

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ТОКСИЧЕСКОЙ КАННАБИОИДНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

В практической деятельности врача психиатра карагандинского ОМЦ при консультировании соматических больных нередко встречаются больные с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления марихуаны.

Обычно эти больные поступают в тяжелом состоянии, уровень сознания кома или сопор, иногда в состоянии спутанного сознания, для лечения в ОРИТ. Либо больные госпитализируются в токсикологическое отделение с подозрением на отравления амфетаминами при употреблении капсул для похудения или БАДов. После выхода из комы обычно больные из ОРИТ переводятся в неврологическое отделение для дальнейшего лечения и консультируются психиатром из штата ОМЦ.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления каннабиоидов (F12).

Этиология. Размельченные цветы и листья конопли (анаша, марихуана) используют также для изготовления гашиша — смолы, которая содержит концентрат вещества. Заваривание, курение, поедание приводит к наркотическому опьянению благодаря тетрагидроканнабиолу, каннабиолу и каннабидиолу, вследствие связывания их с G-протеин содержащими рецепторами нейронов [1, 2]. В зависимости от дозы возникают стимулирующий, седативный и галлюциногенный эффекты.

Распространенность. Считается, что от 10 до 60 процентов подростков пробовали применение каннабиоидов, однако ежедневно их употребляет около 2% студентов [3, 4, 5].

Клиника. Острая интоксикация характеризуется релаксацией и эйфорией, расширением зрачков, гиперемией конъюнктивы, сухостью слизистых, повышенным аппетитом, ринитом. Речь невнятна, нарушены сложные двигательные функции и координация. Резкое повышение либидо и аппетита (волчий аппетит). Употребление с вредными последствиями. Характерны хроническое утомление и летаргия, хроническая тошнота и рвота, головные

боли, раздражительность. Отек язычка неба, сухой непродуктивный кашель, заложенность носа, хронический бронхит, ослабление глазных реакций, импотенция и бесплодие. Приступы паники, суицидальные попытки, ухудшение кратковременной памяти, депрессии, социальная самоизоляция, прекращение активной деятельности [2, 7].

Синдром зависимости. Преобладает психическая зависимость. Пациенты мотивируют повторное применение ослаблением мыслительных процессов. Слабая физическая зависимость.

Синдром отмены. При отмене употребления марихуаны пациенты испытывают симптомы раздражительности, увеличения времени сна, потери аппетита, бессонницы, озноба, тремора, потливости, миалгии, фотофобии, анорексии.

Психотическое расстройство. Галлюцинаторные картины с включением слуховых и зрительных галлюцинаций, шизофреноподобные состояния с симптомом открытости мысли, симптомами первого ранга, деперсонализацией, свойственными шизофрении. Выраженные депрессии и деменция с утратой когнитивных способностей. Амнестический синдром, фиксационные амнестические расстройства. Резидуальное состояние и психотическое расстройство с отставленным дебютом. Изменения личности с социальной изоляцией, апатией, эпизоды галлюцинаторных и шизофреноподобных психозов с деперсонализацией, утратой интуиции и когнитивными нарушениями.

Диагностика. Клиника острого опьянения, данные анамнеза и проведение анализа мочи на каннабиоиды. Дифференциальная диагностика. Следует дифференцировать с психическими поведенческими расстройствами вследствие употребления других психоактивных веществ.

Терапия. Методы поведенческой терапии и психотерапии. При острых состояниях интоксикации — бензодиазепины с противотревожным эффектом.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В приемном отделении ОМЦ был консультирован больной Х., 1980 г. рождения, доставленный с подозрением на закрытую черепнозговую травму в результате ДТП, виновником, которого был данный больной, он не справился с управлением своего автомобиля. При обследовании исключили клинику ЗЧМТ. В связи с наличием симптомов деперсонализации, дереализации, растерянности, бессвязности суждений на фоне формально ясного сознания, больному был проведен анализ мочи на марихуану с положительным результатом, и больной был направлен наркологический диспансер. Через сутки этот больной вновь поступил в ОМЦ и был госпитализирован в неврологическое отделение с подозрением на ОНМК по МР – признакам. Больной находился на лечении в неврологическом отделении. При отсутствии симптомов очагового неврологического расстройства, продолжалась клиника шизофреноподобных расстройств, деперсонализация, дереализация, бессвязность суждений, идеаторная, моторная заторможенность на фоне пониженного настроения, бессонница, фиксационная амнезия, когнитивные расстройства.

