

**Олигофрении (F7х).
Органические
симптоматические психические
расстройства (F00 - F09).**

**к.мед.н. доцент Малев
Александр Леонидович**

Олигофрени (F7x) и Органические симптоматические психические расстройства (F00 - F09)

- Разделение психических расстройств на органические и функциональные является условным, и основной задачей является связать мозговой субстрат, токсический агент (нейропсихология, КТ, МРТ, ПЭТ, ЭЭГ, биохимические исследования и так далее) с конкретным психическим расстройством.
- Если они возникают в возрасте до 3 лет (до завершения закладки основных психических процессов), они приводят к олигофрени (умственной отсталости (недоразвитию)), если возникают позже - к психорганическому синдрому и далее к деменции (поведенческим, эмоционально-волевым расстройствам и потере когнитивных функций).
- Отличие умственной отсталости от деменции заключается в том, что она представляет собой исходную недостаточность (необратимую), в то время как деменция - приобретенное состояние с прогрессирующим течением (утяжелением).

Основные критерии диагностики олигофрений

раздел МКБ10 F7

- Недоразвитии эмоционально-волевой сферы, когнитивных способностей (слабость абстрактного и понятийного мышления вплоть до их отсутствия), поведенческие расстройства.
- Непрогредиентный характер интеллектуального дефекта, однако возможны обострения расстройств вышеуказанных сфер психики, вплоть до развития психозов.
- Замедленный темп психического развития
- Необратимый характер

Общее звено патогенеза

- Хроногенный фактор, т. е. период онтогенеза, в котором происходит поражение развивающегося мозга.
- **Внутриутробные аномалии:**
 - бластопатии – поражение зародыша до 4 нед. беременности;
 - эмбриопатии – поражение плода от 4 нед. до 4 мес. беременности;
 - фетопатии – поражение плода от 4 мес. до конца беременности.

Экзогенные факторы антенатальной и интранатальной патологии:

- **Внутриутробные инфекции** (краснуха, корь, грипп, инфекционный гепатит, листериоз, цитомегалия, сифилис);
- **Гипоксия;**
- **Соматические заболевания матери** (токсикоз, сердечная недостаточность)
- **Гормональный дисбаланс матери** (сахарный диабет)
- **Прием матерью во время беременности лекарственных средств** (антибиотики, сульфаниламиды, барбитураты, нейролептики);
- **Психоактивные вещества** (лекарства, наркотики, токсины);
- **Иммунологическая несовместимость крови матери и плода по резус-фактору и факторам системы АВ0;**
- **Тяжелые родовые травмы; Экстренное оперативное родоразрешение.**
 - **Патологические роды** (недоношенность, стремительные роды, асфиксия)

Экзогенные факторы постнатальной патологии:

- **Нейроинфекции (краснуха, грипп, гепатит, цитомегаловирус), сифилис, листериоз;**
- **ЧМТ;**
- **Соматические заболевания, протекающие с дистрофией и обезвоживанием;**
- **Дефицит сенсорной стимуляции в первые месяцы и годы жизни;**
- **Интоксикации; прием лекарств (антибиотики, сульфаниламиды, барбитураты, нейролептики); алкоголь, наркотики.**

IQ как метод исследования является ориентировочным!

Одним из основных методов исследования интеллекта является расчет коэффициента интеллектуальности (IQ), **на основании тестирования.**

Рассчитывается, исходя из **деления умственного возраста** (числа правильных ответов, данных индивидом) **на хронологический возраст** (числа правильных ответов в среднем, характерных для данного возраста) и **умножения на 100.**

Раздел МКБ 10 F	IQ МКБ-10	IQ(адаптированный для Российской Федерации вариант методики Векслера)
<p>F 70 легкая (Дебильность) Воспитуемы, обучаемы, трудоспособны</p>	<p>50 - 69</p>	<p>60 - 79</p>
<p>F71 умеренная (Имбецильность) Воспитуемы, элементарное самообслуживание элементарная фразовая речь, необучаемы, нетрудоспособны. Частичный надзор.</p>	<p>35 - 49</p>	<p>45 -59</p>
<p>F72 тяжелая (Имбецильность) Ограничено воспитуемы, необучаемы, нетрудоспособны, Необходим полный надзор</p>	<p>20 - 34</p>	<p>30 - 44</p>
<p>F73 глубокая (Идиотия) Невоспитуемы, необучемы, нет речи, необходим уход и надзор</p>	<p>не превышает 20</p>	<p>не превышает 30</p>

Код по МКБ-10	Умственная отсталость	Коэффициент интеллектуальности (IQ)	Умственный возраст
F70	Легкая	50-69	9-12 лет
F71	Умеренная	35-49	6-9 лет
F72	Тяжелая	20-34	3-6 лет
F73	Глубокая	менее 20	до 3 лет

Лёгкая умственная отсталость (F70)

- Уровень когнитивных способностей **КИ 50-69** соответствует возрасту 9-12 лет. **Социальное функционирование** ограничено, но возможно **в любой общественной группе.**
- Речь развивается с задержкой, но она используется в повседневной жизни. **Фразовая речь развита.**
- Возможно достижение **полной независимости в уходе за собой** (прием пищи, комфортное поведение), домашних навыков.
- Основные затруднения в школьной успеваемости, **задержка обучаемости чтению и письму.** Возможна частичная компенсация благодаря социальному окружению.
- **Мышление предметно-конкретное,** повышена имитативность. Абстрактное мышление недостаточно развито. **Возможно обучение неквалифицированному ручному труду.**
- **Эмоциональная и социальная незрелость.**

Умеренная умственная отсталость (F71)

- Уровень когнитивных способностей (КИ) 35-49, соответствует возрасту 6-9 лет. Уровень социального функционирования ограничен пределами семьи и специальной группы.
- Отставание в развитии понимания и использовании речи, навыков самообслуживания и моторики, заметное с раннего возраста.
- В школе развиваются только базисные навыки при постоянном специальном педагогическом внимании (специальные школы).
- В зрелом возрасте также нуждаются в надзоре.
- Речевой запас достаточен для сообщения о своих потребностях. Фразовая речь слабо развита. При недоразвитии речи может быть достаточным её понимание при невербальном сопровождении.
- Часто сочетается с аутизмом, эпилепсией, неврологической патологией. Соответствует имбецильности.

Тяжёлая умственная отсталость (F72)

- **Уровень когнитивных способностей (IQ) 20-34, соответствует возрасту 3-6 лет. Уровень социального функционирования низкий.**
- **Причины в основном органические.**
- **Сочетается с выраженными моторными нарушениями.**
- **Сходно с умеренной умственной отсталостью, но более выраженное недоразвитие.**
- **Возможно развитие самых примитивных коммуникативных навыков. Соответствует глубокой имбециальности.**

Глубокая умственная отсталость (F73)

- **Уровень когнитивных способностей (IQ) до 20, соответствует возрасту до 3 лет.**
- **Не способны к пониманию и выполнению требований или инструкций.**
- **Часто недержание мочи и кала.**
- **Моторика грубо нарушена.**
- **Тяжелые неврологические нарушения.**
- **Соответствует идиотии.**

Терапия олигофрений

Терапия умственной отсталости является комплексной и включает медикаментозную, медико - педагогическую работу как с ребенком, так и с его родителями.

Последовательно назначают стимуляторы нейрональных процессов, к которым относятся мегадозы витаминов, глутаминовая кислота, пирацетам (ноотропил), энцефабол, пантогам, церебролизин, аминалон, пикамилон, фенибут.

При нарушении поведения – нормотимики, малые и средние дозы нейролептиков (предпочтение отдается дезингибирующим).

Классификация психических расстройств, при соматических заболеваниях

- **По причине возникновения:**

- **соматогенной природы** (непосредственное действие на ЦНС)
- **психогенной природы** (вследствие психотравмирующих факторов, связанных с заболеванием)
- **эндогенной природы** (**экзацербация эндогенных психозов**, соматическая патология становится **пусковым фактором**)

По уровню психопатологии:

- Непсихотический (невротический) уровень
- Психотического уровня (с бредом, галлюцинациями, помрачением сознания)

По типу течения:

- Острые
- Хронические

По этиологическому фактору:

- **Неинфекционные** (при инфаркте миокарда, ХПН, эндокринопатиях)
- **Инфекционные** (при бактериальной и вирусной пневмонии, сифилисе, ВИЧ, инфекции)

Особенности классификации органических, в том числе симптоматических (соматогенных) расстройств в МКБ-10 F0x.xx

- Психические расстройства при соматических заболеваниях относятся к рубрикам F00...F09

Кодируются 5 знаками.

