**ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедрапсихіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,

наркології та сексології

Затверджено на методичній нараді кафедри

психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,

наркології та сексології

Зав.кафедрид.мед.н., професор В.В.Чугунов

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“\_\_\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015року

###### МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

до практичного заняття по темі №**8**«Питання наркології.

Психічні та поведінкові розлади внаслідок зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами. Токсикоманічні синдроми залежності. Соціальні та медичні проблеми зловживання ПАР. Питання профілактики та лікування»

для студентів 4 курсу медичного факультету

(спеціальність «Лабораторна діагностика», спеціалізація– лікар-бакалавр)

Запоріжжя – 2015 рік

**Тема 8**. Питання наркології.

Психічні та поведінкові розлади внаслідок зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами. Токсикоманічні синдроми залежності. Соціальні та медичні проблеми зловживання ПАР. Питання профілактики та лікування.

**I. Актуальність теми.**

**II. Навчальні цілі заняття:**

 ***2.1. Студент повинен знати: 1.1. Студент повинен знати***

- Основні теоретичні положення про залежність від психоактивних речовин.

- Патогенетичні механізми розвитку захворювання.

***1.2. Студент повинен уміти***

- Зібрати та оцінити скарги і анамнез хворого, у якого є залежність від психоактивних речовин.

- Клінічно оцінити симптоми, які указують на алкогольну залежність та від інших психоактивних речовин (а-11).

- Оцінити дані додаткових методів обстеження та експериментально-психологічних досліджень хворих (а-11).

- Проведення профілактики та диференційної діагностики різних видів залежностей від психоактивних речовин (а-11).

- Призначення хворому необхідної адекватної терапії при алкогольній залежності та від інших психоактивних речовин (а-111).

**ІІ. Зміст самостійної роботи:**

Засоби, що впливають на психіку людини і змінюють її, позначають як психоактивні. До психоактивних речовин відносять психотропні засоби, наркотики, токсикоманические речовини.

Термінологія

Психотропні засоби - речовини, що впливають на психіку людини і приємним з метою лікування психічних захворювань.

До психотропним засобам ставляться психостимулятори, антидепресанти, нейролептики, седативні засоби, транквілізатори.

Наркотики, або наркотичні засоби (від грец. Narkotikos - приводить в заціпеніння) - природні і синтетичні речовини, які надають специфічний вплив на нервову систему і здатні викликати розвиток наркоманії.

Токсикоманічні речовини - хімічні засоби, що роблять специфічний вплив на нервову систему, але не належать до наркотиків.

Специфічне вплив на нервову систему наркотичних і токсикоманических речовин полягає в їх ейфоричному, галюціногенному, стимулюючому, умиротворяє і тому подібних ефектах.

Наркоманія - типова форма психосоматичної патології, що викликається засобами, включеними в офіційний список наркотиків.

Токсикоманія - типова форма психосоматичної патології, що формується при зловживанні речовинами, що не відносяться до наркотиків (у тому числі - ЛЗ та алкоголем).

Нарко- і токсикоманії супроводжуються розвитком психічної та фізичної залежності, а також патологічними змінами лич

ності, розвитком комплексу психічних, невротичних, вегетативних і соматичних розладів.

Етіологія наркоманії і токсикоманії Причини

• Засоби, що спричиняють наркоманію:

♦ Опіати (героїн, морфін, препарати опійного маку).

♦ Стимулятори ЦНС (кокаїн, марихуана та інші препарати індійських конопель).

♦ Галюціногени (діетіламідлізергінової кислоти, мескалін та ін.).

• токсікоманіческое засоби, що застосовуються з немедичною метою.

♦ Деякі хімічні реактиви (наприклад, леткі органічні розчинники).

♦ Побутові хімічні речовини (наприклад, інсектициди, клеї, репеленти).

♦ Етанол.

♦ ЛЗ, що не відносяться до наркотиків (наприклад, транквілізатори).

Фактори ризику

До факторів ризику відносяться умови, що сприяють повторному застосуванню зазначених речовин.

• Соціальні (наприклад, низький матеріальний рівень, інформаційні перевантаження, нестабільні періоди розвитку суспільства і особистості, стреси, національні звичаї, навколишнє соціальне середовище та ін.).

• Психологічні (низька соціальна адаптованість, слабкий

тип ВНД).

• Біологічні (спадкова схильність до застосування психоактивних речовин).

Види наркоманії і токсикоманії НАРКОМАНІЇ

У залежності від застосовуваного кошти виділяють каннабізм, кокаїнізм, опійну і викликану галюциногенами наркоманію, а також Полінаркоманія.

**Каннабізм** (від лат. Cannabissativa - коноплі індійська) розвивається внаслідок застосування препаратів канабісу: марихуани, анаші,

гашишу та ін., що містять психоактивну речовину тетрагідроканнабінол.

• Ефекти від попадання тетрагідроканнабінолу в кров:

♦ Відчуття загальної релаксації.

♦ Ейфорія (що нагадує прийом малої дози алкоголю).

♦ Розлади мислення.

♦ Порушення концентрації уваги, зниження кмітливості.

♦ Поведінкові розлади (аналогічні що спостерігається при алкогольної інтоксикації).

