

КОНСПЕКТ
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ
ВОПРОСОВ

НЕЙРОНАУКИ: 245 ВОПРОСОВ ПО 150 СЛОВ

Неврология
Психиатрия
Наркология

составители
Кутиков Д.А. и
Кизюрина Ю.В.

Харьков - 2019



Кутиков Дамир Александрович
Кизюрина Юлия Витальевна
Красивская Ярослава Станиславовна
Попова Алена Владимировна
Стрига Артем Александрович
Постольник Александр Александрович
Волокитин Егор Андреевич
Умаха Кристиана Нгозика
Халиль Рита Исса
Сластин Анастасия Дмитриевна
Белоцерковная Ксения Александровна
Андрейченко Андрей Андреевич
Лысак Александр Васильевич
Репина Анна Алексеевна
Талейкина Мария Валентиновна
Суббота Екатерина Павловна

НЕЙРОНАУКИ: 245 ВОПРОСОВ ПО 150 СЛОВ

Конспект экзаменационных вопросов по курсам «Неврология» и «Психиатрия и наркология» медицинских факультетов

Дизайн и компьютерная верстка
Кутиков Д.А.

ЧАСТЬ 0: ВВЕДЕНИЕ

1. Что это за издание?

По форме – это краткий конспект, основанный на экзаменационных вопросах к экзаменам по курсам «Неврология» и «Психиатрия и наркология» медицинских факультетов (4 уровень аккредитации МОН Украины). По сути – это авторская переработка 8-10 литературных источников, сокращенная и адаптированная для более легкого запоминания.

Это конспект не может быть использован как учебное пособие и коллектив авторов не несет никакой ответственности за Вашу академическую успеваемость по этим предметам при использовании этого конспекта.

Мы художники – мы так видим.

2. Принципы изложения и особые обозначения.

Изложение ведется в форме «вопрос – ответ». Внутри ответов могут встречаться определения, логические цепи и алгоритмы, текстовые пояснения, списки пунктов и классификации, таблицы, ссылки на другие вопросы.

Специальные обозначения:

« \Rightarrow » – соответствие чего-либо чему-либо.

\uparrow – повышение уровня того, что находится в записи справа.

\downarrow – снижение уровня того, что находится в записи справа.

\rightarrow – логический переход или процесс развития от понятия слева к понятию справа.

\leftarrow – логический переход или процесс развития от понятия справа к понятию слева.

Подчеркнутый текст – подраздел излагаемого в вопросе, его неотъемлемая часть.

Курсив – подраздел логического изложения.

Подчеркнутый курсив – отдельная форма чего-либо, излагаемого в вопросе.

3. Сокращения.

РР – никотиновая кислота;

АГ – артериальная гипертензия;

АД – артериальное давление;

АКТГ – адренокортикотропный гормон;

АХ – ацетилхолин;

БАВ – биологически активные вещества;

Б-нь – болезнь;
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека;
ВНС – вегетативная нервная система;
ВОЗ – всемирная организация здравоохранения;
ВСД – вегетососудистая дистония;
ГАМК – гаммааминомасляная кислота;
ГКС – глюкокортикостероиды;
ГМ – головной мозг;
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт;
ИВЛ – искусственная вентиляция легких;
КБП – кора больших полушарий;
КФК – креатинфосфокиназа;
ЛС – лекарственное средство;
ЛФК – лечебная физкультура;
МАО – моноаминоксидаза;
МСЭК – медико-социальная экспертиза;
НПВС – нестероидные противовоспалительные средства;
НС – нервная система;
ПАВ – психоактивные вещества;
ПНС – периферическая нервная система;
РС – рассеянный склероз;
РФ – ретикулярная формация ствола мозга;
СДВГ – синдром дефицита внимания и гиперактивности;
С-м – синдром;
СМ – спинной мозг;
СМЖ – спинномозговая жидкость;
СОЭ – скорость оседания эритроцитов;
ССС – сердечно-сосудистая система;
ФОС – фосфорорганические вещества;
ЦНС – центральная нервная система;
ЦРБ – центральная районная больница;
ЧДД – частота дыхательных движений;
ЧМН – черепно-мозговые нервы;
ЧМТ – черепно-мозговая травма;
ЧСС – частота сердечных сокращений.

ЧАСТЬ 1: НЕВРОЛОГИЯ

Раздел 1: Введение. Симптомы двигательных и чувствительных расстройств.

1.1. Неврология как наука, отрасль практической медицины и учебный предмет.

Неврология – это наука о нервной системе человека в норме и патологии.

Изучает анатомию, физиологию и биохимию нервной системы + патологические процессы. Невропатология – раздел неврологии, изучающий заболевания нервной системы (сосудистые, инфекционные, демиелинизирующие, наследственные и др.). Поэтому неврология → неотъемлемая часть клинической практики.

Как учебный предмет неврология необходима для понимания анатомо-физиологических особенностей нервной системы, механизмов взаимосвязи структур, а также приобретение знаний о неврологической патологии, ее диагностики и методов выявления.

1.2. Главные этапы развития неврологической науки.

Первые исследователи заболеваний нервной системы → Гиппократ, Авиценна.

Гален → описание клинических проявлений разнообразных неврологических заболеваний, методы их диагностики и лечения + отдельные состояния как болезни головного мозга (эпилепсия, мигрень и др.).

В средние века Д.М. Морганьи и Т. Виллизий связали определенные неврологические нарушения с соответствующими структурами головного мозга. Также вклад в изучение неврологии сделали А. Визалий, К. Варолий, Р. Декарт, → сформировано понятие рефлекса, суммированы основы нейрофизиологии.

18 век → описание отдельных симптомов, синдромов и заболеваний нервной системы + попытки их лечения.

19 век → систематизация патологоанатомических исследований. Появление возможности фиксации и окрашивания нервной ткани, получение серийных срезов, микроскопии. Изучение физиологии нервной системы: И.М. Сеченов, И.П. Павлов.

Глава Московской неврологической школы, а также создатель 1-й в мире кафедры и клиники нервных болезней при Московском университете → А.Я. Кожевников. + автор книги «Курс нервных болезней», описал особую форму кортикальной эпилепсии.

Развитие украинской школы неврологии: кафедры нервных и психических болезней Киева, Харькова, Одессы. На Харьковской кафедре работал Е.Г. Дубенко. В Харькове с 1977 года работает ИНПН. Директорами ИНПН с 1977 по 2017 год был П.В. Волошин, с 2017 → И.В. Линский).

1.3. Основные этапы развития нервной системы.

Эволюционные этапы:

- ✓ диффузный = асинаптическая нервная система (нет синапсов, диффузное возбуждение по всем направлениям, обеспечены глобальные рефлекторные реакции);
- ✓ узловый = ганглиозная нервная система (синаптическая, возбуждение → в одном направлении, обеспечены дифференциальные приспособительные реакции);
- ✓ трубчатой нервной системы = синаптическая; сегментарного типа + скелетный моторный аппарат.

В ходе онтогенеза нервная система повторяет все этапы филогенеза: внешний листок эктодермы → мозговая пластинка → мозговая трубка → задняя часть (→ спинной мозг →) и передняя часть (→ головной мозг → стадия 3-х мозговых пузырей = ромбовидный, средний, передний → стадия 5-ти мозговых пузырей = продолговатый, задний, средний, промежуточный, конечный мозг).

Морфологические этапы: централизация нервной системы → кефализация → кортикализация → появление симметричных полушарий.

1.4. Анатомо-топографические отделы нервной системы.

НС = ЦНС (ГМ + СМ) + ПНС

1) Рецепторно-эффекторный отдел.

Рецепторы анализатора (определяют характер раздражения и трансформирование его в нервный импульс); рецепторный отдел = 1-й уровень аналитико-синтетической деятельности НС → реакции ответы; эффекторы: двигательные и секреторные.

2) Сегментарный отдел СМ и ствола = рефлекторный уровень.

Состав: передние и задние рога, корешки, ядра ЧМН, их корешки, за счет белого вещества СМ → связь сегментов СМ между собой + соответствующими ядрами ГМ.

Задачи: замыкание безусловных рефлексов, перекодировка информации от рецепторов, связь коры и подкорки с окружающей средой;

3) Подкорковый интегративный отдел = 2-й уровень.

Состав: базальные ядра (хвостатое ядро, бледный шар, скорлупа, таламус, красное ядро, субстанция nigra) + афферентные и эфферентные связи между подкорковыми структурами и с корой.

Выбор главной информации и отправка ее в кору + другая информация направляется в ядра ретикулярной формации → интеграция → кора.

4) Коровый отдел = 3-й уровень.

Раскодировка информации, высший анализ, синтез нервных импульсов; обеспечение мышления и сознания.

1.5. Основные принципы функционирования нервной системы.

Четкой границы между отделами нет (например, низшие нервные образования содержат элементы молодых структур).

Принцип субординации: низшие уровни подчинены высшим (вертикальная организация НС).

Эволюционно более молодые образования мозга регулируют функции эволюционно более старых, низших нервных структур, и подчиняют их себе посредством торможения/ возбуждения (актуально для всех анатомо-топографических отделов НС).

Теория диссолюции: высшие нервные центры оказывают постоянное тормозящее действие на низшие (считалось ранее). При поражении более высших уровней наступает растормаживание низших (появление патологических рефлексов эволюционно более древних).

Сейчас: концепция = ↓ гибкости регулирования и примитивизации автоматизма этих процессов + компенсаторные реакции, так как функционирование элементов НС нераздельно.

Рефлекторный принцип: → результат сложнейших сложной переработки информации и скоординированного действия функциональных отделов НС + обеспечение схемы «реакция-ответ» при наличии 2-х нейронной дуги.

1.6. Рефлекторный аппарат спинного мозга. Рефлекс, рефлекторная дуга. Безусловные рефлексы.

Рефлекс → закономерная реакция организма на раздражения рецепторов, которая реализуется рефлекторной дугой при участии ЦНС. Является приспособительной реакцией в ответ на изменение внешней/ внутренней среды, обеспечивая целостность и гомеостаз.

Рефлекторная дуга → путь, по которому импульсы от рецепторов идут к исполнительному органу.

Рефлексогенная зона → участок рецепторов, раздражение которых инициируют рефлекторную реакцию.

Безусловные рефлексы, филогенетически более древние, находятся под влиянием коры, являются врожденными автоматическими двигательными активностями.

1.7. Сухожильные и периостальные рефлексы, дуги их замыкания.

Безусловные рефлексы:

- глубокие (проприоцептивные):
 - ✓ сухожильные;
 - ✓ суставные;
 - ✓ периостальные;
- поверхностные (экстероцептивные):
 - ✓ кожные + слизистых оболочек.

Сухожильные рефлексы → миостатические рефлексы (на растяжение <мышечных веретен), в основе передача нервных импульсов по моносинаптической дуге. Рецептор: афферентные волокна → растяжение мышцы и мышечного веретена → афферентные волокна → α -мотонейроны в передних рогах → аксоны мотонейронов (эффекторная часть дуги) → экстрафузальные мышечные волокна → изменение длины мышцы.

| Периферические нервы | Уровень за-крытия дуги | Название рефлекса | Механизм вызова ре-флекса | Ответная реакция |
|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| Сухожильные рефлексы | | | | |
| Мышечно-кож-ный нерв | C ₅ -C ₆ | Сухожилия двугла-вой мышцы плеча | Удар молоточком над локтевым сгибом | Сгибание предплечья |
| Лучевой нерв | C ₇ -C ₈ | Сухожилия трехгла-вой мышцы плеча | Удар над локтевым отростком | Разгибание предпле-чья |
| Бедренный нерв | L ₂ -L ₄ | Коленный | Удар по сухожилию четырехглавой мышцы бедра ниже надколенника | Разгибание голени |
| Большеберцо-вый | S ₁ -S ₂ | Ахиллова сухожи-лия | Удар по пяточному сухожилию | Подощенное сгиба-ние стопы |
| Периостальные рефлексы | | | | |
| | 1 ветвь V-VII нервов | Надбровный | Удар по надбровной дуге | Смыкание век |
| Срединный, лу-чевой, мышечно-кожный | C ₅ -C ₈ | Карпорадикальный | Удар по шиловид-ному отростку луче-вой кости | Сгибание предплечья в локтевом суставе, пронация кисти, сги-бание пальцев |
| Подлопаточный | C ₅ -C ₈ | Лопаточно-плече-вой | Удар по внутреннему краю лопатки | Приведение и пово-рот плеча кнаружи |
| Нижнечелюст-ной | V нерв (на уровне моста) | Нижнечелюстной | Удар по подбородку при полуоткрытом рте | Смыкание челюсти (поднятия нижней че-люсти) |

1.8. Кортикоспинальный и кортиконуклеарный пути.

Кортико-мышечный путь состоит из 2-х нейронов:

- ✓ центральный (клетки Беца 5 слой коры прецентральной извилины и париетальной доли);
- ✓ периферический (α-мотонейроны передних рогов СМ).

Функция: произвольные движения.

| Кортикоспинальный путь | Кортиконуклеарный путь |
|--|---|
| Центральный (1-й) нейрон | |
| Начало: верхние и средние отделы прецентральной извилины | Начало: нижние отделах прецентральной извилины |
| Формирует передние 2/3 заднего бедра внутренней капсулы | Формирует колено внутренней капсулы |
| Пройдя по длиннику ствола мозга, в продолговатом мозге $\approx 80\%$ волокон переходят на противоположную сторону (перекрест пирамид) | В стволе мозга аксоны 1-го нейрона идут к двигательным ядрам ЧМН на своей и противоположной сторонах (кроме нижней части ядра VII и ядра XII пар ЧМН, которые иннервируются только с противоположной стороны) |
| Далее в составе боковых столбов СМ, где посегментарно заканчиваются на клетках переднего рога. Неперекрещенная часть волокон $\approx 20\%$ проходит по своей стороне в передних столбах СМ и заканчивается на клетках передних рогов. | |
| Периферический (2-й) нейрон | |
| Начало: передние рога СМ (мотонейроны) | Двигательные ядра ЧМН (III-VII, IX-XII пары ЧМН) |
| Передние корешки → общий корешок → нервные сплетения → периферические нервы → мышцы | Глазодвигательные, жевательные, мимические мышцы, мышцы глотки, гортани и языка |

1.9. Центральный (спастический) паралич.

Причина: поражении 1-го, центрального нейрона (корково-спинального пути).

Патогенез: выключение тормозных влияний вышерасположенных отделов на СМ → проявление спинально-стволовых автоматизмов.

Признаки (симптомы):

- ✓ спастическая гипертония → поза Вернике-Манна, симптома «складного ножа»;
- ✓ гиперрефлексия сухожильных (глубоких) рефлексов;
- ✓ снижение/ исчезновение кожных брюшных и подошвенных (поверхностных) рефлексов;
- ✓ патологические рефлексы (Бабинского, Россолимо, Оппенгейма, Гордона, Шеффера);
- ✓ защитные рефлексы (движение в ответ на раздражение, иногда без него, парализованной конечности);
- ✓ клonusы;
- ✓ патологические синкинезии (содружественное движение пораженной конечности при движении здоровой, напряжение ее мышц).

1.10. Периферический (вялый) паралич. Патогенез атонии, арефлексии, атрофии.

Причина: поражении 2-го, периферического нейрона (передний рог, корешок, сплетения, нервы).

Патогенез: нарушение целостности спинальных рефлекторных дуг + выпадение трофических влияний передних рогов на мышцы.

Признаки (симптомы):

- ✓ гипотрофия (а-)трофия мышц (за счет отсутствия трофических влияний);
- ✓ гипотония мышц (за счет отсутствия тонических импульсов);
- ✓ гипорефлексия (а-)рефлексия на уровне поражения;
- ✓ реакция перерождения (изменение электровозбудимости мышц);
- ✓ фибрилляции (за счет раздражения мотонейронов/ ядер ЧМН) и фасцикуляции;
- ✓ электромиография: выраженное ↓ скорости проведения импульса, ↓ амплитуды ПД пораженного нерва и М-ответа (вызванный электрический ответ мышцы, возникающий при электрическом раздражении двигательных волокон нерва) иннервируемых им мышц.