Через 2 месяца, при повторном лечении в неврологическом отделении, наблюдалась клиническая картина психической деградации, деменция с утратой когнитивных способностей, амнестический синдром, фиксационная амнезия. На МР – признаки атрофического процесса головного мозга в виде выраженной внутренней гидроцефалии, расширения желудочковой системы мозга.

Больной М., 19 лет и больной Б., 30 лет, в разное время в 2011г. поступали на лечение в неврологическое отделение ОМЦ в коме неясной этиологии, при консультировании данных больных были обнаружены психические расстройства в виде амнестического синдрома, фиксационной амнезии. При исследовании мочи данных больных в течение нескольких дней наблюдалась положительная проба на марихуану. После выписки из неврологического отделения, больным рекомендован отказ от употребления наркотического средства и рекомендовано дальнейшее лечение в наркологическом диспансере.

Больной С., 23 лет, госпитализирован ОРИТ в коматозном состоянии, переведен из психиатрического диспансера, в который поступил за сутки до этого, после длительного ингаляторного употребления паров марихуаны, с симптомами острого интоксикационного психоза в виде шизофреноподобных галлюцинаторно – бредовых расстройств. После выхода из комы, больной был выписан домой в состоянии тревожной депрессии с амнестическими расстройствами. В дальнейшем лечился амбулаторно в кабинете психотерапевта ОМЦ. После комплексного лечения депрессивных расстройств и

последствий острой интоксикационной энцефалопатии при употреблении каннабионидов, наблюдалось полное излечение психических расстройств. Рекомендован отказ от употребления наркотических средств, здоровый образ жизни.

Больная Д., 42 лет, поступила в токсикологическое отделение ОМЦ с подозрением на отравление амфетаминами после употребления капсул для похудения. Более полугодом, постоянно и с небольшими перерывами, больная употребляла капсулы с неизвестным веществом с целью похудения. Поступила в токсикологическое отделение в состоянии эйфории, речевой и двигательной расторможенности, возбужденности, с нелепой щедростью дарила свои вещи и вещи родственников. Приподнятое настроение на фоне психомоторного возбуждения и отсутствия критики к своему состоянию, у больной быстро сменялось на тревожное, настороженное настроение с подозрительностью. В анализе мочи у больной проба на амфетамины отрицательная, в то же время была положительная реакция на марихуану.

Амфетамин (фенамин) стал использоваться в медицинской практике с 30-х годов Х века для лечения нарколепсии и постэнцефалитического паркинсонизма, а также в качестве стимулятора при астенических и астено-депрессивных состояниях и с целью понижения аппетита при лечении ожирения. Злоупотребление амфетаминами впервые было описано уже в конце 30-х годов. Массовый характер наркомания приняла в 50-60-е годы.

Острая интоксикация амфетамином вызывает приподнятое настроение, ощущение физической бодрости и ясности мышления, стремление к деятельности, иногда болтливость и излишнюю суеверность. Описаны две фазы острой интоксикации при внутривенном употреблении амфетамина [3,5,6]: 1) кратковременный «приход» и 2) «кайф» или эйфория, во время которой повышенный психический тонус может сочетаться с возбужденностью, тревогой, настороженностью и подозрительностью. По существу, это гипоманиакальное или смешанное состояние, похожее на клинику шизоаффективного психоза.

В связи с наличием у больной Д. психических и поведенческих расстройств, вследствие токсической каннабионидной энцефалопатии, похожих на клинику шизоаффективного психоза, больная, после выведения из острой интоксикации, была переведена на лечение в психиатрический диспансер.