• Метаболізм: у печінці тетрагідроканнабінол перетворюється на з'єднання з більш низьким психоактивних ефектом.

Кокаїнізмрозвивається при вживанні кокаїну, що виділяється з листя рослини Erythroxyloncoca. Використовується у вигляді білого кристалічного порошку. Чинне початок - метиловий ефір бензілекгоніна - стимулятор ЦНС, місцевий анестетик, вазоконстріктор.

• Механізм дії: блокада трансмембранного переносу біогенних амінів в нейрони, гальмування захоплення катехоламінів закінченнями адренергічних нервових волокон.

• Ефекти: при застосуванні кокаїну поліпшується настрій і самопочуття, збільшуються ЧСС і АТ (нерідко - розвиток гіпертензивних реакцій), підвищується температура тіла (іноді - гіпертермія).

• Метаболізм: кокаїн руйнується в крові під дією естераз. Його метаболіти виділяються з сечею.

Опийная наркоманіярозвивається при використанні опіатів: морфіну, кодеїну (3-метоксіморфіна). Їх отримують з молочного соку опійного маку (Papaversomniferum). З морфіну виробляють напівсинтетичні з'єднання: гідроморфон, диацетилморфин (героїн), оксикодон. Синтетичний опиоид - тримеперидин.

• Механізм та ефекти. Опіоїди взаємодіють з опіатних рецепторами, наявними у клітин, у тому числі - в нервових. Природними лігандами для опіатних рецепторів є ендогенні опіоїдні пептиди: енкефаліни, ендорфіни, динорфин. При взаємодії опіатів з рецепторами ЦНС розвиваються наступні симптоми.

♦ Зниження гостроти больових відчуттів. Опосередковується нейронами спинного мозку, таламуса і сірої речовини в області Сільвієвій водопроводу.

♦ Седативний ефект. Реалізується за участю ретикулярної формації та смугастого тіла.

♦ Ейфорія. Розвивається у зв'язку з активацією лімбічної системи.

♦ Пригнічення дихання. Обумовлено зниженням чутливості нейронів дихального центру до pCO2 в крові.

♦ Нудота, блювота. Ефекти опосередковуються нейронами довгастого мозку.

• Метаболізм. Опіоїди трансформуються в печінці (в основному, шляхом кон'югированія з глюкуроновою кислотою). Виводяться з організму метаболіти опадів з калом, а також із сечею.

Наркоманія, викликана галюциногенами

Діетиламідлізергінової кислоти (ЛСД), мескалін і псилоцибін з лікувальною метою не використовуються. При одноразовому застосуванні надають псіхоміметіческій ефект і викликають гострі психози. Повторне їх використання швидко призводить до психічної залежності.

Ефекти: ЛСД і мескалін - сильнодіючі та швидкодіючі засоби. Зазвичай вже через кілька хвилин реєструються тахікардія, артеріальна гіпертензія, гіпертермія, зміни настрою, порушення реалістичності сприйняття навколишньої дійсності, галюцинації, синестезії. Можуть розвинутися і стану невмотивованої паніки, чреваті антисоціальними діями (провокацією насильства, руйнуванням предметів тощо).

Полінаркоманії- одночасне або почергове використання двох або декількох наркотичних засобів.

Особливості: потенціювання токсичних ефектів споживаних наркотиків, посилення ступеня фізичної залежності, важкі розлади життєдіяльності організму, зниження ефективності терапевтичних заходів.

Токсикоманіїрозвиваються при вживанні речовин, які не є наркотиками. До найбільш часто вживаним засобів відносяться психотропні речовини, діссоціатівние анестетики і етанол. Психотропні речовини в медицині застосовують для лікування психозів, неврозів і неврозоподібних розладів. До цих речовин відносяться нейролептики (наприклад, хлорпромазин, хлорпротіксен, галоперидол), антидепресанти (наприклад, амітриптилін), транквілізатори (наприклад, медазепам, діазепам). Важливо, що ці препаративолодіють властивістю викликати психічну і навіть фізичну залежність при їх тривалому застосуванні.

Діссоціатівние анестетики (наприклад, фенциклидин) використовуються у ветеринарії для короткочасного знерухомлення тварини. Вони викликають загальне психомоторне збудження, аналгезії, дизартрію, порушення координації рухів і уявлень про власне тіло, відчуження від оточуючих, дезорганізацію мислення, психотичні стани.

Етанолє причиною найбільш поширеною у населення багатьох країн токсикоманії - алкоголізму.

Алкоголізм - вид токсикоманії, характеризується патологічним потягом до вживання спиртних напоїв і формуванням фізичної залежності з розвитком абстинентного (похмільного) синдрому у разі припинення пріё- ма етанолу.

При хронічному алкоголізмі спостерігається деградація особистості, стійкі соматичні та психоневрологічні розлади. Поширеність. До 20% дорослого населення Росії страждає алкоголізмом. Частіше він формується у віці 20-29 років. Залежність від підлоги. Чоловіки хворіють майже в 5 разів частіше, проте, у жінок алкоголізм розвивається швидше.

• Фактори ризику

♦ Повторне вживання алкоголю та інших психотропних речовин, у тому числі нікотину.