1.11. Тоническая диагностика патологии произвольных движений.

| Уровни поражения | Синдромы двигательных нарушений: |
|---------------------------------------|--|
| Передняя центральная извилина коры ГМ | 1. Синдром выпадения функции: центр. монопарез на противоположной стороне 2. Синдром раздражения: джексоновская моторная эпилепсия |
| Внутренняя капсула | Центральный гемипарез (плегия) с центральным парезом лицевого и подъязычного нервов на противоположной очагу стороне |
| Ствол головного мозга | Альтернирующие (перекрестные) параличи: поражение черепного нерва на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной очагу стороне |
| СМ (весь поперечник) | Верх шеи (C ₁ -C ₄) |
| | Шейное утолщение (C ₅ -Th ₁) |
| | Грудной отдел |
| | Поясничное утолщение (L ₂ -S ₁) |
| | Эпиконус |
| СМ грудной отдел (½ поперечника) | Синдром Броун-Секара: выпадение глубокой чувствительности с того же уровня поражения, на стороне поражения, нарушение болевой и температурной чувствительности на противоположной стороне + двигательные нарушения, зависит от уровня и совпадает с тотальным поражением СМ. |
| Передний рог СМ | Сегментарные периферические параличи с фасцикулярными подергиваниями на стороне очага и без расстройств чувствительности |
| Передний корешок | Сегментарные периферические параличи на стороне очага, без расстройств чувствительности, могут быть фасцикулярные подергиваниями, фибрилляции при электромиографическом исследовании |
| Периферический нерв | Периферические параличи с расстройством чувствительности в зоне иннервации данного нерва |

1.12. Альтернирующие параличи. Синдромы поражения ножек мозга, мостомозжечкового угла, варолиева моста.

См. 2.14 вопрос.

1.13. Синдромы поражения двигательного пути на разных уровнях спинного мозга.

См. 1.11 вопрос.

1.14. Экстрапирамидная система, анатомические особенности, функции.

Анатомо-функциональный комплекс, который включает базальные ядра, часть серого вещества среднего и промежуточного мозга и многочисленные связи этих образований с другими структурами ГМ и СМ. Важная роль видео ретикулярной формации и вентральной покрывки среднего мозга.

Структура: достаток ядро, чечевицеобразное ядро (скорлупа + бледный шар), черное вещество, субталамическое ядро, миндалевидное тело, ограда, красное ядро, нижняя олива.

Функции:

- (1) Реализация и коррекция произвольных движений;
- (2) Миотатическая функция: готовность позы, мышц к действию, мышечный тонус;
- (3) Реализация старт-рефлексов;
- (4) Поддержание СМ в готовности;
- (5) Мимическая активность (появление эмоций);
- (6) Формирование и выбор самой выгодной двигательной программы, инициализация и реализация движений.

1.15. Синдром паркинсонизма, биохимические механизмы патогенеза.

Гипокинетический гипертонический синдром возникает при поражении черного вещества и связан с недостаточным синтезом и поступлением дофамина в полосатое тело. Недостаток дофамина сопровождается избытком ацетилхолина → синдром паркинсонизма. То же возможно при стимуляции D1-рецепторов.

В структуру синдрома входят 5 основных групп симптомов:

- (1) Гипокинезия: маскообразное лицо, брадилалия, микрография, застывание в различных позах, затруднение начала движения, ахейрокинез (нет содружественного движения верхних конечностей), поструральная нестойкость (невозможно удержание стойкого вертикального

положения), пропульсия, ретропульсия, латеропульсия (невозможность резко прекратить движение → + несколько шагов).

- (2) ↑ мышечный тонус (мышечная ригидность): симптом зубчатого колеса и воздушной подушки, поза Вернике-Мана.
- (3) Тремор покоя.
- (4) Вегетативные нарушения: ортостатическая гипертензия, АГ в горизонтальном положении, тахикардия в состоянии покоя и т.д.
- (5) Психические нарушения: чаще на поздних стадиях → брадифрения, вязкость мышления, ↑ скупуллезность, назойливость (акайрия).

1.16. Виды гиперкинезов.

Гиперкинезы – это насильственные, произвольные, избыточные движения, которые препятствуют выполнению целенаправленных движений и сопровождаются ↓ мышечного тонуса. Возникают при поражении различных уровней экстрапирамидной системы (<стриатума), в основном при стимуляции D2-рецепторов.

В зависимости от уровня поражения выделяют 3 группы гиперкинезов:

(1) Стволового:

- ✓ тремор (ритмичные, произвольные дрожания части/всего тела, упорядоченные во времени; развиваются за счет сокращения мышц агонистов и антагонистов);
- ✓ миоклонии (внезапные, неритмичные, беспорядочные, кратковременные; бывают также корковыми и подкорковыми);
- ✓ тики (внезапные отрывистые, повторные движения, напоминавшие карикатурные произвольные движения)
- ✓ спастическая кривошея (фокальная дистония патологическое положение головы и насильственные движения в мышцах шеи);
- ✓ лицевой параспазм (фокальная дистония мимических мышц);

(2) Подкоркового:

- ✓ хорей (быстрые беспорядочные движения в различных частях тела в состоянии покоя, во время произвольных движений; танцующая походка);
- ✓ атетоз (постоянные, неритмичные, медленные, стереотипные, вычурные движения <дистальных конечностей);
- ✓ гемибаллизм (быстрые размахистые движения, напоминает бросание мяча);
- ✓ торсионная дистония (генерализованная дистония; штопорообразными позы, за счет неправильного распределения тонуса туловища и конечностей);

(3) Коркового (на фоне гиперкинезов → эпилептические приступы):

- ✓ миоклонус-эпилепсия (внезапные, периодические, неритмичные сокращения мышц, <конечностей, потеря сознания);
- ✓ Кожевниковская эпилепсия (постоянные, стереотипные, строго локализованные миоклонии <кисти/ лица).

1.17. Мозжечок, анатомо-физиологические особенности, синдромы поражения.

Структурные образования: червь, полушария, ядра (зубчатое, шаровидное, пробковидное, ядро шатра), которые располагаются в полушариях. Червь → филогенетически наиболее древнее из структур мозжечка. Функции: червь → <статика; полушария → <координация. Связь с другими отделами ЦНС:

- ✓ нижние ножки → гомолатерально СМ с мозжечком через продолговатый мозг: задний спинно-мозжечковый путь (Флексига), волокна от тонкого и клиновидного ядер, олив, ядер преддверно-улиткового, тройничного и блуждающего нервов, ретикулярной формации.
- ✓ средние ножки → гетеролатерально КБП с мозжечком через варолиев мост: лобно-мосто-мозжечковый путь и теменно-височно-затылочно-мозжечковый путь;
- ✓ верхние ножки → гомолатерально со СМ через красные ядра и с экстрапирамидной системой и ретикулярной формацией ствола через зрительный бугор: передний спинно-мозжечковый тракт (Говерса), красноядерно-спинномозговой (Монакова), преддверно-спинномозговой путь, ретикулярно-спинномозговой путь.

Синдромы поражения:

- ✓ статическая атаксия (при выполнении пробы Ромберга отклонение в сторону очага поражения);
- ✓ динамическая атаксия (нарушение походки, интенционный тремор и мимопадание при выполнении пальценосовой и коленно-пяточной проб);
- ✓ скандированная речь (замедленная, по слогам, отрывистая);
- ✓ нистагм;
- ✓ изменение почерка (макрография);
- ✓ гипотония мышц;
- ✓ адиадохокинез;
- ✓ асинергия, дисметрия.

1.18. Виды атаксий.

Сенситивная: поражении задних столбов СМ → заднестолбовая, множественное периферических нервов → полиневритическая, зрительного бугра → таламическая:

- ✓ появление "штампующей походки" (за счет нарушения мышечно-суставного чувства);
- ✓ ↑симптоматики при отсутствии зрительного контроля.

Вестибулярная → при поражении вестибулярного аппарата и ядер VIII пары ЧМН:

- ✓ системное головокружение;
- ✓ нистагм;
- ✓ парасимпатические реакции (тошнота, рвота, изменение ЧСС, АД, цвета кожи);
- ✓ резкие движения головы → ↑симптоматики;
- ✓ ↑ возбудимости вестибулярного аппарата;
- ✓ нарушение слуха на стороне поражения.

Мозжечковая → при поражении мозжечка и его путей (статическая и динамическая):

- ✓ в пробе Ромберга отклонение или падение в сторону очага поражения;
- ✓ "мозжечковая походка" – шатающаяся «пьяная» походка с широко расставленными ногами;
- ✓ нистагм;
- ✓ скандированная речь;
- ✓ интенционный тремор;
- ✓ мышечная гипотония;
- ✓ малое влияние контроля зрения на выраженность симптомов;
- ✓ дисметрия, асинергия Бабинского.

Корковая → при поражении коры и корково-мозжечковых путей:

- ✓ поза Ромберга → отклонение/ падение в сторону, противоположную очагу поражения;
- ✓ неустойчивость при ходьбе, особенно при поворотах;
- ✓ изменением психики, хватательный рефлекс (лобная доля);
- ✓ нарушением обоняния (височная доля);
- ✓ появлением гомонимной гемианопсии (затылочная доля);
- ✓ слуховыми и обонятельными галлюцинациями (височно-затылочная область).

1.19. Чувствительность. Виды чувствительности, виды нарушений чувствительности

Чувствительность → функция НС, обеспечивающая способность организма к реакции (восприятию) раздражения из внешней среды и внутренней среды. Виды чувствительности:

(1) Поверхностная:

- ✓ болевая;
- ✓ тактильная;
- ✓ температурная (тепловая, холодовая);

(2) Глубокая:

- ✓ мышечно-суставная
- ✓ вибрационная
- ✓ чувство давления
- ✓ чувство массы
- ✓ кинестезия (ощущение движения кожной складки);

(3) Сложная:

- ✓ дискриминационная (распознавание 2-х раздражителей одновременно раздельно);
- ✓ стереогностическая (трехмернопространственная);
- ✓ двумернопространственная (закрытые глаза + черчение на коже → распознавание);
- ✓ локализации (указать место раздражения).

Виды расстройств:

(1) Анестезия → (потеря).

(2) Гипе-/гиперстезия (↓/↑ степени интенсивности).

(3) Гиперпатия (↑ порога чувствительности → сильные раздражения → сильные, неприятные, не четко локализованы боли).

(4) Парестезия (качественное изменение).

(5) Полиестезия (одно раздражение воспринимается как несколько).

(6) Синестезия (содружественное ощущение: раздражение одного + ощущение второго чувства).

(7) Дизестезия (ощущения неадекватные раздражителю).

(8) Аллохейрия (ощущения на симметричных участках, а не в месте раздражения).

1.20. Типы нарушений чувствительности. Синдром Броун-Секара.

В зависимости от уровня поражения выделяют:

(А) Периферический → поражение дендритов первых нейронов:

- (1) Мононевритический: поражение периферического нерва → нарушение всех видов чувствительности в зоне иннервации → клиника: боль в участке нерва; гиперпатия, гипералгезия, каузалгия.

- (2) Полиневритический: множественное симметричное поражение периферических нервов → расстройство чувствительности в дистальных отделах по типу носков, перчаток.
- (3) Корешковый (плексопатический): поражение корешков сплетения → нарушение в зоне иннервации → клиника: боль, периферический парез иннервируемых мышц.

(Б) Сегментарный → поражение на уровне сегмента СМ (задние спинномозговые корешки, спинномозговые узлы, задние рога, передняя серая спайка). Участки выпадения соответствуют дерматомам (31 → туловище, 5 → лицо): туловище → поперечные выпадения; конечности → продольные полосы.

(1) Сегментарно-корешковый (ассоциировано с virus Zoster; поражение задних корешков, спинномозговых узлов):

- ✓ выпадение всех видов чувствительности в соответствующих сегментах на стороне поражения.

(2) Сегментарно-спинальный (поражение задних рогов, передней серой спайки):

- ✓ нарушение болевой и температурной чувствительности в соответствующих дерматомах;
- ✓ сирингомиелия: синдром «куртки» и «полукуртки» → Th-отдел, «рейтузов» → L-отдел;
- ✓ + ↓/- рефлексов при поражении задних рогов и корешков.

(В) Проводниковый → поражение проводников чувствительности в пределах ЦНС (пучок Голля, Бурдаха, спиноталамические, бульботаламические, таламокортикальные пути, медиальная петля, КБП).

(1) Спинальный подтип.

Варианты:

- ✓ полное поперечное поражение СМ: выпадение всех видов чувствительности ниже уровня поражения, + болевой и температурной чувствительности → на 2-3 сегмента ниже, глубокой → с того же уровня;
- ✓ поражение ½ поперечника СМ (подтип Броун-Секара): выпадение глубокой чувствительности с того же уровня поражения, на стороне поражения.

Варианты: восходящий → экстрамедулярные патпроцессы, нисходящий → интрамедулярные; монотип → патологический очаг в Th-/L-отделе, гемитип → в С-отделе.

(2) Церебральный подтип.

Варианты:

- ✓ *Стволовой (альтернирующий)*: выпадение болевой и температурной чувствительности на лице (сегментарный тип) → на стороне поражения, на туловище и конечностях → на противоположной стороне.
- ✓ *Таламический*: гемигипестезия всех видов чувствительности, гиперпатия, таламическая (жгучая) боль, сенситивная гемиатаксия → на противоположной стороне.
- ✓ *Капсулярный*: (задняя ножка) гемигипестезия всех видов чувствительности, гемиатаксия → на противоположной стороне очагу.
- ✓ *Кортикальный*: (постцентральная извилина и теменная доля) → монотип, в зависимости от локализации поражения в постцентральной извилине (голова, верхняя конечность, нижняя и туловище).
- ✓ *Теменная доля* → выпадение <сложных и глубоких видов чувствительности (астериогнозис, выпадение мышечно-суставной чувствительной = афферентный парез).

Раздел 2: патология ЧМН. Нарушения вегетативной нервной системы и высших мозговых функций. Менингеальный синдром. Дополнительные методы обследования в неврологии.

2.1. Анатомия 12 ЧМН

1: обонятельный нерв – чувствительный

А: 1н – [обонятельные рецепторы] – *продырявленная пластинка* → 2н – [обонятельные луковицы] → 3н – [лимбическая система] – *амонов рог* – зубчатая извилина

Д: Различные батареи запахов

Н: Гомо и билатеральные гипо/диз/аносмия, галлюцинации, агнозии

2: зрительный нерв – чувствительный

А: Периферические отделы [палки/колбы → биполярные → ганглиозные клетки → нерв → хиазма] – центральный [латеральное коленчатое тело → верхние четверохолмия → пучок Грасиоле → шпорная борозда]

Д: Таблицы букв, освещение глазного дна – зрачковые рефлексы

Н: Амвроз, амблиопия, битемпоральное биназальные/гомонимые, гемианопсия, гемиатаксия, квадротония, сложный галлюциноз, зрительная агнозия

3: глазодвигательный – смешанный

А: Mov: Двигательное ядро → поднятие верхнего века – нижние прямые, медиальные прямые, и нижняя косая мышцы глаза.

Parasympat: ядра Якубовича–Вестфала–Перлиа → суживатель зрачка и ресничной мышцы.

Д: Mov: проверка объема движение глазных яблок, нистагмов

Parasympat: освещение глазного дна → зрачковый рефлекс

Проверка объема подвижности глаза, исследования зрачка.

Н: Анизокория, расходящееся косоглазие, птоз, диплопия, нет движения вверх, вниз, кнутри, нарушения аккомодации

4: блоковый – двигательный

А: Ядро → нижние бугры четверохолмия → верхняя косая мышца

Д: Проверка объема подвижности глаза

Н: Сходящееся косоглазие, двоение при взгляде вниз.