- F..... – психическое нарушение
- F0..... – церебральная дисфункция
- F0x.00 – **основной синдром** (деменция, органический амнестический синдром, делирий, органическое психотическое расстройство)
- F00.x0 – **расшифровка основного синдрома (преимущественно галлюцинации, бред, кататонический синдром и тд)**
- F00.0x – **этиология** психического расстройства (ЧМТ, сосудистые, опухоль, эпилепсия, ВИЧ и т.д.)

В МКБ-10 указываются следующие **общие критерии соматогенных** (в том числе **органических**) расстройств (F00 - F09):

1. **Объективные данные** (результаты физического и неврологического обследований и лабораторных тестов) и (или) анамнестические **сведения о поражениях ЦНС или заболеваниях, которое может вызывать церебральную дисфункцию**, включая **гормональные нарушения** (не связанные с алкоголем или другими психоактивными веществами) и **эффекты препаратов**.
2. **Временная зависимость** между развитием (обострением) заболевания и началом психического расстройства.
3. **Выздоровление или значительное улучшение психического состояния после устранения или ослабления** действия предположительно **соматогенных (органических) факторов**.
4. **Отсутствие других вероятных объяснений психического расстройства** (например, высокой наследственной отягощенности клинически сходными или родственными расстройствами).

Соматогенные психические расстройства

Понятие о «психосоматическом параллелизме»

Общими для соматогенных психозов, являются следующие признаки:

- наличие соматического заболевания и заметная связь во времени между соматическими и психическими нарушениями;
- определенный параллелизм в динамике психических и соматических расстройств;
- сочетание психопатологических синдромов с разнообразными сомато-вегетативными расстройствами;
- сохранение способности больных к самооценке (критика сохранна), в состоянии компенсации, вне психоза.

Кроме того, выход из симптоматического психоза (как острого, так и затяжного), всегда происходит через этап астенического состояния.

• Соматогенные психические расстройства развиваются вследствие непосредственного влияния заболевания на деятельность ЦНС и проявляются преимущественно в виде аффективных расстройств (неврозоподобной и депрессивной симптоматики), однако в ряде случаев на фоне тяжелой органической патологии возможно острое развитие помрачений сознания и психотических состояний, а после – психорганического синдрома вплоть до деменции.

Психогенные психические расстройства при соматических заболеваниях

Обусловлены влиянием психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием.

Психотравмирующие переживания могут возникать в связи с:

- тяжестью (переносимостью) соматического заболевания
- возможностью выздоровления
- своей беспомощностью
- внешним дефектом
- изменением социального статуса
- страхом смерти
- развитием побочных явлений и осложнений при лечении
- дополнительных психотравмирующих факторов

Соматогенные эмоциональные (аффективные) расстройства

- Наиболее типичными эмоциональными нарушениями вследствие соматогенных воздействий являются депрессии.
- Для органических депрессий (депрессий при органических расстройствах центральной нервной системы) характерны сочетание аффективной симптоматики с явлениями интеллектуального снижения, преобладание в клинической картине явлений негативной аффективности (адинамия, апатия, аспонтанность, ангедония и др.), выраженность астенического синдрома.
- При сосудистых депрессиях могут отмечаться множественные устойчивые соматические и ипохондрические жалобы.
- При мозговых дисфункциях часто развиваются дисфорические депрессии с преобладание тоскливо-злобного настроения, раздражительностью, эксплозивностью (взрывчатость и недержание аффекта).

Органические (аффективные) расстройства настроения (F06.3)

Этиология

- **эндокринные заболевания** (тиреотоксикоз, болезнь Иценко-Кушинга, тиреоидэктомия, предменструальные и климактерические синдромы),
- **прием гормональных препаратов** у пациентов с бронхиальной астмой, ревматоидным полиартритом,
- **передозировка и интоксикация витаминами и гипотензивными средствами,**
- **черепно-мозговые травмы,**
- **опухоли лобных долей, особенно правых.**

Терапия

- Лечение **терапия основного заболевания**, максимально селективные антидепрессанты (СИОЗС (тритико, золофт, паксил, циталопрам), СОЗС+Н(миртазапин)), **не бензодиазепиновые транквилизаторы (адаптол, афобазол, атаракс), при чрезвычайном возбуждении бензодиазепиновые транквилизаторы внутривенно (диазепам (реланиум, сибазон), феназепам), далее таблетированные формы не более 1-максимум 2 недели, на фоне витаминов ноотропы –в начале с седативным эффектом (фенибут, пантогам) вечером, потом, не ранее чем через 2 недели, можно осторожно подключать стимулирующие с утра (ноотропил, ноопепт).**

Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (F07)

- Причиной расстройств чаще является черепно-мозговая травма, эпилепсия, чаще всего височная, энцефалиты и энцефаломенингиты.
- Расстройства личности и поведения могут быть сопутствующими или резидуальными (остаточными).
- Расстройства зависят от локализации повреждения, продолжительности воздействия повреждения, и общемозговых изменений.
- **Клиника:** 6 и более месяцев отмечаются характерологические и поведенческие изменения, которые либо выражаются в заострении преморбидных черт личности, либо в возникновении торпидности, вязкости, брадифрени (глишроидия).
В эмоциональном фоне – непродуктивная эйфория (мория), либо дисфории с низким порогом аффекта - вспышки агрессии.

В целом, утрачивается контроль над импульсами и побуждениями.

Лечение основано на применении ноотропов (ноотропил, фенибут, глутаминовая кислота, энцефабол, аминалон) в сочетании с нормотимиками, способствующими контролю над импульсами: вальпроаты, карбамазепин, (иногда соли лития (лития карбонат, контемнол, литинол), малые дозы нейролептиков, бета-блокаторы.

Острые симптоматические психозы

Возникают во время и вследствие соматических заболеваний или декомпенсаций (инсульты, почечная, печеночная недостаточность, сахарный диабет и др), при отравлениях и инфекциях.

Чаще всего протекают с транзиторным помрачением сознания (делирий чаще всего), различным по глубине, структуре и продолжительности (могут быть самые разные, как количественные, так и качественные помрачения сознания, а также их смена).

Классификация симптоматических психозов

- 1. Острые СП с помрачением сознания (оглушение, делирий, аменция, эпилептиформные (сумерки, возбуждение) и онейроидные состояния, острый вербальный галлюциноз).

Длятся от нескольких часов до 2-3 сут. Чаще всего это помрачение сознания с картиной делирия или эпилептиформного возбуждения.

По выходе из острого СП наблюдаются явления астении и эмоциональной лабильности.

У детей и подростков наряду с астенией возникают психопатоподобные нарушения поведения, склонность к страхам, ипохондрическим и другим невротическим расстройствам.

- 2. Протрагированные СП — переходные синдромы, по Вику (депрессивные, депрессивно-бредовые, галлюцинаторно-параноидные, преходящие кататонические состояния, апатический ступор, мании, псевдопаралитические состояния, транзиторный Корсаковский психоз и конфабулез). Продолжаются от 2 нед до 2—3 мес.
- 3. Органический психосиндром вследствие длительного воздействия вредности на мозг с развитием органических поведенческих и эмоционально-волевых расстройств, когнитивного дефицита, и далее деменции.

**Острые органические симптоматические психические расстройства.
Концепция об «экзогенных типах реакций» (Карл Бонгеффер (1908 г):**

На различные по этиологии внешние вредности головной мозг отвечает схожими неспецифическими психопатологическими реакциями
(острый мозговой синдром Бонгофера):

1. Астенические состояния
2. Синдромы помрачения сознания (количественные - оглушение, сопор, кома, и качественные – делирий, аменция, сумерки)
3. Эпилептические пароксизмы (простые парциальные припадки, включая диэнцефальные пароксизмы, дисфории и тп, комплексные и генерализованные пароксизмы (абсансы и генерализованные тонико-клонические приступы)
4. Галлюцинозы,
5. Корсаковский амнестический синдром,
6. Деменции

Неспецифичность психических реакций на разнообразные экзогенные вредности объяснял ограниченностью реакций мозга и их опосредованностью внутренней средой организма (болезнетворное воздействие через так называемые промежуточные звенья — токсические продукты обмена, возникающие в организме в ответ на внешние вредности).

Согласно М.О.Гуревичу, в патогенезе всех, и особенно органических,

Наиболее часто встречающиеся синдромы экзогенно-органического типа:

- 1. Астенический и невротический (неврозоподобный) синдром**
- 2. Аффективные и эмоционально-волевые (депрессивные, маниакальные, дисфории, эйфории, эмоц. лабильность и пр)**
- 3. Амнестический (Корсаковский) синдром**
- 4. Синдромы нарушенного сознания (делирий, аменция и др)**
- 5. Синдромы расстройства восприятия (галлюцинозы и пр.)**
- 6. Бредовые синдромы**
- 7. Галлюцинаторно-бредовые синдромы**
- 8. Судорожный синдром (симптоматическая эпилепсия)**
- 9. Кататонический синдром**

Переходные синдромы (описаны Виком)

характерны как для экзогенных, особенно соматогенных психозов, так и для эндогенных психозов.