♦ Алкоголізм в сімейному анамнезі (ризик розвитку алкоголізму у дітей алкоголіка - близько 50%).

♦ Належність до чоловічої статі у поєднанні з молодим віком, відсутністю сім'ї.

♦ Систематичне вживання алкоголю в кількості 5 і більше алкогольних доз (60 мл чистого етилового спирту) принаймні 1 раз на тиждень.

♦ Підвищена чутливість до алкоголю.

♦ Негаразди суспільства (економічне, ідеологічне, моральне).

• Метаболізм етанолу

♦ Після прийому етанол швидко всмоктується з шлунка і тонкої кишки в кров і циркулює в ній, легко проникаючи в клітини. 5-10% етанолу виділяється з сечею, калом, потом, молоком, повітрям; 90% окислюються до води і CO2.

♦ Окислення етанолу відбувається переважно в печінці спочатку до ацетальдегіду (реакцію каталізуютьалкогольдегідрогенази), а на наступних етапах ферменти циклу Кребса розщеплюють ацетальдегід до води і CO2. Ацетальдегід циркулює в організмі, легко проникає через клітинні мембрани і дуже токсичний. Токсичність алкоголю визначається саме ефектами ацетальдегіду.

♦ Зміна функцій ЦНС визначається вмістом етанолу в крові: 50 мг% - седативний ефект; 50-150 мг% - порушення координації рухів; 150-200 мг% - важка інтоксикація, порушення; 300-400 мг% - несвідомий стан; > 400 мг% - потенційно смертельна концентрація.

Загальний патогенез нарко- і токсикоманії

Наркотики і токсикоманические речовини мають відмінності в структурі і механізмі дії. Разом з тим формування психічної та фізичної залежності, реалізація їх ефектів в організмі має ряд загальних патогенетичних закономірностей.

Патологічний потяг до повторного вживання психоактивної речовини

• Прийом наркотику або токсикоманического речовини викликає індивідуальні, більш-менш виражені, позитивні емоції. Це спонукає до повторного використання даної речовини (феномен «підкріплення»).

• Кожен епізод штучно викликаного стану комфорту сприяє формуванню патологічної системи. Функція цієї системи має на меті прийом черговий (підкріплює) порції речовини для досягнення психологічного і фізичного комфорту.

• До основних компонентів патологічної системи підкріплення відносяться структури стовбура мозку (в їх числі locusceruleus - блакитнувате місце, що розташоване на дні четвертого шлуночка), лімбічна система. Медіаторами патологічної системи підкріплення є дофамін, норадреналін, серотонін, ендогенні опіоїди.

Формування психічної та фізичної залежності

• Психічна залежність - стан, що характеризується розвитком дискомфорту (наприклад, депресії, тривоги, глибокої туги) при припиненні надходження в організм психоактивної речовини, яка забезпечує почуття задоволення, психічного і фізичного підйому.

• Фізична залежність - стан, що характеризується вираженими гострими порушеннями фізичного стану, глибокими розладами діяльності ЦНС, органів, тканин і їх систем при припиненні надходження в організм психоактивної речовини.

• Синдром абстиненції - стан, що розвивається при припиненні введення в організм психоактивної речовини на тлі фізичної залежності від нього. Гострий період абстиненції триває до 4-5 тижнів. Характеризується комплексом ознак психічних, вегетативних і фізичних розладів.

Зміна психічного стану: занепокоєння, незадоволеність, туга, дискомфорт, злостивість.

Вегетативні та фізичні розлади: м'язові болі, судоми м'язів ніг, м'язова слабкість, нудота, блювання, пронос, болі в шлунку і кишечнику, коливання артеріального тиску, пітливість, тахікардія, безсоння.

Розвиток толерантності до психоактивному речовини

Патогенетична основа толерантності - модифікуючий вплив психоактивних речовин на клітинні мембрани, рецепторні структури клітин і ферменти.

• Оптимальне функціонування нейрона визначається физикохимической станом мембран, їх іонних каналів, пов'язаних з ними рецепторів і ферментів.

• Повторний прийом наркотиків і токсичних речовин збільшує в'язкість мембран клітин, у тому числі - нейронів. Зростає їх ригідність (в певній мірі це пов'язано з накопиченням в мембранах надлишку холестерину, а також пальмітинової та інших ВШК).

• Підвищення щільності біомембран збільшує їх стійкість (толерантність) до дії психоактивних речовин.

• Зростання жорсткості мембран перешкоджає рухливості в них рецепторів, що робить їх менш доступними для нейромедіаторів системи підкріплення при відсутності психоактивної речовини.

Стадії нарко- і токсикоманії ПОЧАТКОВА СТАДІЯ

Початкова стадія (психічного потягу до психоактивному речовини) характеризується розвитком комплексу синдромів.

♦ Астенічний синдром. Він проявляється підвищеною дратівливістю, нестриманістю, швидкої фізичної і розумової стомлюваністю, погіршенням пам'яті, розладами чутливості (наприклад, гіпо-, гіпер і парестезії), порушеннями сну.

♦ Синдром психічної залежності від психоактивної речовини. Обумовлений виснаженням запасів нейромедіаторів в нейронах.