5: тройничный – смешанный

- 1- глазной нерв – глаз + лоб+ менингеа – верхняя глазная щель + надглазничная вырезка
- 2- верхнечелюстная – зубы, нос, кожа щек, небо, менингеа – круглое отверстие + подглазничное отверстие
- 3- нижнечелюстная – ухо, зубы, дно рта, язык, жевание – овальное отверстие, подбородочное отверстие

А: 1н – тройничный узел/пирамида → 2н – ядро спинномозгового пути, среднемозгового пути моста + двигательное ядро → 3н – вентролатеральное ядро таламуса, постцентральная извилина.

Д: кожные пробы, челюстная динамометрия, чувствительность языка

Н: ↓чувствительности лица, прозопатии, снижение корнеальных рефлексов, гемигипестезии, таламическая боль, джексоновская лицевая сенсорная эпилепсия

6: отводящий – двигательный

А: Дно ромбовидной ямки, дорсальные отдела моста – латеральная прямая мышца глаза верхнего века глазничной щели.

Д: Проверка подвижности глаза

Н: Стробизм, не отводит кнаружи, двоение вдаль.

7: лицевой – двигательный вместе с intermedius – смешанный

А: 1н – предцентральная кора → 2н – покрывка моста, двигательное ядро лицевого нерва, перекрест только на верхней части лица.

2н – intermedius (иннервация слезной железы, верхнее слюноотделение, ядро одиночного пути

→ большой каменистый: (одноименное отверстие) → слезная железа

→ стременной нерв, барабанная струна: (барабанная щель) → 2/3 вкус языка

→ лицевой нерв (шилоусцевидное отверстие) → мимические мышцы + platysma

Д: Улыбка, оскал, губы в трубку, закрытие глаз, морщенье,

Н: прозоплегия: снизу = надъядерный парез (центральный), половины = тотальный парез (периферический); прозопалгия.

8: преддверно-улитковый – чувствительный

А: 1н – волосковые клетки + спир узел/вестибулярные рецепторы + вестибулярные узлы → 2н – вертальные+дрозальные ядро улитки /лат+мед+верхние+нижние ядра моста → 3н – нижние бугорки четверохолмия, медиальное коленчатое тело – височка

Д: Пробы с закрытыми глазами и равновесием, камертон на костную и воздушную проводимость

Н: Анакузия, гипо- гипер-, галлюцинации, агнозия, вестибулярные синдромы, болезнь Меньера

9: языкоглоточный – смешанный

А: Двигательное, одиночного пути, нижнее слюноотделительное ядра → f.magnum → мышцы глотки, вкус задней 1/3 языка, секрет околоушной железы.

Д: Ватные пробы глотки и неба, вкус на языке.

Н: Анестезия слизистой глотки, дисфагия, ксероз во рту.

10: блуждающий – смешанный

А: Двигательное = двойное, ядро одиночного пути, висцеральная парасимпатика → f.magnum → мышцы глотки, голосовые связки, менингеа, уха сзади, внутренние органы.

Д: кожные ушные пробы, симпатической пробы, окулокардиальный рефлекс

Н: Дисфония, свисание мягкого неба, дисфагия, ↓глоточного рефлекса, брадикардия, ↑перистальтики

11: добавочный – двигательный

А: Двигательное ядро добавочного нерва → f.magnum → трапеция + грудино-ключично-сосцевидная мышца

Н: Атрофия мышц, спастическая кривошея, асимметрия.

12: подъязычный – двигательный

А: Двигательное ядро подъязычного нерва → одноименный канал – все язычные мышцы

Д: показывать язык, подвигать им

Н: Фибрилляции, асимметрия, атрофия, дизартрия, глоссоплегия, географический язык.

2.2. Центральный и периферический парез лицевого нерва.

Центральный (поражение кортиконуклеарного пути односторонняя нижняя контралатеральная прозоплегия (сглажена носогубная складка

внешнего угла рта). При синдроме Белла – опущена бровь и расширена глазная щель.

Периферический (поражения ядра и проводящих путей нерва), односторонняя тотальная контралатеральная прозоплегия (нет нахмуживания, не поднимает бровь, лагофтальм (не закрывается глаз) – верхние шейные; не складывает губы в трубку нижней спинной. Вдобавок нарушается вкусовая чувствительность, возможна гипераккузия.

2.3. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.

Бульбарный синдром – периферический паралич 9,10 и 12 пар. Имеется дизартрия, дисфагия, нарушения мягкого неба, голосовых связок, фасцикуляции языка, снижены небные и глоточные рефлексы. Одно и двусторонний.

Псевдобульбарный синдром – центральный двусторонний надъядерный паралич 9, 10, 12 пар. Нет атрофии и фасцикуляций, повышенный небный и глоточный и мандибулярный рефлексы и появляются рефлексы оральных автоматизмов (хоботковый, носогубной, корнеомандибулярный, сосательный).

2.4. Альтерирующие синдромы.

1. Синдром Вебера – ножка среднего мозга.

- Ипсилатерально - птоз, мидриаз, расходящиеся косоглазие (3,4 ЧМН).
- Контралатерально – гемипарез центральный, паркинсонизм, надъядерное поражение 7 и 12 ЧМН.

2. Синдром Герне – дно 4-го желудочка в зоне моста.

- Ипсилатерально - выпадение поперечностной чувствительности по сегментарному типу (5), вялый паралич (7)
- Контралатерально – анестезия всех видов чувствительности на туловище и конечностей [пирамиды в норме].

3. Синдром Гасперини – дно 4-го желудочка, мостомозжечковый угол.

- Ипсилатерально – периферический паралич 7, 6 (сходящиеся косоглазие), снижение слуха (8), гиперэстезия, асинергия конечности.
- Контралатерально – проводниковая гемиянестезия.

4. Синдром Мийяра–Гублера – Фовилль – основание моста на границе с продолговатым мозгом.

- Ипсилатерально – периферический паралич (7) и сходящиеся косоглазие (6 при Фовилля).
- Центральный гемипарез и парез половины языка.

5. Синдром Джексона/Авеллиса – основание продолговатого мозга (олива).

- Ипсилатерально – периферический паралич 12 / бульбарный синдром
- Контралатерально – центральный гемипарез.

6. Синдром Бабинского–Нажотта – нижняя мозжечковая ножка

- Ипсилатерально - гемианестезия, адиадохокинез, гипотония синдром Горнера.
- Контралатерально – проводниковая анальгезия и спастический гемипарез.

2.5. Надсегментарный и сегментарный отделы ВНС, функции, поражения.

Анатомия:

- Надсегментарный – гипоталамус, гиппокамп, миндалина, РФ, энторинальная кора
- Сегментарный – парасимпатика – 3,7,9,10 боковые рога S – сегмент, паравертебрально (1н) и интрамуральный (2н) ганглии. Длинный 1н.
- Симпатический – боковые рога C8-L2, паравертебрально (1н) и паравертребально (2н) ганглии. Длинный 2н

Нарушения:

Надсегментарный → СВД:

- (а) перманентный (ВСД, нейрогастрит дистония, гипервентиляционный синдром, нарушения терморегуляции)
- (б) пароксизмы (симптоадреналовые, вагоинсулярные кризы)

Гипоталамический (нейроэндокринный, нейротрофический, нейромышечный, невротический).

Сегментарный:

- (а) мононевритический (нейротрофические и вазомоторные нарушения)
- (б) полиневритический (нейротрофические и вазомоторные + симпаталгии в зоне)
- (в) сегментарный:
 - C8-Th1 – Горнер (птоз, энофтальм, миоз)
 - ЧМН 3 – мидриаз, нет аккомодации
 - ЧМН 7 – нарушение слезотечения
 - ЧМН 7,9,10 – нарушение слюноотделения.

2.6. Синдром Бернара-Горнера.

Развивает при поражении C8-Th1 и звездчатого узла при опухоли Панкоста, аневризмах сосудов шеи, травмах, РС, + ткань в щитовидной железе. На пораженной стороне. Для детей – гиперохромиа.

Характеризуется:

- (1) Птоз (нет поднятия верхнего века)
- (2) Миоз
- (3) Гиперреактивность зрачка
- (4) Энофтальм
- (5) Дисгидрозом, инъекцией склеры и гиперемия.

2.7. Кора больших полушарий, цитоархитектоника поля, поражения.

КБП состоит из 2 полушарий и 6 слоев (неокортекс) или 9 слоев (аллокортекс – гипокамп, извилина и зуб фасция – архикортекс и обонятельный булбокортикальная прозрачная – палеокортекс)

Цитоархитектоника → первичные поля (специфические зоны анализаторов), вторичные поля (ассоциативные) и третичные поля (ассоциативные с перекрытием нескольких анализаторов)

Зоны:

- (1) Двигательные (предцентральной извилина – 4,6,8,9) – адиамаия, парезы
- (2) чувствительные (закентральная – 1,2,3,5,7) – анестезия, гиперпатии, дизестезии
- (3) зрительная (затылочные извилины – 17-18 – 17 слепота, 18 нет распознавания, 19 галлюцинации и нет зрительных полей)
- (4) слуховая (височная доля 22,41,42) – музыкальная и корковая глухота, сенсорный парез
- (5) обонятельные (грушевидная извилина – 11) – аносмия
- (6) вкусовые (43) – дисгевзия
- (7) речедвигательная – совместная зона Вернике – сенсорная, Брока – моторная, письменная речь – зрительная) – афазии, аграфия
- (8) ассоциативные затылочно-височно-теменные зоны.

2.8. Агнозия, апраксия, афазия.

Агнозия – расстройство опознавания и восприятия

- Зрительная – поражение зрительных полей 18, 19
 - (а) Предметная – выпадение полей зрения или не опознавание вещей (не читает капчу)
 - (б) Пространственная – не ориентируется (поражение темени)
 - (в) Буквенная – алексия, не читает
 - (г) Лицевая – не узнает людей, их эмоции

- (д) Симультантная – не воспринимает всю картину
- Слуховая – поражение 41,42 полей
 - (а) Простая – не узнает бытовые шумы
 - (б) Амузия – нет ритма и мелодии сенсорные
 - (в) Слуховые – не понимает речь, сенсорная афазия

Апраксия – нарушение навыков и сложных действий.

- (а) Кинетическая – не держит нужную позу, нет тонкой моторики. (темя)
- (б) Пространственная – не ориентируется в движении право-лево, вверх-вниз, зеркальное письмо (теменно-затылочная область)
- (в) Кинетический – не может воспроизвести последовательность действий, повторы действий (темя + лоб).

2.9. Расстройства речи (дизартрия, афазия).

Афазия – нарушение речи при поражении рабочего полушария мозга.

- Сенсорная – не понимает слов (поражение Вернике)
- Акустико-мнестическая – не запоминает речь (нарушение ассоциативной коры)
- Амнестическая – не может назвать предмет (нарушение ассоциативной коры)
- Моторная:
 - (а) афферентная – поражение зоны Брока, не может управлять ртом
 - (б) эфферентная – поражение Брока, не может менять движения последовательно (сказать слово).
 - (в) динамическая – говорит словесный салат

Дизартрия – нарушение речи некоркового происхождения, центральный и периферический паралич, поражение базальных ганглиев, бульбарного отдела, мозжечок.

2.9. Ликворообразование, состав ликвора в норме, его изменения при менингитах, опухолях, геморрагиях, туберкулезе.

Секретция сосудистых сплетений ГМ и СМ из крови – циркуляция по субарахноидальному пространству, цистернам и желудочкам – в пахитеновые грануляции и венозную систему.

| | Норма | Tumor | Meningitis | Hemorrhagia | tuberculum |
|---|--------------|-------|------------|-------------|------------|
| Р | 70-120 мм | ↑↑↑↑ | ↑↑ | ↑↑↑ | ↑ |

| вид | Прозрачная б/ц | Прозрачная б/ц | Мутно гнойно | Розово-красный | ? б/ц |
|---------|----------------|----------------|--------------|------------------|-------|
| клетки | 0,-5 | 0,-5 | ↑лейкоцитов | ↑эритроцитов | 40 |
| белок | 0,15-0,33 г/л | 0,15-0,33 г/л | ↑↑↑ | ↑пропорционально | 5г/л |
| Глюкоза | 2,3 | 2,1 | 1,5-1,7 | 2,5 | 2,0 |

2.11. Менингеальный синдром

Субъективно: головная распирающая боль, гиперестезия, рвота, свето/звукобоязнь.

Клинически: менингеальная поза легавой собаки.

Симптомы:

- (1) Кернига – нельзя разогнуть ногу в колене.
- (2) Брудзинского – при сгибании головы – сгибание в тазу и колене, как защита (верхний, средний, нижний)
- (3) Ригидность мышц затылка
- (4) Симптом Лессажа (дети) – сгибание ног при держании в подмышках.

Дополнительные методы исследований: исследование ликвора.

2.12. Электрофизиологические методы.

- (1) Электромиография (ЭМГ) – при сокращении скелетных мышц
- (2) Электронейромиография (ЭНМГ) – при внешней стимуляции нерва и сокращении скелетных мышц.
- (3) Электроэнцефалография (ЭЭГ) – регистрация мозговых потенциалов со скальпа и их характеристик.
- (4) Вызванные потенциалы (ВП) – регистрация мозговых потенциалов после прерывания стимулов.
- (5) Реоэнцефалография (РЕГ) – регистрация процессов при пропускании слабых точек высокой частоты.

2.13. Нейровизуальные методы.

- (1) Рентгенография черепа – рентген, когда нет КТ.
- (2) Спонделогграфия – рентген – исследования черепа.

- (3) КТ – (СКТ) получения срезов по Хаунсфилду, может применяться вместе с контрастом (ангиография). 3d картирование. Применяется при инсультах, сосудистых патологиях, ЧМТ, операциях.
- (4) МРТ – регистрация протонных колебаний в поле сливного магнита (T1 – спинрешетчатая, T2 – спинспиновая релаксация). T1 – вода черная, T2 – вода белая. FLAIR – давим воду, видим ткани на T2 – инсульты, кровоизлияния, ЧМТ, опухоли.

2.14. Ультразвуковые методы.

- (1) Эхоэнцефалоскопия (ЭхоЭС) – регистрация отражаемых ультразвуковых волн различных структур мозга. При ликворных нарушениях, транслокация, объемные процессы в мозге, ЧМТ, геморрагии.
- (2) Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) – регистрация отраженных волн все движущихся сред внутри организма. Применяется при диагностике состояния ВСА (внутренняя сонная артерия), сосудистого паттерна головы и шеи.

Раздел 3: Сосудистые заболевания ГМ и СМ, пароксизмальные состояния, цефалгии, нарушения сна, нейроинтоксикации. Травматические поражения ЦНС.

3.1. Кровоснабжение головного и спинного мозга

Источники кровообращения ГМ:

- 2 внутренние сонные артерии (2/3 мозга) ← общая сонная артерия ← справа – плечеголовной ствол, слева – ветвь аорты. Через сонный канал → глазничная, передняя (медальная часть полушарий, верхняя лобная извилина, теменная долька и верх центральной извилины, базальные ганглии) и средняя мозговые артерии (таламус, внутренняя капсула, теменная, височная, островковая доля).
- 2 позвоночные артерии (1/3 мозга) ← подключичные артерии. Через отверстия поперечных отростков шейных позвонков → большое отверстие черепа → ствол мозга, спинной мозг → образуют базилярную артерию.

Вилизиев круг: сзади-наперед: базилярная артерия → правая и левая задние мозговые → правая и левая задние соединительные → правая и левая внутренние сонные → передняя непарная соединительная.

Венозная система: поверхностные и глубокие вены мозга → синусы твердой мозговой оболочки (верхний и нижний сагиттальный, прямой, поперечный, затылочный, кавернозные, клиновидно-теменные, верхние и

нижние каменистые и сигмовидные) → система внутренней яремной вены → верхняя полая вена.

Спинной мозг: передняя и 2 задние спинномозговые артерии, спинно-корешковые артерии от подключичной, грудной и артерии поясничного утолщения. Посегментно – сосудистые кольца. Венозная система аналогична артериальной.