- 2. маниакальный,**
- 3. кататонический,**
- 4. параноидный синдромы.**

Возникновение после острого мозгового синдрома переходных синдромов

Психоорганический синдром (ПОС) – основной после острого периода для органических психические расстройств, те. все остальные развиваются в его рамках.

- **Представлен** сочетанием различных нарушений трех сфер психической деятельности (**триада Вальтер-Бюэля**):
 - **Интеллекта** (изменение мышления по органическому типу, снижение уровня обобщения, конкретное мышление, клинически иногда - недопонимание, недоосмысление)
 - **Памяти** (гипомнезии, амнезии, парамнезии)
 - **Эмоции и воли** (эмоциональная лабильность, слабодушие, эмоциональное огрубение, дисфории, эйфория, апатия)

Выраженность различна: **от псевдоневрологических** (имитирующих неврозы, астении, тревожность, фобии) и **личностных нарушений** (расстройства поведения, заострение, нивелировка свойств личности) до **тотальной деменции.**

Психоорганический синдром (стадии (этапы))

- *Астенический*: стойкая астения с повышенной физической и психической истощаемостью, раздражительной слабостью, гиперестезией, аффективной лабильностью. Интеллектуальные расстройства выражены незначительно.
- *Эксплозивный*: сочетание аффективной возбудимости, раздражительности, взрывчатости, с нерезкими нарушениями памяти и снижением адаптации. Склонность к сверхценным образованиям. Ослабление воли, утрата самоконтроля.
- *Эйфорический*: эйфоричное настроение, бестолковость, резкое снижение критики, нарушения памяти, расторможенность влечений. Взрывы гневливости с агрессивностью сменяются беспомощностью, слезливостью. Значительно снижена работоспособность.
- *Апатический*: аспонтанность, резкое сужение интересов, безразличие к окружающему, в том числе к собственной судьбе и судьбе своих близких. Значительные грубейшие расстройства памяти.

Синдромы помрачения сознания.

- **Наиболее часто при соматической патологии возникают делириозные помрачения сознания, характеризующиеся дезориентировкой во времени и месте, наплывами ярких истинных зрительных и слуховых галлюцинаций, психомоторным возбуждением.**
- При соматической патологии делирий может носить как **волнообразный** так и **эпизодический** характер, проявляясь в виде **абортивных делириев**, нередко сочетающихся с оглушением или с онейрическими (сновидными) состояниями.
- **Для тяжелых соматических заболеваний характерны такие варианты делирия, как мусситирующий и профессиональный с нередким переходом в кому**
- При наличии органического поражения головного мозга различного генеза также возможны **различные варианты сумеречных расстройств.**

Синдромы помрачения сознания.

- **Делирии** обычно развиваются **ночью**, предшествуют **нарушения сна**. В тяжелых случаях могут смениться аментивным синдромом либо аментиформным состоянием.
- **Сумеречные помрачения сознания** - **внезапное начало** и **окончание**, часто сопровождаются **эпилептиформным возбуждением**, **страхом**, **бессмысленным стремлением убежать**. Продолжительность от **30 мин до 2 ч**. После возможен переход в сопор или аментивное состояние.
- **Аментиформные состояния** клинически проявляются **астенической спутанностью с выраженной истощаемостью и непоследовательностью мышления**. Спутанность усиливается даже во время непродолжительной беседы. Больные дезориентированы, присутствует **аффект страха, тревоги, растерянности**.
- **Онейроидные состояния** отличаются **изменчивостью содержания фантастических переживаний** (обыденная тематика сменяется приключенческой, сказочной); отмечается **заторможенность, отрешенность от окружающего**, **непроизвольные фантазирования**. Ориентировка не теряется.
- **Острый вербальный галлюциноз**. На фоне **тревожного ожидания, неопределенного страха** внезапно появляются **комментирующие вербальные галлюцинации**, обычно в виде диалога. В дальнейшем галлюцинаторные расстройства **приобретают императивный характер**. Под влиянием голосов больные **могут совершать агрессивные действия**. Длительность психоза **от**

Психорганические аффективные и галлюцинаторно-бредовые синдромы

Депрессивно-бредовые состояния характеризуются бредом осуждения, обвинения, нигилистическими бредовыми идеями, иллюзорными расстройствами и нередко отдельными вербальными галлюцинациями. Больные крайне подавлены, тревожны, испытывают страх, ужас. При этом всегда наблюдаются выраженные астенические расстройства, слезливость, **вечером часты делириозные эпизоды.**

!Смена депрессивно-бредового синдрома галлюцинаторно-бредовым указывает на ухудшение общего соматического состояния больных.

Галлюцинаторно-бредовые состояния имеют черты острого параноида с бредом преследования, вербальными галлюцинациями, иллюзиями, ложными узнаваниями. Они могут исчезать при перемене местопребывания больного.

Маниакальные состояния- чаще непродуктивные эйфоричные мании без психомоторного возбуждения и стремления к деятельности. Сопровождаются выраженными астеническими расстройствами. На высоте их нередко развиваются псевдопаралитические состояния с эйфорией, но без бреда величия.

Органический симптоматический Делирий(F05)

Причинами делирия являются сосудистые нарушения (например, при гипертонической болезни), передозировка препаратов (даже в средних дозах не обладающих психоактивным действием), гормонов, инфекции (энцефалиты, менингиты, сепсис, пневмонии), интоксикации (распад опухоли, ожоги), опухоли головного мозга.

У пациентов, имеющих органический фон, причиной делирия могут быть также, сенсорная депривация в результате ограничения визуальной и аудиальной информации (тюремное заключение), бессонница, продолжительное психическое напряжение, хроническая боль, гипертермия, переохлаждение.

- Наиболее подвержены делириям дети (гипертермия, травматический шок и ожоги), а также старики, у которых любая соматическая патология может вызвать делирий.
- Особенностью делирия при симптоматических и инфекционных заболеваниях является наличие продромы в течение 2-3 суток в виде головных болей, раздражительности, ночных кошмаров, страха, повышенной речевой и двигательной активности, эйфории, неустойчивости внимания, субдепрессии.

Кататоническое расстройство органической природы (F06.1)

Возникновение кататонии всегда свидетельствует о нарастании тяжести процесса.

Клиника - атипия, связанная с органическим фоном:

- часты атонические ступоры, при которых мышечный тонус снижен, каталепсия может сопровождаться тремором, заметен тремор век, симптом воздушной подушки можно путать с миненгеальными симптомами. Кататонии может предшествовать делирий.
- Температура часто повышена до 40 градусов, что обусловлено основным заболеванием.

Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство (F06.2)

- Кроме прочих органиков в группу попадают 5% пациентов с эпилепсией у которых ВОЗМОЖНЫ ПСИХОЗЫ.
- Клиника: хронические и периодические органические бредовые расстройства.
- Нарастание негативных органических изменений личности, типологически сходных с эпилептическими.
- Часто религиозно-миссианские галлюцинаторно-бредовые картины с наличием зрительных галлюцинаций, экстазом и возбуждением.

Для эпилептиков характерна пароксизмальность, однообразие, конкретность бредовых идей, с аффективным напряжением. Возможны состояния эпилептической кататонии.

- Лечение органического делирия, кататонического и бредового расстройств должно учитывать терапию основного заболевания, а также применение транквилизаторов внутривенно (реланиум, сибазон), витаминов, метаболических средств и ноотропов.
- Применение нейролептиков должно быть чрезвычайно осторожным, и в

Психорганические когнитивно-амнестические расстройства

Псевдопаралитические состояния развиваются на высоте приподнято-эйфорического фона настроения, идей переоценки своей личности, своих возможностей.

Глубина аффекта в этих случаях отличается изменчивостью, а характер высказываний — непостоянством.

Возможно развитие астенических расстройств.

Транзиторный корсаковский синдром проявляется расстройствами памяти на события настоящего (фиксационная амнезия), сопровождается дезориентировкой в окружающем и во времени (амнестическая дезориентировка) при относительной сохранности памяти на события прошлого.

!Появление конфабуляций, как правило, обыденного содержания, свидетельствующее об утяжелении состояния больного.

Больные малоподвижны, вялы, отмечают явления астении. Нарушения памяти преходящие, с последующим ее восстановлением.