♦ Синдром підвищеної толерантності до речовини. Для підтримки комфортного стану потрібне постійне збільшення дози речовини.

♦ Синдром адаптації до негативних ефектів психоактивної речовини. При цьому наголошується нівелювання і зникнення неприємних реакцій (нудоти, блювоти, псевдоаллергических реакцій, головного болю та ін.), Що виникали раніше при його прийомі.

СТАДІЯ фізичної залежності (наркоілітоксікоманіческое, субкомпенсації) також характеризується формуванням своєрідного комплексу патогенних синдромів.

♦ Синдром фізичної залежності від речовини. На цій стадії організм адаптований до наявності в ньому певного рівня психоактивної речовини. При зниженні його концентрації або припинення надходження в організм розвивається абстинентний синдром.

♦ Абстинентний синдром. Є наслідком накопичення дофаміну та інших біогенних амінів в тканини мозку (особливо в структурах «системи підкріплення») при істотному зниженні вмісту психоактивної речовини в організмі. Інший механізм - зміни активності (звичайно пониження) інших медіаторних систем мозку: опіоїдергичної, серотонінергичної, холінергічної, ГАМКергічної.

♦ Синдром прогресуючого підвищення толерантності до психоактивному речовини. Хворі при ньому збільшують дозу речовини, аж до токсичної.

ФІНАЛЬНА СТАДІЯ (енцефалопатіческая, декомпенсації) являє собою комплекс наступних синдромів:

♦ Синдром фізичної залежності. Він посилюється внаслідок того, що психоактивну засіб або його метаболіти стають компонентами і регуляторами обміну речовин у нервовій тканині і багатьох органах.

♦ Синдром зниженою толерантності до психоактивному речовини. Споживання цієї речовини стає більш рідкісним, але обов'язковою; доза препарату зменшується; вживання препарату не супроводжується усуненням дискомфорту і розвитком ейфорії.

♦ Синдром поліорганної недостатності. Він обумовлений грубими метаболічними і структурними змінами в органах і тканинах. Розвиваються прогресуючі диспептичнірозлади і синдроми мальабсорбції з розвитком кахексії; дихальна, печінкова, ниркова недостатність і недостатність кровообігу; невропатії, енцефаліти. ♦ Синдром деградації особистості. Характеризується втратою індивідуальних особистісних рис; зниженням інтелекту; втратою інтересу до навколишньої дійсності. Фінальна стадія токсико- та наркоманії характеризується високою смертністю. Основні причини її: серцева недостатність і ниркова недостатність, інфекційні захворювання.

Розрізняють три критерії наркоманії: медичний, соціальний і юридичний. Медичний критерій указує на те, що речовина володіє такими властивостями, які служать причиною їх немедичного вживання. Соціальний критерій виявляється у тому, що вживання наркотичної речовини так розповсюдилося, що придбало соціальне значення. Юридичний полягає у тому, що до наркотика відноситься речовина, затверджена в списку МОЗ. Зловживання іншими психоактивними речовинами позначаються як токсикоманії. Отже відмінність між наркоманією і токсикоманією не така медична, скільки юридична. Тривала інтоксикація наркотичними речовинами супроводжується розвитком гострих психотичних станів (психозів) і хронічних змін особи хворого, що розвиваються . Психотоксична дія поєднується із загальнотоксичним впливом речовин, які вживаються, на різні органи, страждають функції печінки, нирок, сердцево- судинної системи, органів травлення.

У розвитку наркоманій будь-якої форми виділяють наступні три стадії: адаптації, абстинентних явищ і виснаження. Перша стадія (церебрастенична) характеризується двома ознаками - зміною реактивності організму при взаємодії з наркотиком і розвитком психологічної і психічної залежності. На стадії абстинентних явищ (енцефалопатичній) приєднується синдром фізичної залежності, виникає компульсивний потяг. Стадія виснаження відрізняється прогресуючим виснаженням захисних властивостей організму. На цій стадії ейфоризуючий і тонізуючий ефект знижується. Хворі приймають наркотики в значно менших дозах, в основному вже для того, щоб підтримати організм в задовільному психічному і фізичному стані.

У лікуванні слід зупинитися на загальних принципах, які мають на увазі тривале, спочатку стаціонарне, потім амбулаторне лікування. Застосовується дезінтоксикаційна і загальнозміцнююча терапія. Показані транквілізатори і нейролептики, при депресивних станах - антидепресанти, особливо інгібітори зворотного захоплення серотоніну (ципраміл, ципролекс, золофт). Широко використовується фізіотерапія, фітотерапія, акупунктура, але в першу чергу - це психотерапевтичні методи лікування.

 Попередження наркоманій і токсикоманій передбачає низку медичних, санітарно-гігієнічних і соціальних заходів. Необхідно направити зусилля на вироблення негативного відношення населення до наркотичних речовин, особливу увагу слід надавати виховною роботі з молоддю. Необхідно також своєчасно виявляти осіб, схильних до наркотизму і проводити профілактичне лікування.

**Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю та іншими психоактивними речовинами**

***Міжнародна класифікація хвороб МКБ-10***

|  |
| --- |
| Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гостра інтоксикація алкоголем | Вживання алкоголю з шкідливими наслідками  | Синдром залежності від алкоголю | Стан відміни алкоголю | Стан відміни алкоголю з делірієм | Психотичні розлади | Амнестичний синдром | Резидуальнийпсихотичний розлад і психотичні розлади з пізнім дебютом | Інші психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю  | Неуточнений психічний та поведінковий розлад внаслідок вживання алкоголю  |

|  |
| --- |
| Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин (ПАР) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гостра інтоксикація ПАР | Вживання ПАР з шкідливими наслідками  | Синдром залежності від ПАР | Стан відміни ПАР | Стан відміни ПАР з делірієм | Психотичні розлади | Амнестичний синдром | Резидуальнийпсихотичний розлад і психотичні розлади з пізнім дебютом | Інші психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР  | Неуточнений психічний та поведінковий розлад внаслідок вживання алкоголем  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіатів | Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання канабіноідів | Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання седативних або снодійних речовин | Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання кокаїну | Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання інших стимуляторів, включая кофеїн | Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання галлюциногенів | Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання табаку | Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання летучих розчинників  | Психічні та поведінкові розлади внаслідок спільного вживання наркотиків та інших ПАР |  | Резидуальнийпсихотичний розлад і психотичні розлади з пізнім дебютом | Інші психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР  | Неуточнений психічний та поведінковий розлад внаслідок вживання алкоголем  |

|  |
| --- |
| Діагностика психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю та інших психоактивних речовин  |

Експериментально-психологічні методи дослідження

Біохімічні методи дослідження

Клінічне дослідження

Функціональні методи дослідження

загальнозміцнюючі,

ноотропні засоби

дезінтоксикаційна,

симптоматична терапія

Медикаментозне

***Лікування хворих з*** психічними та поведін-ковими розладів внаслідок вживання ПАР

Немедикаментозне

Психотропні засоби

Специфічні методи лікування

Психотерапія

Фізіотерапія

- галоперідол

- клопіксол

- флюанксол

- труксал

- рісполепт

амітриптилін

ципраміл, ципролекс

золофт, флувоксамін

діазепам, гідазепам

феназепам,

хлордіазепоксід

нітразепам

оксазепам

-умовноре-

флекторна терапія

- сенсибілізуюча

терапія

 терапія метадоном та бупренорфіном

- лазеротерапія

- голкорефлек-

сотерапія

- МРТ

**Методи дослідження хворих із психічними та**

**поведінковими розладів внаслідок вживання ПАР**

**Клінічне обстеження хворого**

**Експериментально-психологічні дослідження:**

асоціативний експеримент

тести зорової та слухової пам’яті

проби на запам’ятовування 10 слів

писхометрична шкала Векслера

піктограм по О.Р.Лурія

тест Равена

методики классифікації, узагальнення, ділення понять, виключення 4 –го лишнього

розуміння переносногоглузду прислівї’в, приказок, сюжетного змісту картин, розповідей.

тест Люшера

коректурна проба

таблиці Шульте

проективні методи дослідження особистості.

***2.3 Студент повинен опануватитакіпрактичнінавички:***

**III. Виховні цілі.**

**IV. Міждисциплінарна інтеграція.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дисципліни | Знати | Вміти |
| I**.Попередні дисципліни**1. Нормальна анатомія2. Нормальна фізіологія3. Патанатомія4. Патфізіологія | Знати будову кори , підкоркових центрів та судинної системи головного мозку.Засвоїти функціональні можливості різних частин головного мозку.Знати можливі патоморфологічні зміни в судинній та лікворній системах, мозковій тканині при органічних формах розладів Засвоїти особливості діяльності головного мозку  | Вміти визначати можливе місце розташування патологічного осередку в ЦНС.Вміти визначати параметри нормального функціонування різних частин головного мозку за даними ЕЕГ,ЕПО.Вміти інтерпретувати типові патологоанатомічні зміни в судинній та лікворній системах, мозковій тканині при органічних формах розладів Вміти визначити клінічні та лабораторні симптоми порушень мозкової діяльності за даними ЕЕГ,КТГМ. |
| **II. Наступні дисципліни** 1. Нейрохірургія2. Неврологія (дитяча неврологія) | Знати початкові ознаки і клінічні особливості перебігу пухлин, гематом, вроджених вад головного мозку.Знати резидуальну неврологічну мікросимптоматику: асиметрію лицевої іннервації, незначні окорухові розлади, нерівномірність сухожильних і шкірних рефлексів, діенцефальні розлади. | Вміти виставити діагноз по клінічним ознакам органічних форм розладів особистості.Вміти асистувати при оперативному втручання по висмоктуванню гематоми (чи видаленню пухлини).Вміти виставити попередній діагноз та призначити лікування. |
| **III. Внутрішньопредметна інтеграція** 1.Розлади відчуттів та сприйняття у нормі та патології2. Діагностичні та терапевтичні заходи при різноманітних розладах відчуттів та сприйняття  | Знати етіопатогенез та клінічні особливості перебігу розладів відчуттів та сприйняття Засвоїти основні діагностичні критерії та терапевтичні заходи при різних формах розладів відчуттів та сприйняття  | Вміти призначити план обстеження, визначати основні клінічні симптоми.Вміти призначити диференційоване обстеження та лікування  |