3.2. Классификация сосудистых заболеваний нервной системы

(1) Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)

- Преходящие нарушения мозгового кровообращения (до 24 часов регресс симптомов)
 - транзиторная ишемическая атака,
 - гипертонические церебральные кризы
- Стойкие нарушения мозгового кровообращения
 - церебральный ишемический инсульт;
 - спинальный ишемический инсульт;
 - церебральные кровоизлияния (геморрагический инсульт);
- паренхиматозный
- паренхиматозно-субарахноидальный
- субарахноидальный
 - острая гипертоническая энцефалопатия;
 - малый инсульт (с восстанавливаемым неврологическим статусом);
 - последствия ранее перенесенного инсульта.
- Острая гипертензивная энцефалопатия

(2) Хронические нарушения мозгового кровообращения (ХНМК)

- Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения (НПНМКМ) – болезнь малых и крупных сосудов мозга.
- дисциркуляторная энцефалопатия I-III стадий (хроническая ишемия головного мозга)
- дисциркуляторная миелопатия

3.3. Варианты церебральных сосудистых кризов

(1) Системные

- *Острая гипертоническая энцефалопатия:* ГБ → спазм периферических артерий и вен мозга → отек головного мозга → ишемия и гипоксия мозговой ткани. Клиника: Подъем АД (200/120 мм. рт. ст.), судороги локальные и генерализованные, расстройства сознания (оглушение, сопор, кома, психомоторное возбуждение, сумеречное состояние сознания), менингизм (менингеальные симптомы из-за раздражения менингеальных оболочек).

- *Гипотонический криз*: падение давления → дисциркуляторные расстройства мозга → ишемия. Клиника: слабость, головокружение, “пелена” перед глазами, кожные покровы бледные, лицо покрывается потом, наступает обморок.
- Вегетативный криз – см. 3.15 вопрос.

(2) Регионарные

- Мигрень – см. 3.18 вопрос.
- Болезнь Рейно

3.4. Синдромы проявления транзиторных ишемических атак

Транзиторная ишемическая атака (ТИА) — остро возникающее расстройство мозгового кровообращения, характеризующееся преимущественно нестойкими очаговыми и невыраженными общемозговыми симптомами, длительность которых не превышает 24 часа.

Симптоматика зависит от вовлечения сосудистого бассейна:

- система сонных артерий двигательные нарушения (моно- или гемипарез, гемиплегия);
 - нарушения чувствительности (моно- или гемигипестезия, онемения);
 - нарушение речи (афазия при нарушении доминантного полушария);
 - оптико-пирамидный синдром (преходящая слепота или снижение зрения на противоположной гемипарезу стороне);
 - джексоновские припадки двигательного или чувствительного характера по моно- или гемитипу.
- система позвоночных и базилярной артерий
 - вне мозговой (в а. *auditiva interna*) → вестибулярно-атактический синдром (нарушения потоки с системным головокружением и шумом в ушах);
 - стволово-мозжечково-мозговой → альтернирующие синдромы, бульбарные нарушения (дизартрия, дисфония, дисфагия, нарушение глубокой чувствительности лица), зрительные нарушения (фотоопсии, двоения, дефекты полей зрения, нарушения зрения);
 - транзиторная глобальная амнезия;
 - приступы падения → дроп-атаки (при повороте головы мышечная атония на фоне сохранения сознания).

3.5. Преходящие нарушения мозгового кровообращения

Расстройства кровоснабжения мозга, при которых нарушения функции мозга, которые претерпевают регресс в течение 24 часов.

Этиология: гипертоническая болезнь, атеросклероз сосудов головного мозга, васкулиты различной этиологии, заболевания крови, аномалии мозговых сосудов, патология сердца, шейный остеохондроз.

Патогенез: спазм или парез мозговых сосудов (локальный или общий); ишемия и гипоксия мозговой ткани; изменения физико-химических свойств крови.

Клиника: (1) Транзиторная ишемическая атака – см. 5 вопрос. (2) Гипертонический криз – (а) общемозговые симптомы: головная боль, шум, звон в ушах, несистемное головокружение, оглушённость, вялость, вазомоторные реакции, психомоторное возбуждение; заднейшейно-симпатический синдром: ощущение кипятка в затылке, шее, области скальпа головы, парестезии в конечностях (б) сочетание общемозговых с локальными симптомами, которые связаны с нарушением кровообращения в системах сонных, позвоночных и базилярной артерий.

Диагностика: соматическое, неврологическое и офтальмологическое исследования, Ro-графия, РЭГ, ЭЭГ, ЭхоЭГ, гемокоагулограмма.

Основы лечения: нормализация артериального давления, деятельности сердца, нейропротекторы, антиагреганты, низкомолекулярные гепарины или НОАК, ангиопротекторы, симптоматическое лечение.

3.6. Геморрагический инсульт (паренхиматозный и субарахноидальный кровоизлияние).

Острое нарушение мозгового кровообращения, с разрывом сосудов головного мозга от резкого ↑АД, травмы головы, изменений стенки сосудов (атеросклероз, аневризмы, коллагенозы).

Паренхиматозное кровоизлияние: развивается внезапно в момент физического или эмоционального напряжения → потеря сознания или сопор, оглушенность / психомоторное возбуждение и автоматизированная жестикуляция в непарализованных конечностях → рвота, менингеальные симптомы, гипертоническая ретинопатия с отеком и мелкоочечными кровоизлияниями в сетчатку, вегетативные нарушения (гипертермия или бледность лица, потливость, ↓ → ↑температуры тела, ↑АД; пульс обычно напряжен), дыхание нарушено, грубая очаговая симптоматика (парезы, параличи, нарушение функции ЧМН).

Субарахноидальное кровоизлияние: возникает вследствие: разрыва аневризмы сосудов основания мозга, при АГ и атеросклерозе мозговых сосудов, мальформации сосудов, при системных заболеваниях соединительной ткани. Клиника: внезапное начало (резкая головная боль, тошнота, многократная рвота; боль в глазах; головокружение; «мелькание мушек» перед глазами; шум в голове) → потеря сознания, менингеальный

синдром; очаговые симптомы либо отсутствуют, либо выражены негрубо и носят преходящий характер.

3.7. Ишемический инсульт (тромботический и нетромботический).

Ишемический инсульт – острое нарушение кровообращения головного мозга → ограничение / отключение регионального кровотока → некробиоз ткани мозга.

Типы: (1) тромбоэмболический: изменения стенки артерии / повышение свертываемости крови (↑вязкости, ↑адгезии тромбоцитов и эритроцитов, ↓антисвертывающей системы) / слабость сердечной мышцы / замедление мозгового кровотока / миграция постоперационного или другого тромбоэмбола → закупорка сосуда; (2) гемодинамический: ↑АД/↓АД → продолжительном спазме сосудов мозга; (3) лакунарный инсульт: поражение небольших артерий → очаговая симптоматика.

Патогенез: фокальная ишемия мозга → ↓мозгового кровотока (>55 мл) – ↓синтеза белков в нейронах → ↓мозгового кровотока (>35 мл) – ↑анаэробный гликолиз → ↓мозгового кровотока (>20 мл) → ↑возбуждающих нейротрансмиттеров + нарушение энергетического обмена → ↓мозгового кровотока (>10 мл) – аноксическая деполяризация мембран.

Время: «Ядро» (зона некроза) – 6-8 мин. Пенумбра («ишемической полутень», зона вокруг ядра с кровотоком 20–40 мл и функциональными изменениями, энергетический обмен сохранен) – 3-6 часов (время терапевтического окна). Окончательное формирование процесса – 48-56 часов. Очаговые симптомы – 4-72 часа, имеются предвестники (парестезии, кратковременны парезы, зрительные, речевые и другие расстройства).

Симптоматика: каротидный бассейн → параличи и нарушения чувствительности в противоположной половине тела с моно- или гемипарезом; левое полушарие → расстройства речи, чтения, письма; правое полушарие → апракто-агностическим синдромом; вертебробазилярный бассейн → нарушение ЧМН, вестибулярные и мозжечковые расстройства, гемипарезы.

3.8. Принципы недифференцированного и дифференцированного лечения инсультов.

Мишени недифференцированной терапии: (1) Сердечно-сосудистые расстройства (нормализация артериального давления, улучшение сердечной деятельности). (2) Дыхательная недостаточность (поддержание проходимости дыхательных путей [отсасывания слизи, введение воздуха, инкубация трахеи]). (3) Нормализация водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса (2-2,5 л. в/в в сутки в 2-4 приема [5% глюкозу,

физраствор раствор Рингера-Локка, при ацидозе 4% раствор соды]). (4) Отек мозга (осмотические диуретики, салуретики, кортикостероиды, эуфиллин). (5) Гипертермия. (6) Церебральный метаболизм (ноотропы [пирацетам, актовегин]).

Дифференцированная терапия: (1) геморрагический инсульт: постельный режим с головным возвышением, холод на голову и тепло на ноги → ↓АД (при повышении), ликвидация отека мозга, ↑коагулирующих свойств крови (глюконат кальция, викасол, аминокaproновая кислота), ↓проницаемости сосудистой стенки (етамзилат, аскорутин), нормализацию витальных и вегетативных функций, предупреждение осложнений; (2) субарахноидальные кровоизлияния с аневризмой → баллонирование в первые 48 часов / 2 неделя; (3) ишемический инсульт → постельный режим с малым поднятием головы → восстановление кровотока в пенумбре, коррекция реологии крови, ↑микроциркуляции и коллатерального кровообращения, ↓отека мозга, ↑порога устойчивости мозговой ткани к гипоксии.

3.9. Спинальный инсульт.

Сдавление / закупорка спинальной артерии → острое нарушение спинномозгового кровообращения → размягчение + образованием полости в регионе ишемии → сегментарные или поперечные симптомы на фоне резкой боли. Чаще – нижегрудной отдел.

Синдром Преображенского: утрата болевой и температурной чувствительности, нарушение тазовых функций, паралич конечностей. По локализации очага ишемии, кроме выпадения тазовых функций: в шейном отделе → вялый полный или частичный паралич рук и спастический паралич ног; в грудном отделе → спастический парез нижних конечностей; в поясничном отделе → вялый неполный паралич ног; в крестцово-поясничном отделе → только выпадение тазовых функций;

Синдром ишемической передней полиомиелопатии: частичное поражение передней части спинного мозга → парез рук или ног → торпидность / исчезновением сухожильных рефлексов;

Синдром центромедулярной ишемии проявляется мозжечковой атаксией (нарушением координации движений, не связанным с мышечной слабостью), парезом конечностей, проводниковым ослаблением чувствительности в двух одноимённых конечностях;

Синдром бокового амиотрофического склероза: очаг ишемии в верхнем отделе спинного мозга → слабость в верхних отделах рук и ног → атрофия некоторых мышц кистей + усилением рефлексов;

Синдром ишемии поперечника спинного мозга: закупорка радикулотомедулярной артерии → см. 20 вопрос.

3.10. Профилактика инсультов.

Профилактика нарушений мозгового кровообращения: правильная организация режима труда и отдыха, питание, занятия физкультурой, необходимость медикаментозной терапии ГБ, ИБС, атеросклероза. Ожирение → ↑АД, возможность сахарного диабета, ↑нагрузки на ССС → ↑риска инсульта. Профилактическое питание: 4–5 порций, овощи и фрукты 1+ раз в день, ↓содержание трансжиров (отказ от фастфуда, чипсов, маргарина) → ↓АД и ↑эластичности сосудистой стенки. Отказ от вредных привычек. Физическая активность: аэробные тренировки (ходьба, бег, плавание, катание на велосипеде, фитнес с невысокой нагрузкой). Контроль уровня артериального давления.

3.11. Современная классификация пароксизмальных состояний в клинике нервных болезней.

Пароксизмальное состояние – приступ церебрального происхождения, проявляющийся на фоне видимого здоровья или при внезапном ухудшении хронического патологического состояния, характеризующийся кратковременностью, обратимостью возникающих расстройств, склонностью к повторениям, стереотипностью.

Классификация по Карлову:

- (1) Эпилептические см. **3.12 вопрос;**
- (2) Неэпилептические (синкопальные состояния, коллапс, дроп-атаки при сдавлении позвоночной артерии, лицевые пароксизмы, миоплегии гипо- и гиперкалийемические, миастенический криз (с генерализованной мышечной слабостью + глазодвигательными и бульбарными симптомами + нарушение дыхания + психомоторное возбуждение, сменяющееся вялостью и вегетативными расстройствами). При этом острая гипоксия головного мозга, расстройства сознания, возможен летальный исход).

По механизму: (1) Первичные (обусловлены наследственной отягощенностью, нарушением эмбриогенеза); (2) Вторичные (обусловлены патогенными экзогенными и эндогенными влияниями).

3.12. Патогенетическая суть эпилепсии, классификация эпилептических приступов, принципы дифференцированного лечения

Эпилепсия – заболевание головного мозга, характеризующееся стойкой склонностью к развитию эпилептических припадков, нейробиологическими, когнитивными и психологическими последствиями этого состояния.

Патогенез: группа нейронов с деполяризованными мембранами (эпилептогенный очаг) → первичный эпилептический очаг → дебют эпилепсии → формирование стойких паттернов гипервозбуждения (эпилептическая система) → агрессивное расширение с приступами → эпилептический головной мозг → эпистатус.

Классификация эпилептических приступов:

(1) Генерализованные:

- большой эпилептический припадок (тонико-клонический);
- тонические;
- клонические
- атонически-астатические припадки
- абсанс:
 - простой
 - акинетический
 - миоклонический
 - с автоматизмами
 - с вегетативными компонентами

(2) Парциальные (фокальные):

- моторные:
 - джексоновская эпилепсия
 - адверсионные
 - речевая
 - кожевниковская эпилепсия
- сенсорные:
 - джексоновская эпилепсия
 - зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые галлюцинации
 - психосенсорные
- вегетативно-висцеральные
- эпилептические автоматизмы (сумеречное состояние сознания)
- комплексные с аурой

(3) Вторично-генерализованные: парциальный → генерализованный припадок.

Лечение: парциальные припадки: топирамат, вальпроаты, карбамазепин, ламотриджин. Абсансы: бензодиазепины, топирамат, **запрещен** карбамазепин, барбитураты; тонико-клонические припадки: вальпроаты, леветирацетам, карбамазепин. С-м Веста: АКТГ, ГКС, бензодиазепины, **запрещен** карбамазепин. С-м Ленекса-Гастро: вальпроаты, топирамат, этосуксепид, **запрещен** карбамазепин.

3.13. Эпилептический статус, клиника, диагностика, лечение.

Эпистатус – фиксированное состояние, при котором каждый следующий приступ начинается до завершения предыдущего.

Клиника: (1) – статус абсансов (бессудорожный, нет контакта с пациентом, возможны мышечные атонии), (2) статус сложных парциальных приступов (может быть сохранено сознание, иногда бывает вторичная генерализация), (3) судорожный эпистатус (самый тяжелый, ведет к нарушениям дыхания, сердечной деятельности, мозговой гипоксии, симпато-адреналовому кризу, ↑АД) → тонический (дети), миоклонический (синхрония верхних конечностей), клонические (грудные дети).

Диагностика: клиническая по внешнему виду пациента и ареактивности и функциональная по ЭЭГ.

Лечение: внутривенное введение препаратов бензодиазепинового ряда (сибазон → диазепам через 1-2 часа), фенгидана, конвулекс, ректальное введение диазепама → гексенал/топентал натрия + литическая смесь (промедол, анальгин, димедрол, новокаин) в/м → фуросемид / этакриновая кислота + контрикал → ↑АД – папаверин / магнезия + дибазол + коргликон. При неэффективности медикаментозной терапии – ингаляционный наркоз. Борьба с отеком головного мозга. Люмбальная пункция.

3.14. Неэпилептические пароксизмальные состояния – судорожные и бессудорожные.

Судорожные →

- ✓ фебрильные судороги у детей;
- ✓ спазмофилия (возникает в результате высокой периферической нервно-мышечной возбудимости);
- ✓ токсические судороги (экзогенные, эндогенные);
- ✓ истерические судороги.