Конфабулез — психоз, выражающийся рассказами больных об их **вымышленных подвигах, приключениях, невероятных событиях. Нет собственно расстройств памяти или помрачения сознания.**

Типично повышенное настроение, но рассказ о своих подвигах больные ведут спокойно. На выходе из состояния полная критика.

Терапия органических симптоматических психических расстройств (общие принципы)

- Пациенты-органики могут аномально реагировать на психоактивные вещества, то есть *терапия должна быть осторожной – 1/2 или 1/4 от начальной минимальной дозы.*
- При лечении депрессий - максимально селективные антидепрессанты с наименьшим количеством побочных эффектов и лекарственных взаимодействий (СИОЗС) прозак, флувоксамин, циталопрам, пароксетин, (СИОЗС+Н); миртазапин-ремерон, (и из др. групп) коаксил (тианептин).
- Для профилактики биполярных нарушений – нормотимики (соли вальпроевой кислоты) депакин, также применяют карбамазепин, но он угнетает когнитивные функции.
- Для лечения маниакальных состояний и расстройств поведения (расстройств личности) – депакин (вальпроаты), карбамазепин, бета-блокаторы, транквилизаторы и небольшие дозы нейролептиков (тиаприд 50-200-400мг – рекомендован для органиков)(рисполепт 0,25-2мг) (кветиапин 50-400мг) с последующей желательной и постепенной их полной отменой.
- Ноотропы на фоне мегадоз Vit В, на начальных этапах предпочитают седативные: фенибут и пантогам, так как остальные ноотропы могут увеличивать тревогу, беспокойство, вызывать расстройства сна или даже запредельное торможение на фоне выраженной церебрастении.
Вся указанная терапия рассматривается как *симптоматическая*, следует обратить внимание на лечение основного заболевания.

Психические нарушения при черепно-мозговых травмах (травматическая болезнь ГМ)

- Коммоции – сотрясение с синдромом аксонального повреждения разной степени выраженности, повреждают вегетативные центры, повышается внутричерепное давление, общемозговые неврологические симптомы (поражение стволовой части мозга): тошнота, рвота, головная боль, головокружение и пр.
- Контузии (ушибы) – локальное органическое повреждение мозга и его оболочек в месте удара, клинику определяют очаговые симптомы повреждения + все тоже, что и при сотрясениях.

Периоды травматической болезни Г.М. (1)

I. Начальный (острейший) период.

- Продолжительность - “минуты-дни”.
- Состояние определяется отеком мозга
- Характерны количественные расстройства сознания (по типу оглушения, сопора или комы). В дальнейшем (если не наступает летальный исход) происходит обратное развитие: кома сменяется сопором, затем оглушением, в последнюю очередь появляется ориентировка во времени.

II. Острый (вторичный) период.

Продолжительность “дни-недели”.

Преобладают **общемозговые симптомы** (связанны с повышением внутричерепного давления): головные боли, усиливающиеся под влиянием внешних раздражителей (шума, яркого света), движения, эпи-приступы втч вторично-генерализованные, вплоть до эпи-статусов; головокружения (вестибулярные расстройства), сомато-вегетативные расстройства, выраженная астения, эмоциональная неустойчивость и лабильность, расстройства памяти. Возможны острые психозы.

Психозы возможные после ЧМТ.

- **Отличаются относительной бедностью психопатологической симптоматики** на фоне тяжелого соматического состояния **(поэтому больные лечатся в городских, а не в психиатрических больницах!)**
- При контузиях встречаются чаще, чем при коммоциях, при этом клиника психоза часто зависит **от локализации поражения:**
 - затылок – зрительные галлюцинации
 - лобная доля – расторможенность, эйфория, дурашливость
 - височная-лимбические – слуховые галлюцинации, деперсонализация, явления «уже виденного»
 - при поражении правого полушария – депрессия

Психотические состояния после ЧМТ:

- **Сумеречное помрачение сознания.**
- **Делириозно-аментивный** (часто при алкоголизме) и делириозно-онейроидный синдромы.
- **Амнестический (Корсаковский) синдром.**
- **Аффективные психозы** (маниакально-конфабуляторные, апато- и ипохондро-депрессивные, сменяющиеся астено-депрессивными состояниями).
- **Травматический галлюциноз.**
- **Поздние посттравматические психозы с шизо-подобной симптоматикой**, длящиеся **несколько дней и сменяющиеся астенией:** параноидный синдром, галлюцинаторно-параноидный синдром, кататонический синдром

Периоды травматической болезни Г.М.(2)

III. Поздний период травматической болезни Г.М. длительность до 1 года.

Характеризуется синдромом церебрастении.

Кроме того, также как и в остром периоде могут наблюдаться: аффективные психозы, бредовые (шизофреноподобные) психозы, а также эпилептические припадки.

IV. Период отдаленных последствий (резидуальной органики, хронический период).
Длится всю жизнь.

Психические расстройства:

- Различные варианты (стадии (астенический, эксплозивный, эйфорический, апатический (деменция) психоорганического синдрома («травматическая энцефалопатия»)). Травматическое слабоумие (деменция) - одна из форм травматической энцефалопатии, чаще эйфорического и апатического вариантов.
- Травматические эндоформные психозы (спустя 10-20 лет после ЧМТ), схожие по клинической картине с эндогенными (шизофрения, биполярное аффективное расстройство).
- Симптоматическая (посттравматическая) эпилепсия.
- Органическое расстройство личности в связи травмой головного мозга.
- Ухудшения состояния провоцируются экзогенными вредностями (употреблением алкоголя, резкими изменениями погоды и атмосферного давления, переутомлением, инфекционными заболеваниями, стрессами и пр).

Психические нарушения при опухолях головного мозга

Психопатологическая симптоматика чаще развивается после неврологических признаков опухолевого роста или одновременно с ними.

А. Транзиторные (преходящие)

- симптомы выключения и помрачения сознания (иногда возникают и завершаются внезапно)

- эпилептические припадки

- пароксизмальные галлюцинаторные расстройства - кратковременные наплывы галлюцинаций, в зависимости от локализации опухоли: вкусовые, обонятельные, зрительные, слуховые,
- Дереализация и деперсонализация (переживания «уже виденного», «галлюцинации памяти» и др).

Б. Стойкие

- Амнестический (Корсаковский) с-м
- Эмоциональные расстройства
 - правополушарная локализация опухоли: мании и депрессии (напоминают МДП)
 - левополушарная – аспонтанность с «эмоционально-волевым параличем»
- Расстройства сна.

В. Острые послеоперационные психозы (обусловлены послеоперационным отеком мозга, клиника зависит от локализации).

Терапия больных, перенесших ЧМТ или оперативное удаление опухолей (1)

В остром периоде : рассасывающая, патогенетическая терапия, нормализация гемо- и ликвородинамики, ликвидация отека и набухания мозга, постельный режим, средства, поддерживающие сердечно-сосудистую деятельность и дыхание.

- Дегидратационной терапии с использованием внутривенного или внутримышечного введения **сульфата магния 10мл 25% р-р в/м**, маннитол 10% раствор (15 и 20% растворы — при подогревании на водяной бане до 37 °С), **лазикса 1% р-р в/м (10 мг/мл (80 мг в сутки в 2 приема))**, **диакарба перорально 250 мг 1-2 раза в сутки курсами по 5 дней с последующим двухдневным перерывом**. При эпилепсии - 250-500 мг/сут в один прием в течение 3 дней, на 4 день перерыв. Средства для наркоза - оксибутират натрия 20% раствор в/в, медленно (1–2 мл/мин), 0,05–0,12 г/кг (содержимое флакона предварительно разводят в 50–100 мл 5–40% раствора глюкозы) (Помнить об угнетении дыхательного центра!!!). Также для снижения внутричерепного давления возможна люмбальная пункция под КТ, МРТ контролем.

- При эпилептиформных пароксизмах используются противосудорожные ((втч бензодизепиновые транквилизаторы (диазепам)) и нормотимики средства (фенобарбитал, карбамазепин, финлепсин, вальпроаты). Нормотимики, способствуют стабилизации настроения, купирует явления раздражительности, вспыльчивости, агрессивности, дисфории, смягчают психопатоподобные проявления, могут назначаться и при отсутствии судорожных пароксизмальных состояний.

Терапия больных, перенесших ЧМТ или оперативное удаление опухолей (2)

При стойкой **астении** показаны актовегин 4 или 8 мг/мл, в растворе натрия хлорида 0,9%, **адеметионин (гептрал) в/в по 400–800 мг/сут (содержимое 1–2 флаконов)** в течение первых 2–3 нед, **кавинтон, винпоцетин, ницерголин и др сосудистые препараты.**

-Поливитамины, особенно группы В.

