Лечение

Перевод в психиатрический стационар лишь в крайних случаях. Пациент должен находиться под совместным наблюдением специалиста по основному заболеванию и психиатра. Лечение соматогенных психических расстройств заключается в применении препаратов с более мягким действием, не обладающих гепатотоксическими и нефротоксическими свойствами.

При астенических состояниях применяют поливитаминные комплексы, ноотропные препараты (**ноотропил, пантогам**), биологические стимуляторы (**настойка женьшеня, элеутерококка**), введение глюкозы. При выраженной эмоциональной неустойчивости и расстройствах сна применяют транквилизаторы (**феназепам, нитразепам**) на короткое время, во избежание привыкания. При возникновении делирия прибегают к применению нейролептиков на короткий курс.

# Алгоритм неотложной помощи при возникновении делирия при соматических и инфекционных заболеваниях

- Установить около пациента индивидуальный пост.
- Вызвать дежурного или лечащего врача.
- Механического стеснения не применять, только удерживание.
- Приготовить к приходу врача: ампулы **аминазина**, либо **тизерцина**, либо **галоперидола**, а также **реланиума** и сердечных и дыхательных стимуляторов (**кордиамина**, **цититона**).
- Ввести медикаменты, назначенные врачом.
- Наблюдать за психическим и соматическим состоянием пациента (частотой и характером пульса, АД, дыханием).

# Психические расстройства при интоксикациях

*Острые и хронические отравления токсичными веществами могут вызывать как психозы, так и непсихотические расстройства. Это могут быть невротоподобные нарушения или формирование психоорганического синдрома.*

**Острые интоксикационные психозы.** Наиболее часто — **интоксикационный делирий** (при отравлении атропином, димедролом, антидепрессантами, угарным газом — характерны обонятельные галлюцинации, — грибами).

**Интоксикационный параноид** формируется при отравлении психостимуляторами и характеризуется яркими зрительными, тактильными и слуховыми галлюцинациями, бредом величия.

**Интоксикация с маниакальноподобным состоянием** — для нее характерны все признаки маниакального синдрома: эйфория, усиление двигательной активности, эротизм, ускорение мышления.

Интоксикация с эпилептоидными припадками развивается при отравлении свинцом и характеризуется развитием судорожных припадков.



## **Хронические интоксикации проявляются:**

- *неврозоподобным синдромом* — явлением истощения, вялости, потери активности наряду с ипохондрией и депрессивными проявлениями;

- *психоорганическими расстройствами*, которые развиваются при хроническом отравлении свинцом, бензином и проявляются признаками снижения памяти и интеллекта.

# Лечение

*Самое главное — это дезинтоксикация, выведение отравляющего вещества из организма.*

*В/в :*

- Гемодез Н;
- Реамберин;
- Реосорбилакт;
- Неокомпенсан;
- Реополиглюкин;
- Желатиноль.

*Транквилизаторы ( реланиума, феназепам)*

*Ноотропы и легкие стимуляторы (сиднокарб, настойки лимонника, женьшеня)*