**V. Зміст та структура теми заняття:**

**VI. План та організаційна структура заняття.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №пп | Основні етапи заняття, їх функції та зміст | Навчальні цілі в рівнях засвоєння | Методи контролю і навчання | Матеріалиметодичногозабезпечення (контролю,наочності,інструктивності) | Розподіл часу (хв..) |
| 1.2.3. | **Підготовчий етап**Організаційні заходиПостановка навчальних цілей та мотивація**Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь**:1.Етіологічна структура та патогенез.2.Особливості діагностики.3.Диференціальна діагностика.4. Показання для примусової госпіталізації.5. Нагляд , питання експертизи та лікування хворих в умовах поліклініки. | IIIIIIIIIIIII | Фронтальне індивідуальне усне експрес - опитуванняТестовий контроль II рівняРішення типових задач II рівняТестовий контроль III рівня | П.1 актуальність темиП.2 навчальні ціліТаблиці, малюнки, структурно-логічні схеми, лікарські препарати, слайдиПитання для індивідуального опитуванняТести та задачі II рівняТести IIIрівня | 25 хв. |
|  | **Основний етап****4.Формування професійних вмінь та навичок:**1.Оволодіння методикою проведення збору анамнезу життя та захворювання та оцінити ці данні.2.Сформувати вміння провести соматичне , психоневрологічне та лабораторно-інструментальне обстеження статусу хворого, інтерпретувати їх дані.3.Опанувати вміння обґрунтовувати попередній діагноз та скласти план обстеження хворого.4.Вміти провести диференційну діагностику на основі клінічних та допоміжних лабораторних даних і встановити заключний діагноз.5. Досконало засвоїти принципи та план лікування хворого. | IIIIIIIIIIIIIII | Професійний тренінг на хворому. Рішення тестів тазадач III рівня. Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій | Алгоритми (орієнтовані карти) для формування практичних навичок та вмінь.ХворіІсторії хвороби, протоколи обстеження та лікуванняТести та нетипові задачі III рівняІмітаційні ігри | 260 хв. |
| III | **Заключний етап**5.Контроль та корекція рівня засвоєння професійних вмінь та навичок6. Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного, організаційного)7. Домашне завдання (основна і додаткова література по темі) | III | Індивідуальний контроль навичок або їх результатів. Аналіз та оцінка результатів клінічної роботиРішення нетипових задач IIIрівня.Тестовий контроль III рівня. | Результати клінічної роботи (історія хвороби)Задачі III рівняТести III рівняОрієнтована карта для самостійної роботи з літературою | 15 хв. |

**VII. Матеріали методичного забезпечення заняття.**

Питання для контролю початкового рівня знань:

**Тести I рівня:**

1. Для сп'яніння барбітуратами не характерні:

 А.\* Гіперактивність

 В. Галюцинації.

 С. Порушення сенсорного синтезу.

 Д. Ілюзії.

 Е. Ейфорія.

2. Для 3 стадії алкоголізму не характерні:

 А.\* Псевдозапої.

 В. Алкогольні психози.

 С. Алкогольне недоумство.

 Д. Вживання сурогатів.

 Е. Зниження толерантності.

3. Прямим доказом тяги до спиртного є:

 А. \*Появлення симптомів відміни.

 В. Конфабуляції.

 С. Цироз печінки.

 Д. Порушення пам'яті.

 Е. Тремор верхніх кінцівок.

4. Серед хворих на алкогольну залежність частіше зустрічаються особи з рисами :

 А. Астенічними.

 В. Істероїдними.

 С. Шизоїдними.

 Д. Синтонними.

 Е.\* Епілептоїдними.

5. Поняття про форму зловживання алкоголем, як правило, не містить у собі інформації про:

 А.\* Характер толерантності.

 В. Періодичність вживання алкоголю.

 С. Запійний тип вживання.

 Д. Постійному характері пияцтва.

 Е. Усім перерахованим.

6. Для Корсаковського психозу не характерно :

 А. Порушення аллопсихічної орієнтировки.

 В. \*Маревні ідеї.

 С. Фіксаційна амнезія.

 Д. Конфабуляції.

 Е. Ретроградна амнезія.

7. У наркоманів після закінчення дії наркотика виникають важкі психічні, неврологічні, соматичні розлади. Як називається цей симптомокомплекс?

А. Лікарська залежність

В. Сенсибілізація

С.\* Абстінентний синдром

Д. Кумуляція.

Е. Толерантність.

8. Хворому 33 років. Протягом місяця відпочивав у родичів на Кавказі, щодня пив вино до 3 л. Повертаючись додому помітив, що попутники в купе поводяться чудно, якось зловісно дивляться на нього, чомусь дістали ніж і почали різати хліб. Він зрозумів, що йому показують, як з ним розправляться. Дуже злякався, вибіг в купе і попросив провідника заховати його. Коли потяг під'їхав до станції, побачив за вікном людей, що біжать. Зрозумів, що біжать за ним і його чекає смерть. На ходу виплигнув з вагону і з криками: "Допоможіть, врятуйте!" побіг у бік вокзалу. Визначте діагноз

А. Алкогольний делірій.