Бессудорожные →

- (1) Вегетативно-сосудистые пароксизмы:
 - ✓ симпатоадреналовые («панические атаки»)
 - ✓ вагоинсулярные
 - ✓ смешанные
- (2) Синкопальные состояния (обмороки):
 - ✓ нейрогенные (рефлекторные, вагovasальные)
 - ✓ кардиогенные
 - ✓ при нарушении гомеостаза крови и метаболизма головного мозга
- (3) Мигрень

3.15. Вегетативно-сосудистые пароксизмы.

Вегетативные пароксизмы (кризы) - приступообразные появление или усиление вегетативных и эмоциональных симптомов на фоне синдрома вегетативной дистонии. Возрастные особенности: 25-64 года, «25-44 лет, »после 65 лет. Половая принадлежность: ♀>♂. Частота приступов различна: от 1 раз в год до нескольких в неделю или в день. Продолжительность криза: от 20-30 минут до 3-4 часа. Триггеры: эмоциональное и физическое перенапряжение, злоупотреблением алкоголем, метеотропные и биологические факторы.

Патогенез: дезинтеграция лимбикоретикулярных структур и нарушение соотношения эрготропной и трофотропной деятельности (симпатические или парасимпатические симптомы криза).

Критерии диагностики:

- (1) Пароксизмальность
- (2) Полисистемность вегетативных симптомов
- (3) Эмоционально-аффективные расстройства (паника, дискомфорт).

Лечение:

Вагоинсулярный криз → атропиноподобные ± кардиотонические ЛП.

Симпатоадреналовый криз → блокаторы α - и β -адренорецепторов (пропранолол, пироксан, бутироксан).

Смешанные кризы → комбинированные лекарственные препараты белладонны (беллатаминал, беласпон) ± ноотропы, витамины группы В.

Межприступный период → нормализация эмоциональной и вегетативной сфер + психо-, рефлекс- и бальнеотерапия + нормализация режим труда и отдыха. Рекомендовано санаторно-курортное лечение.

3.16. Синкопальные состояния.

Синкопальное состояние (обморок) – самые распространенные кратковременные пароксизмальные нарушения сознания неэпилептического происхождения, обусловленные недостаточностью перфузии головного мозга.

Этиология: наследственность; диспластический процесс, перинатальная патология; исходная неполноценность церебральных структур; синкопальная готовность; нарушение мозговой гемодинамики.

Патогенез: недостаточность кровотока в сосудах ГМ, гипоксия или аноксия и диффузное нарушение в ГМ метаболических процессов. Обязательное условие: внезапное нарушение перфузии ГМ.

Типы: нейрогенный, кардиогенный, ортостатический, церебральный, гипогликемический, психогенный.

Стадии: Предвестников (пресинкопальное состояние, липотимия) → Кульминация (синкопальное состояние) → Восстановительный период (постсинкопальное состояние).

Клиника: провоцирующее состояние → латентный период (до 80 сек) → липотимия → потеря сознания и выраженное ↓ тонуса → падение больного →! плавное → + соответствующие вегетативные проявления ± фасцикуляции (при потере сознания свыше 10 сек) → общая слабость, тяжесть в голове, ± головная боль, стенокардия →! мероприятия, направленные на нормализацию состояния больного.

Неотложная медицинская помощь: Положение → лежа или сидя с опущенной повернутой головой, ослабление давление одежды → орошение лица и шеи холодной водой/ согревание больного (при ↓t°) + вдыхание паров нашатырного спирта, введение р-р кофеина, метазона, атропина сульфата.

3.17. Цефалгии – патогенетические механизмы появления, клиника, диагностика, лечение.

Цефалгия: головная боль с неврологическими симптомами (затруднение речи, движения); повышенной чувствительностью к громким звукам, яркому свету; нарушениями зрения; походки; психологическими изменениями личности; ↓чувствительности в конечностях; болями в области сердца; другой симптоматикой.

Цефалгия напряжения: эмоциональное, умственное напряжение, длительное пребывание в одной позе, синусит, невроз, гипертония, гормональные сдвиги, остеохондроз, заболевания глаз → растяжении/сдавление мышц мягких покровов головы → ощущение «тугого головного убора». Лечение → рефлекторные воздействия, седативные, транквилизаторы, миорелаксанты.

Кластерная цефалгия: 15-180 минут → тяжелая односторонняя «жгучая» боль, чаще в области глаза или виска + конъюнктивальные кровоизлияния, заложенность носа, ринорея, потливость лба, лица, миоз, птоз, отек век. Лечение → амитриптилин, триптаны, CO₂-100%

Мигрень: наследственное заболевание → повторяющиеся приступы цефалгии, чаще односторонней локализации, различными по частоте, интенсивности и продолжительности, сопровождаются тошнотой, иногда рвотой, фото- и/или фонофобией, часто имеют обонятельную ауру. Лечение → аспирин 500 МГ однократно, парацетамол, 650 мг.

Диагностика: анамнестические данные и жалобы пациента.

3.18. Мигрень. Патогенез. Клиника. Лечение.

Патогенез: тригеминально-вазкулярная теория (\uparrow ЧМН5 \rightarrow выделение вазодилататоров из окончаний \rightarrow \downarrow сосудистого тонуса \rightarrow нейрогенное асептическое воспаление [отек, \uparrow проницаемости, воспаление твердой мозговой оболочки]), серотонинергическая теория (\downarrow 5-НТ в тромбоцитах \rightarrow \uparrow содержание продуктов метаболизма серотонина \rightarrow \uparrow дорсальная доля возле водопровода среднего мозга \rightarrow $\uparrow\uparrow\uparrow$ серотонина \rightarrow вазоконстрикция сосудов \rightarrow быстрый вывод из крови \rightarrow вазодилатация \rightarrow приступ).

Клиника: без ауры \rightarrow продром (\downarrow настроения, нервозность, апатия, пристрастие к определенной еде, особенно сладкой, зевота, \downarrow работоспособности) \rightarrow пульсирующая нарастающая боль в лобно-височной-теменной доле одной половины головы \rightarrow рвота фото- и фонофобии \rightarrow иногда вегетативные нарушения (одышка, потливость, боль в эпигастрии, понос, ортостатическая гипотензия, головокружения); с аурой \rightarrow в зависимости от бассейна (офтальмическая [фотопсии, кратковременное выпадение полей зрения, глазодвигательные нарушения, односторонний птоз, диплопия], ретинальная [преходящая слепота на одно или оба глаза], гемиплегическая [приходящие моно-/гемипарезы с гемипарестезией/гемигипестезией], базилярная [шум в ушах, дизартрия, атаксия, парестезии, двусторонние зрительные нарушения, системные головокружения]) \rightarrow приступ \rightarrow опустошение, эйфория, глубокий сон.

Лечение: суматриптан, золмитриптан, аспирин + кофеин-бензоат натрия и кодеин, НПВС, эрготамин, бензодиазепины, антигистаминные и дегидратационные средства. При мигренозном статусе: трамадол, буторфанол, седуксен, ГКС, фурсемид, нейролептики, диэрготамин, венотоники, натрия гидрокарбонат, повторная рвота \rightarrow торекан, галоперидрол. Немедикаментозная терапия: \downarrow продуктов с тирамином, иглорефлексотерапия, ЛФК.

3.19. Инсомнии, гиперсомнии.

Инсомния – нарушение засыпания и поддержания сна в виде частых пробуждений, а также ранние пробуждения, которые сопровождаются жалобами на качество и продолжительность сна, его недостаточную глубину.

Формы:

- Психофизиологическая (тревога и страх)
- Извращенное восприятие сна
- Идиопатическая
- Экзогенная (неадекватная гигиена сна, отсутствие надлежащих условий для сна, пищевая аллергия, употребление снотворного, стимуляторов, спиртных напитков)

- Синдром беспокойных ног
- Связанная с изменением привычного цикла сна-бодрствования
- Связанная с заболеванием

Клинически:

- Пресомнические (трудности засыпания)
- Интросомнические (частые ночные пробуждения → не может уснуть, ощущение поверхностного сна)
- Постсомнические (раннее утреннее пробуждение, ↓ трудоспособности)

Лечение: гигиена сна, режим труда, отказ от вредных привычек.

Препараты: барбитураты, бензодиазепины, циклопиролон, имидазопиридины. Не более 3 недель.

Гиперсомния – это ↑ сонливость, которая характеризуется непреодолимой сонливостью днем и повышенной склонностью к засыпанию.

Типы:

- Психофизиологическая (хронический дефицит сна, нарушение цикла сон-бодрствование)
- Идиопатическая
- Нарколепсия (синдром нарколепсии/катаlepsии)
- Посттравматическая
- Обструктивный синдром апноэ во сне
- Центральный синдром апноэ во сне
- При психических заболеваниях (депрессия, психозы, алкоголизм)

Лечение: стимуляторы ЦНС сиднофен или сиднокарб, α-адреностимулятор модафинил.

3.20. Основные клинические синдромы и принципы лечения в условиях экзогенной интоксикации.

Токсическая энцефалопатия: появление рассеянной органической симптоматики, амиостатического, гипоталамического, эпилептиформного и психоорганического синдромов.

Токсическая полинейропатия общеинтоксикационные симптомы (иногда специфичны токсичному субстрату), иногда — энцефаломиелополирадикулонеропатия с преобладанием поражения отдельных уровней НС.

Лечение:

- Прекратить поступление яда в организм
- Остановить всасывание (промывание желудка, очистительная клизма, обработка кожи слизистых)
- Нейтрализация яда в крови (антидотная терапия)

- ↓токсичности яда (введение фармакологических антогонистов)
- ↑элиминации яда и его метаболитов (форсированный диурез, гемодиализ, энтеро-, гемосорбция и плазмаферез)
- Симптоматическая коррекция нарушений, которые уже появились.

3.21. Стадии поражения нервной системы при острой и хронической лучевой болезни.

Острая лучевая болезнь:

Первая стадия: стойкая головная болью, апатия, вялость, нарушения сна, сознания, заторможенность, боли лицевые и глазные. Ригидность затылочных мышц, симптом Кернига → вовлечении мягких мозговых оболочек.

Вторая стадия: ↓общемозговых и менингеальных симптомов.

Третья стадия ↑общемозговые и менингеальные симптомы, отек ГМ, нарушается сознание (от оглушения до комы), нистагм, анизорефлексия, патологические рефлексы, нарушения черепно-мозговой иннервации, нарушения статики и координации, вегетативные нарушения.

Четвертая стадия ↓ / исчезновение общемозговых симптомов, ↑общего состояния больного. Долго сохраняется вегетососудистая лабильность, астения, объективная органическая симптоматика.

Хроническая лучевая болезнь:

- (1) Синдром вегетативной дистонии (перманентный/пароксизмальный)
- (2) Цефалгический синдром
- (3) Когнитивные нарушения
- (4) Моно- и полинейропатии (сенсорные, вегетативные нарушения)
- (5) Вестибулярно-/мозжечково-атактический синдром (головокружение, шаткость походки, тошнота, шум в ушах, снижение слуха, нистагм, интенционный тремор)
- (6) Энцефаломиелитический синдром
- (7) Пирамидная недостаточность
- (8) Акинетический ригидный синдром (замедление движений, ↑мышечного тонуса по пластическому типу, шаркающая походка, гипомимия, статический тремор)
- (9) Корешковый синдром

Лечение: нейротропные препараты, антиоксиданты, антигипоксанты, ноотропы, альфа- и бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, антиагреганты, вено- и тонические с-ва. Полиневропатический и корешковый синдромы → вазоактивные, антихолинэстеразные, препараты нейротрофического и восстанавливающего действия.

3.22. Вибрационная болезнь.

Этиология: производственная вибрация, шум, охлаждение, статическое напряжение мышц плеча, отклонённое положение тела.

Патогенез: нарушения НС, ССС, опорно-двигательного аппарата. Вибрация → рецепторные аппараты кожи (деструкция), нервы → ↑секреции норадреналина → значительная часть его попадает в кровь → ↑тонуса сосудов → ↑АД и ангиоспазм (дистрофия клеток боковых рогов и РФ, очаговая демиелинизация).

Клиника:

1. (ВБ), вызванная локальной вибрацией:

I стадия — приходящие боли в пальцах рук, парестезии, онемение.

II стадия — боль и парестезии более выражены, устойчивые, изменения сосудистого тонуса, чувствительные расстройства, вегетативная дисфункция + астения.

III стадия — выраженные вазомоторные+трофические нарушения, приступы болей, онемение и парестезии, синдром вазоспазма (побеление пальцев). Выпадение вибрационной чувствительности, угнетение/выпадение сухожильных рефлексов, вегетососудистая дистония.

IV стадия — генерализованные органические поражения (энцефаломиелопатия). Упорный болевой синдром в пальцах, по ходу нервных стволов. Микроочаговая симптоматика, вегетативные симпатоадреналовому/смешанному пароксизмы. Ангиодистонические кризы → сосуды рук + коронарные и мозговые сосудов.

2. ВБ, вызванная общей и локальной вибрацией.

Ангиополиневропатический синдром (нарушение вибрационной чувствительности, парестезии) + неврастенический синдром. Головные боли, головокружение, ↑чувствительность, раздражительность, боли в ногах, онемение, парестезии. Вегетативные кризы (ощущение дурноты, тахикардия, страх смерти, нарушения терморегуляции) + ослабление памяти, плаксивость, нарушение сна. Нередко приступы с побледнением пальцев стоп, диффузным потоотделением. Расторможение → угнетение сухожильных рефлексов, трофические расстройства (истончение кожи, гипотония), умеренное ↑АД.

3. ВБ, вызванная общей вибрацией и толчками.

Вестибулопатия (несистемное головокружение) и головными болями. Изменения слуха, зрения, ствольные и спинальные симптомы, корешковые боли в спине.

Лечение:

Этиологическое (исключение воздействия вибрации); ганглиоблокаторы (пахикарпин), холинолитики (Амизил, Спазмолитин + Новокаин,

Метамизил); сосудорасширяющие (РР + циннаризин и белласпон, компламин, трентал, блокаторы кальциевых каналов); при вегетативных пароксизмах: пирроксан.

3.23. Закрытая черепно-мозговая травма: сотрясение, ушиб, сдавление. Неотложная помощь.

Сотрясение ГМ: кратковременная утрата сознания, нарушение памяти на предшествующие травме события (ретроградная амнезия) / события, происходившие во время травмы или после (конградная и антероградная). Симптомы: Седана, Гуревича-Манна. Рвота, головная боль, головокружение, кратковременные глазодвигательные нарушения, колебания АД.

По локализации:

ГМ в целом: точечные гемorragии + локальный отек / разможнение мозговой ткани, разрыв сосудов. Функционально: повреждение саморегуляции мозгового кровообращения, нарушение метаболизма, ↑внутричерепного давления. Симптомы: Седана, Гуревича-Манна.

Гипоталамической области и ствола: повреждаются механизмы регуляции водно-солевого, белкового, углеводного обмена; нарушения дыхания и сердечно-сосудистой деятельности, почек, печени.

Полушарные повреждения: слабость в конечностях, нарушение чувствительности, афатические расстройства, эпилептические припадки.

Базальные: симптомы поражения черепных нервов.

Ствола и подкорковых структур: параличи конечностей, горметонические судороги, децеребрационная ригидность, вегетативными нарушениями.

Степени:

Легкая: выключение сознания 2-10 минут → восстановление → головная боль, головокружение, тошнота; ретро-, кон-, антероградная амнезия, рвота.

Средняя: выключение сознания до 10-180 минут. Кон-, ретро-, антероградная амнезия. Головная боль, рвота, нарушения психики. Расстройства жизненно важных функций. Менингеальные симптомы, стволые симптомы: нистагм, патологические рефлексы.

Тяжелая: выключение сознания часы—недели. Двигательное возбуждение, тяжелые нарушения жизненных функций; стволые неврологические симптомы (плавающие движения глазных яблок, парезы взора, множественный нистагм, нарушения глотания, двусторонний мидриаз/миоз, дивергенция глаз, меняющийся мышечный тонус, патологические стопные рефлексы). Парезы конечностей (до параличей),

подкорковые нарушения мышечного тонуса, рефлексy орального автоматизма. Генерализованные/фокальные эпилептические припадки.