Таким образом, своевременная консультация психиатра в соматическом стационаре, расширяет возможности дифференциальной диагностики при текущей экзогенной и резидуальной органической патологии головного мозга, и позволяет улучшить качество оказания медицинской помощи населению.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Болдырев А.А. // Нейрохимия. – 1996. - Т. 12, №3. - С. 3-13.
2. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология.- Л.: Медицина, 1975. -334 с.
3. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомании у подростков.- Киев: «Здоровье», 1989. – 216 с.
4. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985. – 416с.
5. Ю.Личко А.Е. Подростковая наркология.-Л.: Медицина, 1991.- С. 195-216.
6. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Хохлов С.Е. и др. Злоупотребление амфетаминоподобными веществами, кустарно изготовленными на основе фенилпропаноламина // Вопросы наркологии. — 2000.- №1. — С.45-49.
7. Пятницкая И.Н., Дудин И.И. Злоупотребление психостимуляторами // Вопр. наркологии. - 1991. - №3. - С. 32-40.



Турар Койшигараевич КУКЕЕВ

К 80-летию со дня рождения

15 декабря 2013 года исполняется 80 лет со дня рождения и 55 лет научно- педагогической деятельности известного казахстанского хирурга, заслуженного работника высшей школы, профессора кафедры «Интернатура и резидентура по хирургии №2» Казахского Национального Медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова **Кукееву Турару Койшигараевичу**.

Т.К. Кукеев родился в с.Ушарал Таласского района Жамбылской области. В 1952 году с отличием окончил медицинское училище в г. Тараз и поступил на лечебный факультет Казахского Государственного Медицинского института в г. Алматы, который закончил с отличием, будучи Сталинским стипендиатом.

После окончания медицинского института в 1958 году он был направлен заместителем главного врача и хирургом в Таласскую районную больницу Жамбылской области. Вскоре был приглашен в аспирантуру при кафедре госпитальной хирургии Алма-Атинского государственного медицинского института. С тех пор вся трудовая деятельность Т.К.Кукеева неразрывно связана с этой кафедрой: аспирант, ассистент, доцент, профессор. В 1980-1985 годы заведовал этой кафедрой.

Вместе со своим учителем профессором М.И. Брякиным Т.К. Кукеев является одним из основоположников сосудистой хирургии в Казахстане. Под руководством М.И. Брякина Т.К.Кукеевым впервые в Казахстане в 1965 году стали выполняться реконструктивно-восстановительные операции при окклюзирующих заболеваниях артерий нижних конечностей: аорто-бедренное и подвздошно-бедренное шунтирование аллопротезом, резекция окклюзированного сегмента артерии с пластикой аутовеной и аллопротезом, а также сложные операции на кровеносных сосудах: резекция травматической аневризмы бедренной артерии с аутовенозной пластикой, операции при сложных гемангиомах бедра, ягодичной области, ранениях подвздошной и бедренной артерий, операция тромбинэктомии и эндартерэктомии при облитерирующем эндартериите и атеросклерозе, операции при ПТФС.

При облитерирующем эндартериите Т.К. Кукеев впервые в Республике стал широко применять поясничную и грудную симпатэктомию. Им опубликованы ряд наблюдений успешной антикоагулянтной и фибринолитической терапии при тяжелых илеофemorальных флелотромбозах и синдроме Педжета-Шреттера, успешного излечения болезни Мондора.

Впервые в Казахстане Т.К.Кукеевым в 1967 году выполнена операция наложения спленоренального анастомоза при портальной гипертензии, внедрены сложные исследования при различных сосудистых заболеваниях: транслюмбальная аортография, ангиография, различные виды флебографии, спленопортография и др.

Работая на кафедре более 50 лет, Т.К.Кукеев внес неоценимый вклад в дело подготовки врачебных кадров и первичную подготовку будущих хирургов через субординатуру и интернатуру. Он является одним из организаторов интернатуры вообще и первым руководителем хирургической интернатуры в университете.