Адаптогены (алоэ, китайский лимонник, женьшень и др.)

Антиоксиданты, **мембранопротекторы, ноотропы: мексидол 250-500 мг/с**, Гинкго Билоба 120/120 мг/с, Мемоплант форте 2 табл 3р/с, **Билобил форте 1 капс 3р/с**, **Семакс капли назальные 0,1% 500–5000 мкг/сут (из расчета 7–70 мкг/кг).**

Ноотропы при отсутствии тревоги, возбуждения, психотики: пирацетам табл 2400 мг/с (20%р-р 20 мл), гопантенная кислота 30 мг/сут внутрь, пантогам 1500 мг/с, никатинол-ГАМК 150 мг/с, глицин 300 мг/с, **блокатор NMDA рецепторов, модулятор глутаматэргической системы - мемантин 20 мг/с.**

Сосудистые, улучшающие мозговой кровоток: кавинтон 10мг 3р/с, винпоцетин 15 мг/с, пертоксифилин 800-1200 мг/с, ницерголин (сермион) 15-30 мг/с, циннаризин 50-70 мг/с (при склонности к гипотензии), нимодипин 90 мг/с, оксибрал 1 капс/с, цераксон (цитиколин) 2мл (200мг 3р/с).

Терапия больных, перенесших ЧМТ или оперативное удаление опухолей (3)

При расстройствах поведения – небольшие дозы нейролептиков (2-4 нед и 2 недели отмена): тиаприд от 50мг-200мг/с и более, рисперидон 0,5-4 мг/с; кветиапин 50-400 мг/с в 2 приема, тиоридазин (сонапакс) 25-75 мг/с, при выраженных психозах галоперидол до 10 м мг/с, тизерцин 25-50 мг/с, аминазин до 100 мг/с, трифтазин 5-10 мг/с, клопиксол 10-50 мг/с.

НЕОБХОДИМО ПОМНИТЬ, ЧТО НЕЙРОЛЕПТИКИ И ТРИЦИКЛИЧЕСКИЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ (амитриптилин) МОГУТ ВЫЗВАТЬ СПУТАННОСТЬ СОЗНАНИЯ! При ухудшении состояния **переход на др препарат или на анксиолитик (транквилизатор).**

Транквилизаторы (АНКСИОЛИТИКИ) короткими курсами до 10 дней : атаракс 50- 100 мг/с, феназепам 0,5-1 мг/с, диазепам (сибазон) 20-40 мг/с, лоразепам 2мг/с, альпразолам 1,5 мг/с.

Снотворные Z-группы:зопиклон, залеплон 7,5 мг перед сном (не более 2х недель тк зависимость).

При наличии тревожно-депрессивных расстройств показаны антидепрессанты (леривон 60 мг/с, мirtазапин (ремерон) 15-45 мг/с, ципрамил 2-40 мг/с, тианептин 12,5 мг 2-3 р/с, сертралин 50--100 мг/с, пароксетин 10-20 мг/с, триттико 50-150мг/с)

- Режим труда и отдыха (сон, избегать шума, жары, алкоголя, кофе, чая крепкого ночных смен).

Психические расстройства
при конкретных соматических
заболеваниях

Этиопатогенез психических расстройств при соматических заболеваниях определяется взаимодействием трех групп факторов:

1. Соматогенные факторы
2. Психогенные факторы
3. Индивидуальные личностные особенности пациента

Инфаркт миокарда

- **Острый период** - общемозговые синдромы (неврология и психические) сознания делириозные могут длиться до 5 суток. Деперсонализация и дереализация. В остром периоде соматогенная астения слабость и эмоциональная лабильность. При инфаркте безболевым внезапное возбуждение либо тревога, печаль, депрессивное состояние схожее с витальной депрессией .
Подострый период стойкая бессонница, деперсонализация-дереализация, иллюзии и галлюцинации.
- Изменяются особенности личности. Человек фиксируется на самочувствии. Может иметь место ипохондрическая фиксация на самочувствии и фобии. Радикальные изменения в жизни после инфаркта – «другая жизнь», личность пациента меняется в противоположную сторону. Неврологические реакции при инфаркте миокарда: кардиофобические, тревожно-депрессивные редко истерические и анозогнозические.

Психические нарушения при инфаркте миокарда (ИМ)

Период ИМ	Психические нарушения
Острый	Страх, тревога, двигательное возбуждение
Подострый	Эйфория. Оглушение Делириозное помрачение сознания
Период рубцевания	Астения, тревога, депрессия, фобии

Сердечная недостаточность.

При остро развивающейся сердечной недостаточности наблюдаются легкое оглушение, обнубиляция и так называемая сусудистая спутанность сознания, астенические расстройства с выраженной физической и психической утомляемостью, слабостью, гиперестезией.

У больных с хронической сердечной недостаточностью обнаруживаются вялость, апатия, безынициативность, дисмнестические расстройства или состояние эйфории, т.е. психорганический синдром (деменция).

- Психовегетативный синдром, характеризующийся дискомфортом и неприятными ощущениями в левой половине грудной клетки. Вначале после психотравмирующей ситуации или долгой астенизации.
- Тревожно недоверчивые конституциональные черты характера и приобретенные особенности личности – основа развития острого кардиофобического приступа (вплоть до панических атак), проявляющегося сомато-вегетативным комплексом (профузным потом, тахикардией 120-160, АД 200-110), длительность от 5 мин до часу, сопровождается страхом смерти.
- Стенокардия сопровождается тревогой, страхом или гневом.

При заболеваниях легких и бронхов

- Бр.астма - больные испытывают страх и тревогу перед приступом, при длительном течении изменяется характер больных.
- Пневмония с гипертермией - возможно нарушение сознания, состояние может быть различным от гиподинамии и подавленности до снижения критики и эйфоричности.
- При ХОЗЛ - раздражительность, ипохондрия.

ЖКТ

- Гастрит-канцерофобия,
- Язва – страх, тревога, тоска,
- НЯК- тоскливое недовольство, страх смерти.

Психические нарушения при хронической почечной недостаточности:

При почечной недостаточности возникает **уремическая энцефалопатия**. Начальная стадия – **астенический синдром** (гиперстезии, раздражительная слабость, бессонница)

Стадия энцефалопатии - Нарушения сна, сонливость днём, слабость, дисфория.

В позднем периоде уремии - психорганический синдром (**деменция**) и **нарушение сознания**.

Стадия	Психические нарушения
Компенсации/субкомпенсации	Астенический синдром
Декомпенсации	Астенический синдром, тревога, депрессия, астеническая спутанность; синдромы выключения и помрачения сознания, Исход - деменция

Психологические изменения при гинекологических заболеваниях

- ПМС - сочетание с вегетативной симптоматикой симптомокомплексов: астенический, тревожно-депрессивный, истеро-ипохондрический, дисфорический и смешанный. Характерны: раздражительность, эмоциональная лабильность, слезливость, гневливость. Нарушение сна итд.
- ПМС легкая форма - астения и астенодепрессивные нарушения с критикой своего состояния.
- Тяжелая форма - снижение критики к состоянию, часто истеричные и ипохондрические жалобы.
- Тяжесть вегетативно-сосудистых симптомов зависит напрямую от психического состояния.
- **Течение ПМС три типа** : компенсированный, субкомпенсированный и декомпенсированный.
- Климакс - наиболее уязвимый период психики женщины.

Психологические изменения в период беременности и родов

- Беременность по триместрам

1- страх, неуверенность, снижение настроения, тревога.

2-относительно спокойный,

3- погружение в ребёнка, все мысли о нём, **перед родами нарастает тревога и страх.**

Виды тревоги: генерализованная, физическая (сомато-вегетативные приступы), страх за ребенка, **страх перед уходом за ребёнком, страх перед родами, страх перед кормлением**, психопатологические феномены тревога по поводу будущего материнства.

Патологический феномен «синдром грубого отношения с плодом», на поздних стадиях провокация аборта, удары по животу.

Психические расстройства в послеродовой период

Психогенные	Тревога, депрессия, фобии
Соматогенные	<ul style="list-style-type: none">• Инфекционные (картина соматогенных психических расстройств инфекционной природы)• Неинфекционные (депрессия, параноидный синдром)
Эндогенные	В послеродовой период <u>могут дебютировать эндогенные</u> психические расстройства (шизофрения, биполярное аффективное расстройство)

Соматогенные психические расстройства неинфекционной природы при эндокринной патологии

- Психоэндокринный синдром (М. Блейлер, 1954):

1.- снижение психической и физической активности,

2.- изменение влечений (снижение или усиление влечений, редко извращение)

3.- изменение настроения (снижение или повышение настроения.