Сдавление ГМ: ↑симптомов поражения мозга. Причины: внутримозговые гематомы (оболочечные [эпи-/субдуральных], внутримозговых); отек мозга, острое нарушение оттока цереброспинальной жидкости, субдуральная гигрома.

Для оценки тяжести состояния больного используется шкала комы Глазго.

Первая помощь: нормализация дыхания и предупреждение аспирации рвотных масс и крови (положить пострадавшего на бок / лицом вниз). Мероприятия по остановке кровотечения и поддержанию сердечно-сосудистой деятельности.

3.24. Спинальная травма.

Позвоночно-спинномозговая травма: (1) *открытость* (открытая [с нарушением целостности кожи в месте повреждения], закрытая [без нарушения целостности кожи]), (2) *отношение к СМ* (без нарушения функций спинного мозга; с нарушением функций спинного мозга; с полным разрывом), (3) *характер повреждения* (сотрясение, ушиб, сдавление, размозжение СМ, гематомиялия и травматический радикулит).

Сотрясение СМ: преходящее нарушение функций спинного мозга в результате травмы.

Клиника: синдром частичного/полного нарушения проводимости спинного мозга; вялые парезы и параличи конечностей, расстройства чувствительности (парестезии); негрубые сегментарные нарушения в зависимости от уровня поражения. Диагностика: рентгенография.

Лечение: постельный режим; парацетам, прозерин.

Ушиб СМ (обратимые функциональные, необратимые органические изменения (очаги некроза, размозжения, кровоизлияний → частичное повреждение / морфологический перерыв [анатомический → расхождение концов, аксональный → проводниковые нарушения + непрерывность СМ).

Клиника: фазность течения, спинальный шок, → стойкая симптоматика (зависит от степени), синдром нарушения проводимости (вялый паралич, арефлексии, расстройства всех видов чувствительности по проводниковому типу ниже повреждения), вегетативная симптоматика.

Лечение: как при сотрясении.

Сдавление СМ: смещение и деформация вещества спинного мозга при позвоночно-спинномозговой травме.

Клиника: близка к клинике ушиба спинного мозга, но без периода светлого промежутка, грубый неврологический дефицит развивается в момент травмы.

Диагностика: поясничная пункция с исследованием проходимости субарахноидального пространства и регистрацией частичной или полной блокады.

Лечение: консервативное/хирургическое.

Спинальный шок:

Острый: (2-3 дня) и *ранний* (4 день – 2-3 неделя) – синдром полного нарушения проводимости спинного мозга, нарушения гемодинамики, отек и набухание СМ.

Промежуточный период (до 2-3 мес.) пропадают явления спинального шока, проявляется настоящий уровень повреждения.

Поздний период (с 3-4 мес. до 2-3 лет) восстановление функций.

3.25. Классификация. Синдромы проявления опухолей головного и спинного мозга. Изменение спинномозговой жидкости.

Классификация опухолей ГМ:

- биологическая (доброкачественные/злокачественные).
- патогенетическая (первичные/вторичные [метастатические из легких, желудка, и т.д.]).
- по отношению к мозгу (внутричерепные [узловые/ инфильтративные] / внечерепные с экспансивным ростом).
- нейрохирургическая (супратенториальные, субтенториальные, туберогипофизарные)
- патоморфологическая (нейроэктодермальные → глиомы [астроцитома, глиобластома, медуллобластома, олигодендроглиома, эпендимома]; мезенхимальные → менингиомы, сосудистые опухоли, саркомы, фибромы; аденомы гипофиза; остатки гипофизарного хода → краниофарингиома; тератомы)

Клиника:

- Общемозговые симптомы: повышения внутричерепного давления → гипертензионный синдром (головная боль, рвота, застойные соски дисков зрительных нервов, изменение зрения, психические нарушения, эпилептические припадки, головокружение, изменение пульса и дыхания, эпилептические припадки, изменения психики, головокружения)
- «Симптомы на расстоянии»: одно- или двустороннее поражение ЧМН, чаще глазодвигательных + пирамидные и мозжечковые симптомы (атаксии и нистагм).

СМЖ вытекает под высоким давлением, прозрачная, чаще бесцветная иногда ксантохромная. Содержит ↑↑↑белка при нормальном клеточном составе.

3.26. Абсцесс головного мозга. Клинические синдромы, дифференциальный диагноз.

Абсцесс ГМ → локальное скопление гноя в веществе ГМ. Стадии:

Начальная (менингоэнцефалическая): ограниченное поражение оболочек → постепенное распространение очага с мозговых оболочек на прилежащий участок ткани ГМ → формирование ограниченного гнояника. Клиника: прогрессирующее ↓↓состояния больного + симптомы интоксикации (повышением температуры тела, ознобом).

Латентная: отграничение зоны некроза → формирование соединительно-тканной капсулы; отсутствием симптомов; в СМЖ → низкий плеоцитоз, ↑альбуминов.

Явная: острая (7–8 дней). В случае отсутствия/неправильного лечения → прорыв гноя в подпаутинное пространство/желудочки мозга → вторичный менингит (иногда очаговые симптомы + менингизм) или гнойной вентрикулит (психомоторное возбуждение) → высокий плеоцитоз.

Диагностика: МРТ или КТ головного мозга с применением контрастного усиления.

Дифференциальный диагноз с опухолью головного мозга, инсультом, энцефалитом.

Раздел 4: Инфекционные, инфекционно-аллергические, демиелинизирующие, паразитарные заболевания НС, прионовые инфекции, нейроборрелиоз. Боковой амиотрофический склероз.

4.1. Менингиты (гнойные – первичные, вторичные; серозный):

(1) Гнойные.

Эпидемический цереброспинальный менингит (первичный): вызывается менингококком Вейксельбаума; передача контактным и воздушным путем, входные ворота – слизистая зева и носоглотки → гематогенно в оболочки головного/спинного мозга.

Вторичный гнойный менингит: вызывается пневмококком, стафилококком, стрептококком; источники инфекции: ото-, риногенные, сепсис, абсцесс легких. Пути проникновения в субарахноидальное пространство: контактный, периневральный, гемато-, лимфогенный.

Патоморфология/топика (общ.): гнойное воспаление мягкой мозговой оболочки, по ходу вен оболочек – скопление гноя, мозг

полнокровный, в коре – токсические, дегенеративные, сосудисто-воспалительные процессы, очаги размягчения, микроабсцессы; при тяжелом течении поражаются пирамидные пути, ЧМН.

Клиника (общ.): менингеальный синдром (Кернига, Брудзинского, ригидность мышц затылка, поза «легавой собаки»).

Лечение (общ.): инфузионно-детоксикационная терапия, дегидратационная терапия, нейрометаболики. антибиотики (бензипенициллин, цефотаксим, цефтриаксон, ампициллин).

(2) Серозные.

Туберкулезный: туберкулезная палочка из первичного очага большого → поражение оболочек мозга с серозными воспалительными изменениями (основания мозга, эпендима III и IV желудочков, сосудистые сплетения) + экссудативно-пролиферативные изменения.

Клиника: постепенное начало → ↑ менингеального синдрома + симптомы поражения ЧМН.

Диагностика: наличие туберкулеза + люмбальная пункция.

Лечение: противотуберкулезные преп., кортикостероиды, дегидратационная терапия, нейрометаболики.

Острый лимфоцитарный хориоменингит: фильтрующийся вирус; резервуар – мышцы, пищевые продукты. Гематогенная диссеминация, диффузное поражение оболочек + отек ГМ, воспалительные очаги.

Клиника: острое начало с менингеальным синдромом + поражение ЧМН.

Лечение: нуклеазы-ферменты (рибонуклеаза, дезоксирибонуклеаза), десенсебилизирующая терапия, дегидратационная, нейрометаболики.

4.2. Арахноидиты (слипчивый, кистозный, базальный, конвексительный)

Слипчивый арахноидит — гнойное воспаление паутинной оболочки ГМ → спайкообразование между оболочками → сильные головные боли.

Кистозный арахноидит — воспаление паутинной оболочки ГМ → полости.

Конвексительный арахноидит (свод) после инфекций/ЧМТ → преобладание раздражения над выпадением функций + признаки вегетососудистой и пирамидной недостаточности, нарушение функций VI и XII ЧМН, нарушения чувствительности + фокальные джексоновские и/или вторично-генерализованные приступы.

Базальный арахноидит (основание) проявляется общемозговыми симптомами и поражением ЧМН:

Оптико-хиазмальный: вирусная инфекция, → головная боль (чаще лоб, переносица, глаза, ощущение сетки перед глазами, ↓остроты зрения, скотомы → неврит зрительных нервов → атрофия, изменение обоняния, вазомоторные, гипоталамические нарушения.

Поперечной цистерны: ведет головная боль (иррадирует в глазные яблоки, переносицу, надбровье) → симптомы поражения слухового нерва с нарушением вестибулярных и слуховых функций.

Межжожковой локализации: нарушение функции глазодвигательных нервов (диплопия, косоглазие, ограничение движения глазных яблок, анизокория)

Диагноз на основании данных анамнеза, результатов клинического осмотра, дополнительных методов (КТ, МРТ, EEG, офтальмоскопия)

Лечение консервативное (антибиотики широкого спектра, ГКС, десенсибилизирующие, антиконвульсанты, дегидратационные, п-ты для ↑микроциркуляции) и хирургическое (кистозный, слипчивый).

4.3 Энцефалиты (первичные, вторичные)

Энцефалит – воспалительное заболевание ГМ, которое может иметь разную природу, чаще возникает в результате проникновения инфекций сквозь ГЭБ. Первичные → самостоятельно, вторичные → на фоне других инфекционных заболеваний.

Формы *первичных* энцефалитов: эпидемический, клещевой, японский (комариный), энтеровирусный (вирусы Коксаки, полиомиелита), герпетический (вирус герпеса).

Причины *вторичных* энцефалитов: грипп, корь, краснуха, ветряная оспа, абсцесс мозга, остеомиелит, токсоплазмоз.

Симптомы энцефалита (общие): высокая температура (39–40 градусов); сильная головная боль, головокружение; тошнота, рвота; слабость, усталость; нарушение сна; боль в суставах и мышцах.

Частые *последствия*: головные боли и головокружение; менингит; нарушение слуха, речи, зрения; нарушение координации, парезы, параличи; остановка дыхания; ↓памяти; ↑утомляемость, слабость; недержание мочи, кала; умственная отсталость; изменение личности (расщепление сознания, галлюцинации, нервозность); аффективные расстройства психики.

Лечение: немедикаментозное (постельный режим, ↓активности, обильное питье); противовирусные (ацикловир, ганцикловир – в зависимости от вируса); НПВС (парацетамол, анальгин, ибупрофен, напроксен); витамины группы В, ноотропы; иммуностимуляторы (интерферон); десенсибилизирующие; специфические этиологические группы (гамма-

глобулин ← клещевой энцефалит, антибиотики широкого спектра ← микробный характер).

4.4. Поражения нервной системы при гриппе, ревматизме. Герпетические поражения.

Вирус гриппа: поражает нервную ткань, сосуды ГМ и мозговые оболочки. ↑проницаемости сосудистой стенки → токсичность на сосудистые сплетения ГМ → ↑образование СМЖ + ↑внутричерепного давления → отек мозга → (в тяжелых случаях) судороги, потеря сознания → серозный менингит, энцефалит, миелит, полирадикулоневропатия, гиперкинезы.

Ревматоидный артрит: → (50%) компрессионно-ишемические тоннельные синдромы (чаще срединный нерв, реже локтевой, лучевой, мало-/большеберцовый нервов) → множественные сенсомоторные проявления; (70%) → изменения шейного отдела позвоночника → боль в шейно-затылочной области → шейная миелопатия.

Герпетический энцефалит: (1-го, 3-го типа, 2-тип → энцефалит новорожденных) → острый некротический процесс в медиальной части височных долей + очаги воспалительной реакции → умеренный менингеальный синдром, ↑температуры, головная боль → нарушения сознания (сомнеленция → кома) + очаговая симптоматика (обонятельные и вкусовые галлюцинации, anosmia, поведенческие нарушения, расстройства памяти, афазия, гемипарезы) → иногда внутричерепная гипертензия.

Герпетический менингит: простой герпес → низкая температура, затяжное течение, без кожных явлений, диссоциация оболочечного синдрома; зостер → выражены оболочечные симптомы, очаговая неврологическая симптоматика.

Ганглионеврит (герпес зостер) ↑температуры, общая слабость, недомогание → интенсивные боли, парестезии в области одного/нескольких сегментов и их ганглиев.

4.5. Полиомиелит (клинические формы, стадии, диагностика, лечение, профилактика).

Полиомиелит (эпидемический детский паралич, болезнь Гейне-Медина) – острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, характеризующейся возникновением вялых параличей и мышечных атрофии.

Этиология: энтеровирус полиомиелита человека (3 штамма)

Эпидемиология: Основные факторы передачи → больные, здоровые носители, реконвалесценты с abortивными формами. Основные пути передачи → контактный, фекально-оральный (загрязнение пищи).

Патогенез: заражение → инкубационный период (<17 дней - 5 недель) → поражение клеток слизистой оболочки ЖКТ → вторичная репликация в лимфоидной ткани → виремия → абортное течение (≈ 95%)> поражение ЦНС (через гематоэнцефалический барьер). Тропность к двигательным нейронам: передних рогов спинного мозга и двигательных ядер ствола мозга (→ паралич и атрофия мышц), ± мозжечка, таламуса, гипоталамуса, прецентральный отдел коры полушарий мозга. Тяжесть поражения: поясничный> шейный> грудной отделы спинного мозга> структуры головного мозга.

Стадии: инкубационная → продромальная → препаралитическая → паралитическая → восстановительный период → резидуальный период.

Клиника:

- (1) Непаралитическая форма → синдромом серозного менингита/ корешковый.
- (2) Паралитические формы:
 - ✓ энцефалитическая (поражение коры и подкорки)
 - ✓ понтобульбарная (поражение моста и продолговатого мозга)
 - ✓ спинальная (поражение передних рогов → периферические параличи)
 - ✓ полиневритическая (множественное поражение периферических нервов)

Специфического лечения нет. Симптоматическая терапия, полный покой. Респираторные, бульбарные расстройства → ИВЛ, отсасывание секрета слизистой, кормление через зонд. Антибиотики для профилактики пневмоний.

Профилактика: Изоляция на 6 недель; детям, в контакте → γ-глобулин 3-6 мл. Вакцинация детей согласно принятому плану прививок.

4.6. Острый миелит.

Миелит – воспаление с поражением белого и серого вещества СМ. Макроскопически → вещество дряблое, отечное, выбухает; рисунок «бабочки» смазан. Микроскопически → гиперемия, отек, мелкие кровоизлияния, инфильтрация, гибель клеток, распад миелина.

Инфекционные: первичные → нейровирусы (Herpes zoster, полиомиелита), туберкулез, сифилис → гематогенно = виремия → поражения СМ; вторичные → осложнение общепериферических заболеваний / гнойного очага и сепсиса → аутоиммунная реакция и гематогенный занос в СМ.

Интоксикационные: тяжелые экзогенные отравления / эндогенная интоксикация.

Травматические: открытые и закрытые травмы позвоночника и СМ + вторичная инфекция

Клиника: острое или подострое развитие на фоне общеинфекционных симптомов: \uparrow до 38—39 °С, озноба, недомогания, умеренные боли, парестезия нижних конечностей, спины и груди \leftarrow корешковые \rightarrow (1-3 дня = максимум) двигательные, чувствительные, тазовые расстройства \rightarrow спад через недели.

Подострый некротический миелит: поражение пояснично-крестцовой области \rightarrow переход вверх \rightarrow бульбарные нарушения \rightarrow летальный исход. Кровь: лейкоцитоз, $\uparrow\uparrow$ СОЭ. Ликвор: клеточно-белковая диссоциация. Дифференцировать: опухоли, эпидурит, острым полирадикулоневрит Гийена – Барре (отсутствием проводниковых нарушений чувствительности, спастические и тазовых расстройства), гематомиелия и гематораксия, острые нарушениями спинального кровообращения, РС, хронический менингомиелит.