В. Гострий алкогольний галюциноз.

С.\* Гострий алкогольний параноїд .

Д. Шизофренія.

Е. Реактівнийпараноїд.

9. Хворий 21-го року. Недавно переніс важку форму пневмонії з подальшою астенією. На весіллі друга випив 0.2 л горілки. Швидко сп'янів, мова стала дизартричною, походка хитка. Потім нібито отверезів, встав із-за столу і швидким кроком вийшов на кухню. Не відповівши на питання господині, що йому потрібно, схопив ніж і швидко повернувся до столу, де почав голосно кричати, розмахуючи ножем. Не розумів звернених до нього слів. Нападав на гостей, загрожуючи вбивством, чинив різкий опір. Обличчя було блідим, зіниці розширені. Через 15 хвилин заспокоївся і заснув на дивані у сусідній кімнаті. На наступний ранок нічого не пам'ятає про те, що трапилося. Визначте форму сп'яніння:

А. Средня ступінь простого сп'яніння

В. Епілептоідна форма простого сп'яніння.

С.\* Паталогічне сп'яніння.

Д. Дисфорічна форма простого сп'яніння

Е. Параноїдная форма простого сп'яніння

10. Хворому 19 років. Спадковість обтяжена алкоголізмом і шизофренією. По характеру соромливий, невпевнений у собі, живе з батьками, нічим не захоплюється, часто міняє місце роботи. Регулярно вживає спиртні напої з 17 років під впливом товаришів, п'є майже щодня, окрім вина вживає сурогати. В стані абстиненції скаржиться на слабкість, розбитість, головну біль, зниження апетиту, безсоння. Визначте форму зловживання алкоголем:

А. Запійна.

В. Побутове пияцтво.

З. Дипсоманічна.

Д.\*Систематична.

Е. Епізодична.

**Задачі II рівня**

1. Хворому 49 років. Страждає на алкоголізм 3 стадії. 2 роки тому уперше став чути "голоси", що доносяться з вулиці. "Голоси" розмовляли про нього, обговорюючи і засуджуючи його. Відчував страх, тривогу, ходив перевіряти, де ж сховалися ті, що говорять. Упевнений, що говорять реальні люди, знущаються з нього, обговорюють його життя. Обурюється, перелаюється з "голосами". Поступово став відноситися до них спокійніше. Продовжує працювати. Відзначає, що в даний час "голоси" з'являються рідше і посилюються під час запоїв. Говорить, що звик до "голосів", розуміє, що вони - хворобливі.

1. Вкажіть попередній діагноз.
2. Призначте обстеження хворому.

*Відповідь:*

1. *Хронічний алкогольний галюциноз.*

 *2. Загальне біохімічне, експериментально-психологічне обстеження, консультація терапевта, невролога, медичного психолога.*

2. Хворий 49 років. Зловживає спиртним з 22 років, толерантність раніше була 1.5 л горілки, зараз п'яніє від 200 г. 12 років тому в стані абстиненції виник перший судомний напад. Впав на вулиці, ударився головою об асфальт. Через декілька місяців був епістатус. У нейрохірургічному відділенні робили трепанацію черепа. Живе з матір'ю, дружина і донька пішли від нього. Давно не працює, спілкується із п’яницями. До себе не критичний.

1. Вкажіть попередній діагноз.

2. Призначте необхідний антиконвульсант хворому.

*Відповідь:*

 1. Алкоголізм 3 стадії з епілептіформним синдромом.

2. Визначити частоту, характер нападів, вік та вагу хворого, призначити адекватну добову дозу карбомазепіну.

3. Хворий 53 років. Більше 20 років зловживає алкоголем. Толерантність була до 2 л горілки. Останні 3 роки пив щодня по кілька разів в добу, хмеліє від 200 г вина. Залишив сім'ю, не цікавиться життям близьких, продав квартиру, усі гроші пропив. Впродовж останнього року бомж. Батько страждав на алкоголізм. В анамнезі - часті травми голови. Потрапив у лікарню у зв'язку з глибоким порушенням пам'яті. Нічого не запам'ятовує, амнезував багато подій свого життя. На питання про те, де він вчора був, відповів: "Їздив засідати до парламенту". Не запам'ятовує свою палату, лікаря. У соматичному статусі - міокардіодистрофія, цироз печінки в неврологичному - поліневрит.

 1. Вкажіть ведучий синдром.

 2. Призначте необхідну терапію хворому.

Відповідь:

 1. Корсаковський синдром.

 2. Протягом тривалого часу призначити підвищені дози ноотропних засобів та вітамінів гр В, симптоматична терапія.

**Задачі III рівня**

1. Чоловік 48 років ніде не працює. З дружиною в розлученні, але живуть разом. Дома влаштовує скандали, викриває її у зраді. Завіряє, що бачив, як вона вступає в любовні зв'язки з багатьма чоловіками, навіть з підлітками і людьми похилого віку. Зараз знаходиться під затриманням, оскільки намагався убити дружину. Раніше в психіатричній лікарні не лікувався.

 -Палологію якої психічної сфери слід насамперед виключити при проведенні судово-психіатричної експеризи?