Преобладают смешанные состояния (депрессии с дисфорией, гневливая мания)

Отмечаются апатическая депрессия, астенические депрессии, тревожные расстройства)

- Психоорганический синдром По мере прогрессирования эндокринного заболевания этот синдром переходит в амнестическо-органический и далее в

- Острые и хронические психозы (синдромы помрачения и выключения сознания, делирии, галлюцинозы и психозы с шизофреноподобной симптоматикой).

• **Амнестическо-органический синдром — глобальное нарушение психических функций**, касающееся всех сторон личности и значительно нивелирующее ее индивидуальные особенности. **Для этого синдрома характерны расстройства памяти (амнезии, дисмнезии, нарушения типа корсаковского синдрома и др.)**, интеллектуальное снижение с выраженным нарушением осмысления и критического отношения к своему состоянию; выпадают приобретенные знания, **мышление замедляется и становится поверхностным; в аффективной сфере начинают преобладать черты эмоциональной вялости и тупости**. **В наиболее тяжелых случаях развивается синдром органического слабоумия**. Амнестическо-органический синдром наблюдается при длительных и особенно тяжелых эндокринных заболеваниях.

• **Острые психозы** развиваются на фоне описанных выше психопатоподобного и амнестическо-органического синдромов.

Они могут возникать в любой стадии заболевания, часто в связи с утяжелением основного заболевания и нарастанием обменных, сосудистых и иных нарушений (при аддисоновых кризах, гипертонических кризах у лиц с болезнью Иценко—Кушинга и т. п.).

Психозы протекают по типу острой мозговой экзогенной реакции: делирий, аменция, сумеречное помрачение сознания и др.; возможны также эпилептиформное возбуждение или **эпилептиформные припадки**.

Корреляции между возникновением острых психозов и выраженностью и сроками появления соматических сдвигов не абсолютны.

- Иногда психозы возникают без видимых причин - это касается психозов с преобладанием аффективных расстройств (депрессивные, депрессивно-параноидные) и психозов шизофреноподобной структуры. Такие психозы часто становятся затяжными или повторяются; **атипичные** или **периодические** психозы трудны в дифференциально-диагностическом плане.
- **!!!** При эндокринных заболеваниях могут встречаться практически все психопатологические синдромы, однако редки чисто галлюцинаторный, параноидный и особенно кататонический; как правило, возникают атипичные, смешанные и стертые состояния. Не встречаются и некоторые типы расстройств мышления (например, шизофренические).

• Особенности психических расстройств при отдельных эндокринных заболеваниях.

– При синдромах гипофизарной недостаточности (*гипофизарная кахексия Симмондса, болезнь Шихена*) преобладает снижение психической активности — астено-адинамический синдром с глубоким подавлением влечений и витальных функций.

Адинамия и вялость могут создавать впечатление интеллектуального снижения, которого в начале болезни не бывает.

Только при относительно длительном заболевании могут нарушаться память и другие функции интеллекта (амнестическо-органический синдром).

- Сходные изменения свойственны аддисоновой болезни, при которой психическая и физическая (мышечная) слабость сочетается с повышенной возбудимостью и истощаемостью психических функций, а также монотонностью аффективных реакций (тревно-депрессивные, астено-апатические состояния).
- Своеобразие эндокринного психосиндрома при акромегалии определяется сочетанием апатии, аспонтанности с благодушно-эйфорическим фоном настроения и чувством пассивной самоудовлетворенности, а иногда беспричинными колебаниями настроения (вплоть до депрессий с ажитацией и дисфорий); даже при длительном, заболевании значительного интеллектуального снижения у этих больных не бывает и отмечаются лишь замедленность психических процессов и некоторое обеднение интересов.

- Для болезни Иценко—Кушинга характерны астено-адинамические и астено-апатические состояния, сочетающиеся с монотонностью настроения в одних случаях и аффективными колебаниями (вплоть до вспышек раздражительности) — в других.
- Уже на ранних стадиях болезни проявления психопатоподобного синдрома иногда сочетаются с признаками амнестическо-органических расстройств; в депрессивные переживания вплетаются реактивные моменты (реакция на изменение внешности). Ипохондрическо-сенестопатические синдромы могут быть яркими.

• **Диффузный токсический зоб (гипертиреоз)** сопровождается прежде всего повышенной аффективной возбудимостью, лабильностью настроения, яркостью эмоциональных проявлений, расстройствами сна (поверхностный, укороченный с тревожными сновидениями). Нарушения мышления выражаются в ускорении течения мыслительных процессов, затруднении концентрации внимания и в обусловленной этими особенностями сниженной продуктивности психической деятельности.

• При **гипотиреозе (микседема, кретинизм)** тесно переплетаются проявления психопатоподобного и амнестическо-органического синдромов. При легких формах гипотиреоза преобладают психопатоподобные изменения, при кретинизме и микседеме — врожденное слабоумие. Отмечаются торпидность реакций (монотонное добродушие, апатичность и индифферентность, ворчливо-подавленное настроение и т. п.), однообразное поведение.

- Психические расстройства при адреногенитальном синдроме в большой мере зависят от возраста больного: для детей и подростков характерна инфантильность с отсутствием непосредственности и живости эмоций при нормальном интеллектуальном развитии, а в картине на первый план выступают эмоциональные расстройства в виде депрессий, неврозоподобные состояния.
 - Важной особенностью психических нарушений при адреногенитальном синдроме являются психогенные реакции (реакции на изменение внешности в связи с гирсутизмом, вирилизмом).
- Это выражается депрессией, аутичностью, аффективной напряженностью, суицидальными мыслями и т. п.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

- Депрессивный расстройства с тревогой или без нее – наиболее распространенные у больных сахарным диабетом. Данные некоторых исследований подтверждают, что депрессия и/или тревога могут поражать до 50% молодых людей с плохо поддающимся лечению сахарным диабетом I типа (Orr et al, 1983; Tattersal & Walford, 1985).
- Также часто на фоне декомпенсации СД отмечаются количественные (оглушение, сопор, кома) расстройства сознания и качественные (делирий, аменция), расстройства когнитивных функций вследствие сосудистой и дисметаболической энцефалопатии.

Психические расстройства при некоторых эндокринных заболеваниях

Заболевание	Причина	Психопатологические синдромы
Акромегалия	Конституциональный, опухоль	Эндокринный психосиндром, депрессия с тревогой. Эпилептические припадки
Гигантизм	Конституциональный, опухоль	Психический инфантилизм, астения, депрессии
Карликовость	Конституциональный, опухоль	Реакция на неполноценность
Болезнь Шихана	Ишемия передней доли гипофиза	Адинамия. Снижение влечений
Сахарный диабет	Гипергликемия	Астенический, приступы дисфорий и агрессии

Психические расстройства при некоторых эндокринных заболеваниях

Болезнь Иценко-Кушинга	Гипофизарная базофилия	Эндокринный психосиндром
Диффузный токсический зоб	Гиперфункция щитовидной железы	Шизоаффективные расстройства, циклотимия
Гипотиреоз	Микседема, кретинизм	Заторможенность и сонливость, депрессия
Болезнь Аддисона	Недостаточность коры надпочечников	Эндокринный психосиндром
Адреногенитальный синдром	Врожденный, маскулинизация	Реакция на изменение внешности
Гипогонадизм	Врожденный	Реакция на незрелость
Климакс	Гормональная перестройка	Вегето-сосудистые кризы, колебания настроения
Предменструальный синдром	Гормональная дисбаланс	Депрессии

Злокачественные опухоли.

Соматогенные расстройства:

а) опухоли с первичной локализацией в головном мозге или метастазы в мозг: клиника определяется зоной поражения, представлена неврологической симптоматикой, недостаточностью или разрушением отдельных психических функций, а также астенией, психоорганическими синдромами, общемозговой симптоматикой, судорожным синдромом и реже галлюцинозами;

б) расстройства, вызванные интоксикацией распада тканей и наркотическими анальгетиками: астения, эйфория, синдромы помрачения сознания (аментивный, делириозный, делириозно-онейроидный), психоорганический синдром.

Злокачественные опухоли.

Характерны астенические расстройства с выраженной аффективной лабильностью. Нередки реактивные психотические состояния с тяжелой депрессией, когда диагноз становится известен больному.

Психозы при злокачественных опухолях развиваются в случаях нарастания кахексии, а также иногда вскоре после оперативного вмешательства. Проявляются, как правило, делирием с нерезко выраженным возбуждением, немногочисленными галлюцинациями, иллюзиями, иногда онейроидными состояниями на высоте психоза.