Лечение: антибиотики широкого спектра действия, антипиретики, глюкокортикоиды, АКТГ + предупреждение пролежней, контрактур и восходящей урогенитальной инфекции + витамины группы В, прозерин, дибазол, биостимуляторы, рассасывающие препараты. Спастичность \rightarrow седуксен, элениум, мелликтин.

4.7. Боковой амиотрофический склероз.

Боковой амиотрофический склероз (БАС; болезнь Шарко-Кожевникова) – это хроническое прогрессирующее нейродегенеративное заболевание нервной системы с избирательным поражением центральных и периферических мотонейронов, развитием параличей и атрофии мышц.

Этиопатогенез: эксайтоксическое поражение (гибель нейронов под воздействием нейромедиаторов) периферических нейронов и центральных мотонейронов вследствие повышенной функции глутаматных рецепторов.

Характерна нейродегенерация клеток передних рогов шейных и пояснично-крестцовых сегментов спинного мозга, ствола мозга (ядра VII, IX, X, XI, XII пар черепных нервов и надъядерных путей), пирамидных путей (в области боковых столбов спинного мозга).

Клинические формы по уровню преимущественного поражения:

- (1) Церебральная (спастический тетрапарез/ нижний парапарез + псевдобульбарный синдром).
- (2) Бульбарная (бульбарный синдром + позже амиотрофия, фацикуляции в конечностях, пирамидная недостаточность, псевдобульбарный).

- (3) Шейно-грудная (смешанный парез верхних конечностей + нижний спастический паразез).
- (4) Пояснично-крестцовая (вялый парез нижних + позже верхних конечностей + признаки центрального пареза [патологические рефлексы]).

Сенсорная функция поддерживается, но заболевание сопровождается нарушениями речи (дизартрия) и затруднением глотания, часто + эмоциональная лабильность.

Диагностика: сочетание признаков одновременно поражения центрального и периферического мотонейронов спинного и головного мозга с локализацией в зависимости от клинической формы, фибриллярные подергивания мышц, преобладание парезов над атрофией мышц.

Лечение включает мультидисциплинарный подход, применяют антиглутаматный препарат (рилузол) и неспецифическую симптоматическую терапию.

4.8. Нейросифилис

Нейросифилис – сифилитическое поражение ГМ и СМ. Диагностика: Реакция Вассермана с кровью и ликвором + ликвор на реакцию иммунофлюоресценции и иммобилизации бледных трепонем.

(1) Ранний нейросифилис:

Латентный (асимптомный) менингит → ликворосифилис → отсутствие неврологических симптомов.

Менингоневритическая форма сифилитического менингита или базальный менингит → подостро → слабовыраженные менингеальные симптомы (головная боль, ↑ по ночам, головокружение, иногда тошнота, рвота) + поражение ЧМН (чаще чувствительные).

Острый лихорадочный сифилитический менингит.

Сосудистая форма с поражением ГМ и СМ.

Сифилитические поражения периферической нервной системы.

Церебростинальная форма сифилиса.

Гуммы ГМ и СМ.

Общие признаки → жалобы на головную боль, головокружение, легкое нарушение зрения, слуха, но нет очагового поражения нервной системы.

(2) Поздние (эктодермальные) формы:

Прогрессивный паралич → хронический менингоэнцефалит и эндартериит → переходящие парезы конечностей, эпилептиформные припадки, симптом Аргайла Робертсона, интенционный тремор, дизартрия,

нарушения чувствительности, ↓ мышечного тонуса и силы мышц, нарушения функции тазовых органов.

Сухотка СМ → поражение корешков и задних столбов СМ.

Амиотрофический спинальный сифилис → дегенеративно-воспалительный процесс в мотонейронах, передних корешках и оболочках СМ.

Спастический спинальный паралич Эрба → хронический менингомиелит с эндартериитом.

4.9. Неврологические расстройства полимиозита-дерматомиозита.

Дерматомиозит и полимиозит — идиопатическое поражение скелетной мускулатуры с воспалительным процессом без нагноения с преобладанием лимфоцитарной клеточной инфильтрации.

Диффузный васкулит → поражение нервной системы → по локализации васкулита → энцефалит / менингоэнцефалита / очаговые поражения базальных ганглиев / коры ГМ → хореподобные гиперкинезы, эпилепсию и т.д. Иногда → симптомы ЧМН (чаще глазодвигательные, зрительный, тройничные нервы, различные варианты нарушения чувствительности (гиперестезии, гипостезии и парестезии), выражен корешковый синдром; развиваются астеноневротические реакции.

4.10. Поражение нервной системы при ВИЧ

Острый асептический менингоэнцефалит → непосредственно перед сероконверсией + одновременно нуклеозоподобного синдрома. Жалобы: головная боль, лихорадка, нарушения психического статуса, фокальные/генерализованные судорожные припадки. Очаговые симптомы → переходящий паралич лицевого нерва (паралич Белла), иногда → острая миелопатия (парапарез, болевой синдром, недержание мочи и спинальные миоклонусами. В СМЖ → плеоцитоз, ↑ белка и нормальное количество глюкозы.

Комплекс «СПИД — деменция» → («подострая энцефалопатия») в фазу СПИДа → апатия, невнимательность, забывчивость, ↓ внимания, интеллекта, аутизм [напоминает депрессию] → нарушение ориентации, оглушенность, галлюцинации/психозы → ↓ точности и быстроты моторных функций, плавности речи, кратковременной памяти, затруднения при решении сложных ситуационных проблем.

Прогрессирующая энцефалопатия → поражение ЦНС у детей → острое/подострое начало → задержка/инволюция умственного и физического развития, гипотония, гипорефлексия → малоподвижность, апатия → мутизм, деменция, псевдобульбарный паралич, тетраплегия → приобретенная микроцефалия.

4.11. Туберкулез нервной системы

Туберкулезный менингит: развивается постепенно → продром (1-4 недели) = недомогание, ↑утомляемость, потливость, сонливость, ↓аппетита, субфебрилитет, головная боль; ↓вегетативных функций, похудание, бледность → иногда психотические расстройства → неврологическая симптоматика (интенсивная головная боль, тошнота, рвота, общая гиперестезия, развитие судорожных припадков) → (чаще базально) поражение 2, 3, 6, 7, 8 ЧМН.

Туберкулезный менингоэнцефалит: поражение оболочек и вещества ГМ → неврологическая симптоматика зависит от локализации → очаговые симптомы + проводниковые расстройства (пирамидные парезы и параличей) + поражение подкорковых ганглиев (акинетико-ригидный синдром, чувствительные нарушения, иногда мозжечковые расстройства). СМЖ аналогична менингитной. Течение тяжелое, с обострениями.

Туберкулезный менингоэнцефаломиелит: поражение ГМ и СМ и их оболочек → синдром поражения мозговых оболочек, поражения ЧМН, ГМ с очаговыми и проводниковыми симптомами разной модальности и, наконец, синдромы поражения СМ [очаговое/диффузное + корешки] (опоясывающие боли, онемения, ↓тазовых функций) → в СМЖ высокое содержание белка (до 10 г/л), нейтрофилез → спонтанная коагуляция ликвора [полный блок ликворного пространства], лимфоцитарный цитоз.

Туберкулома ГМ: редко при гематогенной диссеминации из первичного туберкулезного очага → острое (↑↑температуры и симптомов) / медленное развитие с ремиссией → единичная/множественная, чаще субтенториальная локализация туберкулем → *синдром внутричерепной гипертензии* (распирающие головные боли, тошнота, рвота, застой на глазном дне) + *синдром очаговых и проводниковых расстройств* (зависит от локализации туберкулемы) → эпилептические пароксизмы. СМЖ → в норме / белково-клеточная диссоциация (как при опухолях).

4.12. Рассеянный склероз – этиопатогенез, варианты протекания, клиника, современные методы лечения

Этиопатогенез: генетика + антигенная мимикрия + экология → олигодендроглиоциты миелиновых оболочек + аутоантитела к миелину → воспалительная реакция + цитокины → нарушение ГЭБ → клеточная цитотоксичность против миелина → нарушения синтеза глиозных клеток.

Варианты протекания: первично-прогрессирующая (нарастание от начала, с редкими эпизодами стабилизации, обострений нет), рецидивирующее-ремитирующая (волнообразное с четкими обострениями →

восстановление функций), вторично-прогрессирующая (ремитирующее течения → постепенное нарастание с редкими обострениями и периодами стабилизации) и прогрессирующая форма с обострениями (прогрессирование между периодами обострения, каждое следующее хуже предыдущего).

Клиника: триада Шарко (нистагм, интенционное дрожание, скандированная речь), пентада Марбурга (нижний спастический парализ, нистагм, интенционное дрожание, отсутствие брюшных рефлексов, частичная атрофия сосков зрительных нервов – побледнение височных половин), ранние признаки (Преходящие нарушения зрения (скотома / размытость), онемения лица и конечностей с нарушением глубокой чувствительности до 10 с., повышение сухожильных рефлексов + патологические стопные знаки, проблемы опавлений, слабость в конечностях, потеря обоняния).

Лечение: (1) препараты, изменяющие течение РС: иммуносупрессоры (цитостатики + ГКС), финголимод, гуманизированные моноклональные антитела и иммуномодулирующие препараты; (2) поддерживающая терапия: нейротропные, сосудистая терапия, антигистаминные, антиоксиданты.

4.13. Паразитарные заболевания нервной системы (цистцеркоз, эхинококкоз, токсоплазмоз)

Цистцеркоз: свиной (вооруженный), цепень (*Taenia solium*) → заглатывание человеком яиц → клиника: симптомы раздражения оболочек (головные боли) и коры ГМ (эпилептические припадки, при массивной инвазии и/или блокаде путей оттока ликвора → внутричерепная гипертензия → нарушения интеллекта и психики (невротического синдрома → галлюцинации/делирий). Формы: паренхиматозная → (у подростков) клиника энцефалита; базальная оболочечная → признаки поражения ЧМН (чаще зрительного, отводящего и лицевого); боковых желудочков → напоминает опухолевые симптомы лобной локализации → приступы резкой головной боли с нарушениями сознания (перемежающейся окклюзией паразитом межжелудочкового отверстия Монро).

Эхинококкоз: глистная инвазия *Echinococcus granulosus* в стадии онкосферы → медленное ↑размера кисты → длительное бессимптомное течение → клиника: гипертензионный синдром (до вторичной атрофии дисков зрительных нервов и слепоты) + очаговые симптомы (по локализации) → напоминают опухоли мозга.

Токсоплазмоз: протозойная инфекция возбудителя (*Toxoplasma gondii*) → ↑печени, селезенки иногда поперечнополосатые мышцы →

поражение ЦНС (диффузный энцефалит, диффузный менингоэнцефалит, локальный энцефалит).

4.14. Прионные инфекции. Нейроборрелиоз.

Прионы – инфицирующие измененные белковые структуры (не содержат нуклеиновых кислот)

Пути инфицирования: (1) наследственная передача по Менделю (аутосомно-доминантный тип), (2) трансмиссия алиментарным или ятрогенным путем.

Микроскопически: (1) спонгиозные изменения, (2) потеря нейронов, (3) астроцитоз, (4) формирование амилоидных бляшек. *Макроскопически:* незначительное ↓массы ГМ, иногда умеренная атрофия извилин при хронизации.

Клиника:

- (1) Расстройства чувствительной сферы: амнезия различной степени, потеря и извращение чувствительности, выпадение функций органов чувств.
- (2) Нарушения в двигательной сфере: атаксия, обездвижение, атрофия мышц, в том числе дыхательных, параличи.
- (3) Нарушения психики: утрата профессиональных навыков, депрессия, сонливость, агрессивность, снижение интеллекта вплоть до полного слабоумия.

Раздел 5: Заболевания периферической нервной системы, перинатальные поражения ЦНС, соматоневрологические синдромы.

Наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы, врожденные дефекты позвоночника и СМ.

5.1. Классификация заболеваний периферической нервной системы

По анатомо-этиологическому принципу:

- вертеброгенные поражения ПНС;
- патологии спинномозговых корешков, узлов, сплетений, главным образом воспалительного и травматического характера;
- заболевания с множественными поражениями корешков и периферических нервов;
- поражения отдельных периферических нервов травматического, компрессионно-ишемического и воспалительного генеза;
- патологии ЧМН.

По локализации (-ит = воспаление, -ия = иное поражение):

- невропатия (неврит) → поражение одного нерва;

- невралгия → ирритация, раздражение отдельного нерва с болевым синдромом,
- полинейропатия (полиневрит) → множественное поражение;
- радикулопатию (радикулит) → поражение спинномозговых корешков;
- ганглионит → поражение спинномозговых узлов;
- плексопатия (плексит) → поражение периферического сплетения.

5.2. Рефлекторные вертеброгенные синдромы шейного, грудного, поясничного уровней.

5.3. Корешковые синдромы шейной, грудной, поясничной локализации.

(1) Шея

(А) Рефлекторные синдромы:

- Цервикалгия: острая/подострая боль в отдельных поперечных отростках, постоянная/приступообразная, тупая, ноющая. Движения в шейном отделе ограничены.
- Цервикокраниолгия (позвоночной артерии): вазомоторные, дистрофические нарушения ← раздражение симпатического сплетения → вегетативные расстройства, кохлеовестибулярные, зрительные и слуховые нарушения, системные головокружения при движении головой, постоянная головная боль (на одной стороне).
- Цервикобрахиалгия: → мышечно-тонические, нейродистрофические и нейрососудистые нарушения → постоянная боль в области шеи, проксимальных отделах верхней конечности, грудной клетки и в области плечевого и локтевого сустава во время движения головой при кашле.
 - Плечелопаточный периартроз: измененный позвоночный сегмент → ↑тонуса приводящих мышц плеча и ↓отведения верхней конечности.
 - Синдром плечо-рука: плечелопаточный периартроз + вегетососудистые и трофические изменения в области кисти и лучезапястного сустава (отек, изменение цвета кожи и температура).
 - Синдром эпикондилеза плеча: патологии шейного отдела + дегенеративно-дистрофических повреждения фиброзных и мышечных тканей плечевого сустава → цервикобрахиалгия.

- ##### (Б) Шейная радикулопатия: дискогенное поражение корешков → внезапные прострелы с иррадиацией в предплечье и лопаточную область + гипостезия/анестезия, гипотония мышц верхней конечности, предплечья, ↓сухожильных рефлексов, вегетососудистые

расстройства.

(2) Грудь

(А) Рефлекторные синдромы:

- Торакалгия: постоянная боль в грудной клетке, ↑ при резких движениях ← дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночно-реберных и поперечно-реберных суставах и их капсулах.

(Б) Грудная радикулопатия: аналогично шейной.

(3) Поясница

(А) Рефлекторные синдромы:

- Люмбаго: острая поясничная боль при резких движениях, ↓ движений в пояснице, напряжение и болезненность мышц спины, ↓ лордоза (1-2 дня).
- Люмбалгия: подострая/хроническая боль после нагрузок, переохлаждения → слабая деформация поясницы, ↓ движений и боль в паравerteбральных точках.
- Люмбоишиалгия: боль в пояснице, ягодицах и нижних конечностях → движение = ↑ боли, онемение, озноб, ↓ движений, перенапряжение мышц, ↑ ↓ лордоз, зоны нейроостеофиброза без выпадения функции корешков.

(Б) Корешковый синдром: дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия → сдавливается корешок → чувствительные (боль, парестезия, анестезия), двигательные (парез отдельных мышечных групп) расстройства + изменение сухожильных рефлексов (↑ → ↓) + вегетативные нарушения + вертеброгенные синдромы. Клиника зависит от расположения межпозвоночной грыжи (L4-S1 чаще всего).