 Відповідь – мислення (алкогольне марення ревнощів).

2. До прийомного відділення лікарні міліцією доставлено дівчинку в стані незначного сп’яніння. ”Невідома” , приблизно 15-17 років, котра не пам`ятає свого ім`я, місця свого проживання, жодних інших паспортних даних. Зовнішньо виглядає привітливою, одежа та особисті речі у повному порядку. Скарг на стан здоров`я не має, окрім одного – “Нічого не пам`ятаю”.

* Проведіть диференційну діагностику між диссоціативною фугою, запомороченням свідомості, симуляцією.

Відповідь – Насамперед слід госпіталізувати дівчину та наглядати за динамікою станухочаб протягом 3-4 днів.

**Список рекомендованої літератури**

**Основна:**

1.Психіатрія /За ред. О.К.Напрієнка.-К., 2001

2.Психіатрія (клініко- діагностичніалгоритми):Навчально- методичнийпосібник/ За ред. проф. Л.М.Юр’євої.-Д.:АРТ-ПРЕС,2002.-168с.

3. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика:Практическое руководство для врачей и студентов.-М.:ТОО «Техлит», 1997.-496с.

4. Руководство по психиатрии /Под редА.В.Снежневского.-В 2-х томах.-М.:Медицина, 1983.

5. Руководство по психиатрии /Под ред.А.С.Тиганова.-В 2-х томах-М.: Медицина,1999г.

**Додаткова**

1. Каннабих Ю.В., «История психиатрии», Москва ,1923
2. Блейлер Э., «Руководство по психиатрии» ,изд-во «Врач» ,Берлин ,1920
3. Гиляровский В.А., «Учение о галлюцинациях», БИНОМ ,Москва ,2003
4. Крепелин Э., «Введение в психиатрическую клинику», БИНОМ, Москва, 2004
5. Корсаков С.С., «Общая психопатология», БИНОМ,Москва ,2004
6. Суханов С.А., «Семиотика и диагностика душевных болезней» товарищество типографии А.И. Мамонтова, Москва ,1905
7. Снежневский А.В., «Общая психопатология», МЕДпресс-информ Москва, 2001
8. Ганнушкин П.Б., «Клиника психопатий», изд-во НГМА ,Нижний Новгород, 2000
9. Гаррабе Ж., «История шизофрении», Москва – Санкт-Петербург, 2000
10. Аммон Г., «Динамическая психиатрия», Санкт-Петербург, 1996
11. Крафт-Эбинг Р., «Половая психопатия», изд-во «республика», Москва 1996
12. Случевский И.Ф., «Психиатрия», медгиз, ленинградское отделение,1957
13. «Шизофрения, мультидисциплинарное исследование», под ред. А.В. Снежневского, «медицина», Москва ,1972
14. Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В, «Психиатрия», «Медицина», Москва ,1968
15. Семке В.Я., «Истерические состояния», «медицина», Москва ,1988
16. Каплан Г.И., СэдокБ.Дж., «Клиническая психиатрия» в 2-х томах,«медицина», Москва ,2002
17. Свядощ А.М., «Неврозы и их лечение», медгиз, Москва, 1959
18. Бамдас Б.С., «Астенические состояния», медгиз, Москва, 1961
19. Кемпински А., «Меланхолия», наука, Санкт-Петербург, 2002
20. Кемпински А., «Экзистенциальная психиатрия», СПб изд-во «совершенство», 1998
21. Авруцкий Г.П., Недува А.А., «Лечение психически больных» М, «медицина», 1988
22. Нуллер Ю.Л.. «Депрессия и деперсонализация». 1981
23. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. ,«Аффективные психозы» ,1988
24. Пападопулос Т.Ф., «Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика)». М., Медицина, 1975
25. Шнайдер К., «Клиническая психопатология», М.,«сфера», 1999
26. Принципы и практика психофармакотерапии: Пер. с англ. С.А. Малярова / Ф.Дж. Яничак, Дж.М. Дэвис, Ш.Х. Прескорн, Ф.Дж. Айд мл. – К.: Ника-Центр, 1999 – 728 с.
27. «Лечебная физическая культура в психиатрической больнице» В.И.Запускалов, С.А.Каспарова и др. (под.ред. И.З.Копшицер) М Медицина 1965
28. Гиляровский В.А. «Психиатрия» 1954
29. Кречмер Э. «Об истерии» СПб 2002
30. Кречмер Э. «Строение тела и характер»
31. Личко А.Е. «Психопатии и акцентуации характера у подростков»
32. Леонгардт К. «Акцентуированные личности»
33. Зейгарник Б.В. «Патопсихология» 1986
34. Ясперс К. «Общая психопатология» М. «Практика» 1999
35. Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии в 2-х томах СПб изд-во «Белый кролик» 1996
36. Юнг К.Г. Работы по психиатрии СПб изд-во «Академический проект» 2000
37. Блейхер В.М. «Расстройства мышления» 1983
38. Кандинский В.Х. «О псевдогаллюцинациях»
39. Осипов В.П. ,«Курс общего учения о душевных болезнях, государственное изд-во РСФСР ,Берлин ,1923