В тяжелых случаях, нередко в претерминальной ситуации, бывают картины мусситирующего делирия или аменции. Реже возникают протрагированные симптоматические психозы в виде депрессивных или бредовых состояний. Бредовые состояния проявляются подозрительностью, малой доступностью, отдельными бредовыми идеями конкретного содержания, тревогой, астеническими расстройствами.

Развитие апатического ступора свидетельствует о крайнем утяжелении соматического состояния.

- **астения, депрессии, анозогнозия и «тихие» делирии (без возбуждения).**
 - **ТЯЖЕЛАЯ ДЕПРЕССИЯ - 25 % больных**
УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННАЯ - 25%
 - **ЛЕГКАЯ ДЕПРЕССИЯ - 15 % больных**

Злокачественные опухоли.

Психогенные расстройства:

Представляют собой результат реакции личности на заболевание и его последствия. Независимо от источника информации о наличии у него онкологического заболевания человек **проходит через этапы психологического кризиса с формой реагирования:**

- 1. шок и отрицание заболевания; анозогнозическое реагирование.**
- 2. гнев и агрессия (переживание несправедливости судьбы); дисфорическое реагирование.**
- 3. депрессия; аутосуггестивное (чтобы не было боли) и депрессивное реагирование.**
- 4. принятие болезни; апатичное реагирование.**

Несообщение диагноза мотивируется, прежде всего, высокой вероятностью тяжелых депрессивных реакций вплоть до суицидных попыток.

- **Психологические особенности пациентов хирургического стационара в до- и послеоперационном периоде**
- **Предоперационная тревога** – беспокойство, неусидчивость, нарушение внимания и сна. Тревога направлена на будущую операцию. Высокий уровень тревоги способствует формированию дезадаптации.
- **Синдром Мюнхаузена-постоянное и непреодолимое желание подвергаться операциям по поводу мнимых проявлений болезни.**
- Три варианта синдрома Мюнхаузена
1. острый абдоминальный – лапоротомия, 2. геморрагический-демонстрация кровотечения 3. неврологический обмороки и припадки.
Мотивы – избежать ответственности, симуляция, чаще у истериков.

Психологические особенности пациентов в стоматологии, отоларингологии, ортопедии и травматологии

- **Стоматология** - страх боли и лечения, тревога перед удалением зубов. При заболеваниях зубов и дёсен иногда депрессии и апатии , **при лейкоплакии - канцерофобии.**
- **Травматология** тревога, страх по поводу последствий травмы выраженность зависит от характера травмы и возможных последствий. **Ортопедия дефекты приводят к формированию характера не общительны, угрюмы, отношение к дефекту может быть дисгармоничным (замыкаются в себе, избегают общения иногда гиперкомпенсация – спорт). Иногда аггравация (преувеличение симптомов) – получить пенсию.**

Особенности психологии больных детей и пациентов пожилого возраста

- **Подростки – симуляция и аггравация.** Привлечь к себе внимание или избежать неприятности. Дети дошкольники страх отрыва от родителей. **Реакции протеста.**
- **Геронтология- концентрация на соматических процессах, ипохондричны, зациклены на неприятных ощущениях и переживаниях.**
- **У одиноких пожилых людей болезнь возможность установить контакт, вызвать сочувствие окружающих.**

Влияние на психику врожденных и приобретенных физических дефектов

- Обидчивость, чувствительность, суицидальное поведение.
- При заикании - логофобия.
- Слепые- астеничный, ипохондричный, ананкастный (застреваемый) тип реагирования.
- Глухие - идеи отношения, обидчивость, повышенная тревожность.

Соматогенные психические расстройства инфекционной природы

- **Острые**

Продолжаются до 2 недель

Клиническая картина:

- Синдромы помрачения сознания (делирий, аменция) (см. тему «общая психопатология»)
- Синдромы выключения сознания (оглушение, сопор, кома) (см. «общую психопатологию» за 4 курс)

- **Хронические**

Продолжаются от 2 недель до 2-3 месяцев

Клиническая картина:

- Астено-депрессивный синдром
 - Депрессивно-параноидный синдром
 - Галлюцинаторно-параноидный синдром
 - Маниакальный синдром
 - Корсаковский синдром
- Исход - деменция

Острые симптоматические психозы инфекционной природы

Делириозное помрачение сознания

- **Это самое частое психотическое расстройство при инфекционных заболеваниях!**
- Типы делирия в связи с подъемом температуры тела:
- а) инициальный делирий предшествует симптоматике соматических нарушений и возникает в продромальном периоде. Патогенетический механизм – астения+снижение иммунитета.
- б) лихорадочный делирий возникает на высоте лихорадки, в период разгара болезни. Патогенетический механизм – **интоксикация + повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера** на высоте температурной реакции.
- в) коллапс-делирий – дебютирует в период критического падения температуры.

Затяжные симптоматические психозы инфекционной природы

Клиническая картина

- **Астено-депрессивный синдром** - тоскливая, тревожная или апатическая депрессия, в сочетании с выраженной астенией, усиливающейся к вечеру.
- **Депрессивно-параноидный синдром** - бредовые идеи осуждения, самообвинения, нигилистические бредовые идеи в сочетании с бредом преследования;
- **Галлюцинаторно-параноидный синдром** - вербальные галлюцинации, иллюзии, бредовые идеи преследования, отношения, отравления, обыденного содержания.
- **Астено-маниакальный синдром** - мания на фоне выраженной астении.
- **Транзиторный корсаковский синдром** - явления фиксационной амнезии, амнестической дезориентировки, псевдореминесценций. После выхода из психоза память восстанавливается.

Грипп

На высоте инфекции в лихорадочном или постфебрильном периоде. В продроме психозов отмечаются астенические расстройства, адинамия, расстройства сна (бессонница ночью и сонливость днем), а также явления дереализации, страхи с неприятными ощущениями в области сердца.

Делириозное, эпилептиформное возбуждение, а также тревожно-тоскливое с бредом самообвинения, греховности, реже идеями преследования. Эти состояния отличаются присутствием астенических расстройств.

Реже наблюдаются гипоманиакальные состояния с оживлением, стремлением к деятельности.

Вирусные пневмонии

Характерны делириозные и онейроидные помрачения сознания, а также протрагированные симптоматические психозы в виде затяжных депрессий с ажитацией, тревогой, бредом инсценировки, ложными узнаваниями, вербальными иллюзиями и галлюцинаторно-бредовыми явлениями.

Психические расстройства при первичных инфекционных заболеваниях головного мозга

Острый период любого энцефалита сопровождается различными формами нарушенного сознания (разные степени выключения сознания от оглушения до комы, помрачение сознания в виде делирия, аменции, онейроида, сумеречного состояния).

В отдаленном периоде клещевого энцефалита нередко развивается миоклонус эпилепсия, тревожно-депрессивные состояния, реже – интеллектуальное снижение.

Хроническая стадия при энцефалитах характеризуется явлениями сонливости, паркинсонизма, аспонтанностью, брадифренией, замедленностью, затрудненностью движений и психических процессов.

Психические расстройства при нейроревматизме.

Психозы при ревматизме могут возникать в различных фазах заболевания, в том числе и в «холодном» периоде.

При остром течении ревматизма чаще возникают синдромы помрачения сознания;

При затяжном, латентном течении, а также в межприступный период – астенические, параноидные, шизофреноподобные картины, вербальный галлюциноз.

Типичны при затяжных ревматических психозах тревожно-депрессивные синдромы с мыслями о неминуемой смерти, ипохондрическими, нигилистическими, бредовыми идеями.

Продолжительность затяжных психозов от 2 месяцев до 1 года. По выходе из них наблюдаются длительные церебрастенические состояния.

Психические расстройства при нейросифилисе.

Сифилис мозга (поражение бледной трепонемой оболочек и сосудов мозга, реже паренхимы: менингиты, менингоэнцефалиты, артерииты и сифилитические гуммы). Клиника разнообразна, зависит от стадии, локализации и пр.

Стадии:

1. сифилитическая неврастения - нарастающая астения с повышенной утомляемостью и истощаемостью, раздражительностью, слабостью и нарушениями сна, нарастание сонливости в дневное время и появление бессонницы.

2. клиника менингита или менингоэнцефалита – нарастающие изменения личности и поведения: с утратой этических норм поведения, теряются такт, чувство стыдливости, сексуальная расторможенность, прожорливость, утрачиваются морально-этические нормы, постоянна эйфория, беспечность, снижается критика к своему поведению и на их фоне - нарушения сознания, галлюцинозы, галлюцинаторно-бредовые с-мы с нелепым мегаломаническим (парафренным) бредом величия и богатства.

3. клиника, обусловленная нарушениями мозгового кровообращения и наличием сифилитических гумм, стадия тотальной деменции (паралитический синдром) – психические расстройства сходны с психическими расстройствами при сосудистых заболеваниях и опухолях мозга.

Неврологические расстройства: дизартрия, нарушения почерка, походки, анизокория, в последующем парезы и параличи, трофические расстройства, эпилептические припадки.

Стадия тотальной деменции-

Паралитический синдром –

состояние тотального деменции с эйфорией, благодушием, резким снижением критики, нелепым мегаломаническим бредом величия и богатства. Характеризуется резко выраженным слабоумием со снижением критики, ослаблением суждений и наличием нелепых умозаключений в сочетании с эйфорией, временами сменяющейся апатией, а затем и постоянной аспонтанностью.

(называют себя президентами, императорами, командующими армиями, говорят о своих несметных богатствах, одеваются ярко, нелепо, утрачено чувство такта, неряшливы, не следят за своим внешним видом, едят руками, берут чужие вещи, бывают раздражительны, агрессивны).

На поздних стадиях – апатия, аспонтанность, теряют интерес к окружающему, не могут обслужить себя, не отвечают на вопросы.

Неврологические расстройства: дизартрия, нарушения почерка, походки, анизокория, в последующем парезы и параличи, трофические расстройства.



На фотографии больной с П.П., украсивший себя “особыми наградами, нашивками”, знаками отличия.

Сифилис лечение

- Антибиотики - на фоне пенициллинотерапии улучшается через три-четыре недели, санация крови может завершаться в период от двух до пяти лет. На курс лечения в среднем требуется 14 млн ЕД пенициллина. Рекомендуется проведение 6—8 курсов пенициллинотерапии с интервалом в один-два месяца.
- При непереносимости пенициллина можно использовать эритромицин 5 раз в сутки по 300 000 ЕД в комбинации с препаратами висмута бийохинола или бисмоверола.
- После терапии показано контрольное исследование спинномозговой жидкости с целью диагностики возможного рецидива.
- Показателем стабильности ремиссии является доказательное санирование спинномозговой жидкости в течение не менее двух лет.

Соматогенные психические расстройства инфекционной природы

Психические нарушения при ВИЧ

Психогенные	<p>Тревога, обсессивно-фобический синдром, <u>депрессии</u>. СПИДофобия - страх перехода ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа).</p> <p><u>Психические нарушения связаны с психотравмирующим фактором болезни, стигматизацией в обществе.</u></p>
Соматогенные	<p>В результате непосредственного поражения ВИЧ-инфекцией глиальных клеток ЦНС и эндотелия капилляров сосудов ГМ могут встречаться <u>любые реакции экзогенного типа</u></p> <p>На стадии СПИДа развивается ВИЧ-деменция. <u>ВИЧ-деменция</u> (морфологически энцефалит)– синдром <u>подкорково-лобной деменции</u>, связанный с непосредственным действием ВИЧ на ГМ и проявляющийся <u>когнитивными (снижение памяти, интеллекта, внимания), и двигательными расстройствами (парезы, параличи).</u></p>

Деменция при заболеваниях, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (F02.4)

Вирус иммунодефицита человека может сам по себе вызывать энцефалит и последующую деменцию, но к данной группе относятся также процессы, обусловленные снижением активности иммунной системы, например, в результате присоединившегося сепсиса, лимфомы, токсоплазмозный энцефалит и др.

Поражение мозга носит диффузный характер, а вероятная очаговая симптоматика свидетельствует скорее об осложнениях и присоединившейся патологии.

Психические расстройства при интоксикации лекарственными препаратами, бытовыми и промышленными токсинами.

Барбитураты.

После однократного приема больших доз препарата возникает состояние, напоминающее опьянение, затем развивается оглушение, быстро переходящее в сопор и кому. Возможны эпилептиформные припадки.

При хронической интоксикации барбитуратами наблюдаются психопатоподобные состояния с эйфорией, расторможенностью, расстройствами памяти, значительным снижением критики.

Возможно развитие барбитуровых психозов с картиной галлюциноза и последующим возникновением галлюцинаторного бреда, а также депрессивно-бредовых состояний.

При внезапном прекращении приема барбитуратов бывают эпилептиформные припадки или коматозное состояние.

Гормональные препараты.

Психозы при передозировке гормонов могут сопровождаться расстройствами сознания, зрительными галлюцинациями (по типу делириозных состояний), эпилептиформными припадками. В некоторых случаях развиваются галлюцинаторно-бредовые психозы. Психозы с такими особенностями наблюдались при введении тиреоидных гормонов, при передозировке эстрогенов, а также при введении кортикостероидов.

КОРТИКОСТЕРОИДЫ

- Раздражительность, бессонница, беспокойство, гиперактивность, мышечная слабость, усталость и далее депрессия
- Депрессия может появиться после отмены стероидов!

АНИЛИН.

В легких случаях у больных развиваются головные боли, тошнота, рвота, явления обнубиляции сознания (оглушение), отдельные судорожные подергивания. В более тяжелых случаях наступают сопор и кома или делириозные состояния с резким психомоторным возбуждением; возможно развитие муситирующего делирия.

На отравление анилином указывает характерный внешний вид больных: кожа и слизистые оболочки имеют серый или серовато-черный оттенок.

Ацетон.

Наряду с астенией, сопровождающейся головокружением, шаткой походкой, отрыжкой, тошнотой и рвотой, у больных могут возникать затяжные делириозные состояния с ухудшением в вечерние часы и светлыми промежутками днем. Возможно развитие депрессивных состояний с тревогой, тоскливостью, идеями самообвинения.

При хроническом отравлении Ацетоном, как и любыми растворителями, обязательны органические изменения личности различной глубины и крайне быстро развивающаяся энцефалопатия.

Бензин. Бензол, нитробензол. Окись углерода.

Бензин. Острое отравление бензином обуславливает эйфорию или астению с головными болями, тошнотой, рвотой, сменяющуюся состояниями делирия и в последующем сопором и комой. Возможны судороги, параличи, в тяжелых случаях может быть летальный исход.

Бензол, нитробензол. Психические нарушения близки к расстройствам при интоксикации анилином. Особенность интоксикации состоит в высоком лейкоцитозе. При отравлении нитробензолом в выдыхаемом больным воздухе ощущается запах горького миндаля.

Окись углерода. В остром периоде интоксикации наблюдается картина оглушения, возможен делирий. Спустя несколько дней или неделю после отравления на фоне кажущегося благополучия развиваются психопатоподобные расстройства, Корсаковский амнестический синдром, явления афазии и агнозии, паркинсонизм.

Лечение симптоматических психозов при отравлениях

Перевод пациента в психиатрический стационар необходим в случае затяжного симптоматического психоза.

При интоксикационных психозах одновременно проводят дезинтоксикацию: внутривенное (капельное) введение дезинтоксикационных и плазмозамещающих жидкостей. Для дезинтоксикации внутривенно вводят глюкозу или изотонический раствор хлорида натрия с витаминами, дают обильное питье.

Универсальный антидот - Унитиол в/м 5-10 мл 5% раствора несколько раз в день при отравлениях!!!

Для предотвращения набухания мозга используются дегидратирующие средства — сначала осмодиуретики (маннитол, сульфат магния), потом петлевые (фуросемид, лазикс) и др.

Лечение острых состояний:

- Лечение основного заболевания

- При состояниях помрачения сознания – бензодиазепины, при стойких галлюцинациях и бреде - антипсихотики с минимальных доз и медленной титрацией (тиапридал, кветиапин, rispолепт, амисульприд)

- Лечение психотического синдрома (галлюцинаторная и/или бредовая симптоматика – антипсихотики, депрессивная симптоматика – антидепрессанты). При судорожных припадках – антипароксизмальные (дiazepam, а также антиконвульсанты как при эпилепсии (вальпроаты, карбамазепин и др).

-- ноотропы, сосудистые, антиоксиданты, витамины.

Лечение затяжных состояний:

Все вышеуказанное, но назначать психотропные препараты – в малых дозах!

Всегда из-за опасности коллапса при использовании нейролептиков необходимо прикрываться с сердечно-сосудистыми средствами (кофеин, кордиамин).

Экспертиза

При излечении основного соматического заболевания обычно исчезают и сопутствующие ему соматогенные психические расстройства. В таком случае больные полностью трудоспособны и возвращаются к прежней трудовой деятельности.

При неблагоприятном течении основной болезни, а также при нарастании явлений психоорганического синдрома (энцефалопатии) больные в соответствии с тяжестью их состояния переводятся на инвалидность.

Благодарю за внимание!