- L5 – боль в верхнем отделе ягодицы, по внешней части бедра, передней поверхности голени и стопы к большому пальцу → онемения, гипотрофия мышц-разгибателей большого пальца, гипостезия.
- S1 – боль, ↓ тонуса мышц ягодичной области, задней поверхности бедра, голени и внешней поверхности стопы, в пятку и мизинец, ↓ ахиллового рефлекса и незначительная гипестезия.
- L4 – боль по передней поверхности бедра и внутренней поверхности голени → атрофия квадрицепса, ↓ коленный рефлекс, ↓ чувствительность кожи по корешковому типу, гиперестезия → гипестезия.

5.4. Невралгия тройничного нерва.

Этиология: (1) компрессия тройничного нерва в мосто-мозжечковом углу [аневризма верхней мозжечковой артерии, мальформация, опухоли]; (2) демиелинизация, дисфункция стволовых и корково-подкорковых участков системы тройничного нерва ← нарушения регионального кровообращения (мозговые инсульты); (3) врожденные пороки/приобретенное сужение каналов выхода на лицо; (4) компрессия периферических ветвей в круглом и овальном отверстиях; (5) вирусное поражение узла тройничного нерва.

Клиника: боль в области лица пароксизмального прострельного характера (1-2 минуты, охватывает корешково-сегментарные зоны иннервации); триггерные зоны (гиперчувствительные участки, раздражения вызывает типичный пароксизм); типичное поведение больного при приступе; возникновение на пике болевого тика; болезненность в точках выхода пораженной ветви при отсутствии нарушений чувствительности, ↓ / ↑роговичного рефлекса на стороне поражения.

Диагностика: пароксизмальный характер болевого синдрома + триггерные зоны + нет ночных приступов + норма чувствительности и движения.

Лечение: карбамазепин (100-200 мг с наращиванием дозы) → замена на противосудорожные, антидепрессанты, транквилизаторы, местные анестетики, иглорефлексотерапия.

5.5. Невропатия лицевого нерва.

Этиологически невропатии:

- ✓ идиопатические (ассоциирована с вирусной инфекцией, особенно вирусом простого герпеса, переохлаждение, сезонный характер);
- ✓ инфекционно-аллергические (на фоне тонзиллита, паротита, пневмонии);
- ✓ ишемические (нарушение кровообращения в нервном стволе, часто при коллагенозах, ангиопатиях);
- ✓ отогенные;
- ✓ травматические (переломы пирамиды височной кости, ятрогения);
- ✓ наследственные (преимущественно аутосомно-доминантные).

Патогенетические звенья соответствуют этиологическим факторам (отек, ишемия, компрессия нерва в узком костном канале, черепно-мозговая травма, средний отит + коморбид: артериальная гипертензия, сахарный диабет, беременность; обезболивание в стоматологии).

Клиника. Остро парез/паралич мимической мускулатуры ± легкие/умеренные боли и парестезии в области уха и сосцевидного отростка, ↓ слезоотделения вплоть до сухости глаза (ксерофтальмия), расстройство вкуса, слюноотделения, гиперакузия.

Прогноз. Полное выздоровление → 75% больных. Отогенные и травматические невриты восстановление может вообще не наступить.

Лечение. Противовоспалительные (глюкокортикоиды) + противоотечные (фуросемид, лазикс) + спазмолитики + сосудорасширяющие (препараты РР), анальгетики, витамины группы В. С 5-7 дня заболевания → тепловые процедуры (УВЧ, парафиновые, озокеритовые и грязевые аппликации на здоровую и пораженную стороны лица). В подостром периоде → ЛФК и массаж мимической мускулатуры.

5.6. Варианты плечевых плексопатий.

Плексопатии (плекситы) - поражение нервных сплетений (шейного, плечевого и пояснично-крестцового).

Этиология:

- ✓ травма (роды, вывих плечевого сустава, автомобильная катастрофа, сдавление во ятрогенное, длительное ношение на плече тяжестей → "рюкзачный паралич", ножевое ранение);
- ✓ инфекция (herpes zoster);
- ✓ аутоиммунные нарушения (введение сыворотки);
- ✓ опухоли (карцинома верхушки легкого), радиация (лучевая терапия);
- ✓ синдром верхней апертуры грудной клетки (шейные ребра, костная мозоль ключицы).

Клиника. Виды по уровню поражения:

- (1) C₅- C₆ → синдром Эрба: параличи дельтовидной (невозможность отведения руки), двуглавой плечевой и супинаторной (невозможность сгибания предплечья), над- и подостной мышц (невозможность наружной ротации, выпадение рефлекса с m. biceps, анестезия над наружной верхней частью плеча).
- (2) C₈-Th₁ → синдром Дежерин-Клюмпке: паралич кисти, синдром Горнера (отрыв корешков от СМ).
- (3) Тотальное поражение плечевого сплетения → паралич мышц одноименной половины плечевого пояса и всей руки, утрата чувствительности в этих зонах.
- (4) Невралгическая амиотрофия (аутоиммунный генез): боли в плече → массивный атрофический паралич проксимальных отделов верхней конечности.

5.7.1. Невропатии локтевого, лучевого, срединного нервов

| Название нерва | Этиология невропатии | Клиника |
|----------------|---|---|
| Лучевой нерв | Компрессия во время сна (рука под голову/туловище), ассоциировано с опьянением / большой усталостью («сонный» паралич), сдавление костылем («костыльный» паралич), переломами. Редко ятрогения (неправильно произведенные инъекции), инфекции и интоксикации. | «Свисающая» / «падающая» кисть = паралич иннервируемых мышц: при поднимании руки вперед; I палец приведен ко II; невозможны отведение I пальца, наложение III пальца на соседние + расстройство чувствительности на тыле кисти в области анатомического треугольника (I, II пальцев). |
| Локтевой нерв | Компрессия нерва в области локтевого сустава (работа с опорой локтями о станок, верстак, письменный стол). Переломы внутреннего мыщелка плеча, надмыщелковые переломы. Редко → острые инфекции (сыпной и брюшной тиф). | «Когтистая лапа» ↓силы приводящих и отводящих мышц пальцев, кисти + цианоз, онемение и парестезии в области IV и V пальцев, по локтевому краю кисти до уровня запястья, Гипотрофия мышц 1 тыльного промежутка, межкостных мышц и hypothernar. |
| Срединный нерв | Травмы верхних конечностей, ятрогения (при инъекциях в локтевую вену), резаные раны выше лучезапястного сустава на ладонной поверхности, профессиональные перенапряжения кисти (синдром запястного канала). | «Обезьянья кисть» слабость сгибателей кисти и мышц, противопоставляющих и отводящих большой палец + гипотрофия мышц thenar (→ I палец в одной плоскости со II) + боль, парестезия и гиперестезия каузалгического характера в зоне иннервации (область I, II, III пальцев) + дисгидроз ладони. Синдром запястного канала. |

5.7.2. Невропатии бедренного, большеберцового и малоберцового нервов. Лечение

| Название нерва | Этиология невропатии | Клиника |
|---------------------|--|---|
| Бедренный нерв | Компрессия в области выхода (паховая связка). | Боли в паху, иррадиирующие по передневнутренней поверхности бедра и голени + постепенно чувствительные и двигательные нарушения на иннервируемом участке (онемение, гипотрофия → атрофия четырехглавой мышцы бедра. |
| Большеберцовый нерв | Компрессия на уровне головки малоберцовой кости (при неправильном положении конечности, сидение запрокинув ногу на ногу) + коморбид (сахарный диабет, диспротеинемия, васкулит и др.); + компрессия (большеберцового нерва) в области позади медиальной лодыжки, на стопе в зоне предплюсневой канала и (малоберцового) → около латеральной лодыжки. | «Пяточная стопа» = тыльное сгибание стопы с когтевидным положением пальцев; паралич иннервируемых мышц (нет подъема на носках, опира при ходьбе на пятку) → атрофия мышц.; боль, парестезии, онемение, гипестезия по наружному краю стопы и V пальца. |
| Малоберцовый нерв | | «Свисающая»/ «лошадиная стопа», степпаж. Слабость тыльного сгибателя стопы → шлепающая походка, ослабление пронации стопы; ↓чувствительности наружной поверхности голени и стопы. |

Лечение: Устранение этиологического фактора!

Витамины группы В, антихолинэстеразные, вазоактивные ЛП (трентал, дибазол, РР) + противовоспалительные и диуретически, физиобальнеотерапия, массаж, ЛФК. При отсутствии признаков восстановления в течение 1-2 месяцев → оперативное лечение.

5.8. Компрессионно-ишемические синдромы. Туннельные синдромы.

Туннельные синдромы → поражение периферических нервов в анатомических сужениях (туннелях), где пролегают нервные стволы.

Этиопатогенетически → <компрессионно-ишемические → микротравматизации, врожденная узость канала, травмы, опухоли, язтрогения и т.д.

Характерно: местные боли, симптомы нейропатии по проводниковому типу, ангиоспатические симптомы, симптом Тинеля (резкая болезненность при перкуссии и надавливании в зоне проекции), декомпенсированные пробы. Течение длительное и прогрессирующие.

Диагностика: клинические данные, рентгенография, электромиография.

Запястный синдром

Сдавление срединного нерва в запястном канале поперечной связкой ладони → болезненные парестезии кисти, гипестезия ладонной поверхности пальцев и тыльной поверхности, концевых фаланг и гипотрофия тенора.

Запястный синдром компрессии локтевого нерва

Болью в кисти, гиперестезия, слабость IV и V пальцев, атрофия мелких мышц кисти → деформация кисти по типу «когтистой лапы».

Синдром парестетической мералгии

Болезненность в месте выхода наружного кожного нерва бедра, парестезии, трофические нарушения в тканях по передненаружной поверхности бедра, боль при движении.

Синдром малоберцового нерва (перонеальный)

Боли и гипестезиями наружной поверхности голени и тыла стопы, гипотрофия, слабость разгибателей стопы.

Синдром тарзального канала

Парез сгибателей стопы, боль, парестезии в подошве, пальцах, задних отделах голени, усиление ночью и при ходьбе.

Лечение.

Хирургическое (декомпрессия нерва), фармакотерапия (введение гидрокортизона в туннель, антихолинэстеразные, анальгетики, местные локализаторы, метаболические ЛП и т.д.), физиотерапевтические методы и мануальная терапия.

5.9. Полинейропатии (инфекционные, токсические), современные методы лечения.

Полинейропатия – множественное поражение периферических нервов → периферические вялые параличи + нарушения чувствительности + трофические и вегетососудистые расстройства в дистальных отделах конечностей.

По этиологии: инфекционные (первичные, вторичные), токсические (экзогенные, эндогенные), авитаминозные, лекарственные, наследственные, радиационные полинейропатии.

Патогенез: демиелинизирующие полинейропатии, аксональный полинейропатии.

Патоморфология и топика: дистально-симметричная сегментарная демиелинизация нервных волокон; дегенеративно-дистрофические процессы осевых цилиндров периферических нервов.

Клиника: полиневропатический синдром (периферические дистальные тетрапарезы; нарушения чувствительности в кистях и стопах; боли и вегетативно-трофические нарушения в кистях и стопах), изолированные формы с преимущественным поражением двигательных, чувствительных или вегетативных волокон.

Лечение: обменный плазмаферез, иммуноглобулины, противовирусные, кортикостероиды, антихолинэстеразные, десенсибилизирующие препараты, препараты липоевой кислоты, дезинтоксикационные средства, витамины, физиотерапия.

5.10. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия.

Гипоксически-ишемическая энцефалопатия: различные по этиологии или не уточненные по происхождению поражения головного мозга, возникающие до родов и во время родов.

Этиология: гипоксические, травматические, токсические, метаболические, стрессовые воздействия, радиационные, иммунологические отклонения в системе мать-плацента-плод.

Клиника: Легкая ГИЭ → ↑мышечный тонус, ↑сухожильные рефлексы на 1-2 дня; переходящие поведенческие нарушения (слабое сосание, раздражительность, беспокойство/сонливость). Среднетяжелая ГИЭ → новорожденный в летаргии; рефлексы резко снижены/отсутствуют; периоды кратковременных апноэ, судороги. Тяжелая ГИЭ → ступор/кома; нарушения акта дыхания; диффузная гипотония мышц и ↓↓↓сухожильных рефлексов; глазодвигательные нарушения; ранние и частые судороги.

Лечение: специфического нет; поддержание адекватных вентиляции, перфузии и метаболического статуса; предупреждение гипоксии, гипер-, и гипокпапии; поддержание стабильного газового состава крови, водно-электролитного обмена и кислотно-основного состояния в физиологических границах; поддержание АД.

5.11. Детский церебральный паралич, клинические варианты, лечение.

Этиология: патология внутриутробного развития (патологии беременности, заболевания матери, интоксикации, иммунологическая несовместимость матери и плода) + механические факторы (родовая травма).

Патогенез: гипоксия ГМ плода → наличие в коре эмбриональных клеток, зон размягчения, полостей с глиальными стенками, некроза в подкорковых узлах → аномалии развития мозга.

Клиника: пирамидный (парезы, параличи), экстрапирамидный (различные варианты гиперкинезов), мышечно-дистонический, мозжечковый синдромы, нарушение интеллекта.

Формы: гемиплегическая, тетраплегическая; Литтля; спастическая; мозжечковая; гиперкинетическая.

Лечение: лечебная гимнастика, бальнео- и грязелечение, ноотропы, холинолитики, агонисты и антагонисты дофамина, мышечные релаксанты, судистая терапия.

5.12. Соматоневрологические синдромы при заболеваниях пищеварительного тракта, легких, сердечно-сосудистой системы, крови, эндокринных заболеваниях. Паранеопластический синдром.

Соматоневрологические синдромы:

- Неврастенический: функциональные нервно-психические нарушения ← первый при многих соматических заболеваниях.
- ВСД: вегетативные нарушения перманентные / кризы симпатико-адrenalового, вагоинсулярного или смешанного характера.
- Острой энцефалопатии: острые тяжелые заболевания (ТЭЛА, инфарктная пневмония, панкреатит, печеночно-почечная недостаточность) → выраженные общемозговые симптомы, психомоторное возбуждение → адинамия, заторможенность, нарушения сознания + менингеальные и умеренные очаговые симптомы.
- Хронической энцефалопатии: длительные соматические заболевания → легочно-сердечная, почечная, печеночная недостаточности → стойкие общемозговые и очаговые симптомы.
- Миелопатии: заболевания печени, сердечная недостаточность → быстрая утомляемость, преходящая/стойкая слабость в ногах, болями, парестезии → ↑ / выпадение сухожильных рефлексов, патологические рефлексы, проводниковые/сегментарные нарушения чувствительности, расстройства функций тазовых органов.
- Миелогенной перемежающейся хромоты: миома матки → периодически наступающая слабость в ногах при ходьбе.

- Эпилептический: аутоинтоксикация + гипоксия (печеночная недостаточность, острая пневмония) → разнообразные эпилептиформные припадки или их эквиваленты.
- Радикулярный: почечная патология → боли в области поясницы, которые носят постоянный характер, не стихают в положении лежа, иррадиируют в бедро, паховую складку.
- Полинейропатии: сахарный диабет, экзогенные и эндогенные интоксикации (хронический алкоголизм, печеночная и почечная недостаточность) → см. 5.12 вопрос.
- Пароксизмальных состояний: ахалазия кардии, ЯБ и ЯДПК, после резекции желудка и т. д. → см. 3.15 вопрос.

Паранеопластические неврологические синдромы – группа неврологических нарушений, развивающихся на доклинической и клинической стадиях опухолевого процесса, но не связанных с метастазами, токсическим действием самой опухоли, применением химио- или радиотерапии.

- Антителопозитивные синдромы: миастенический синдром Ламберта — Итона; паранеопластический синдром ригидного человека; паранеопластическая сенсорная невропатия; паранеопластическая энцефаломиелопатия; паранеопластическая мозжечковая дегенерация; паранеопластический синдром зрительных расстройств; паранеопластическая болезнь моторного нейрона; паранеопластический эпилептический опсиклонус-синдром.
- Антителонегативные синдромы: подострая некротическая миелопатия; периферическая невропатия; полидерматомиозит и острый мышечный некроз.

5.13. Прогрессирующие мышечные дистрофии-первичные (миопатии) и вторичные (амиотрофии)

Первичные прогрессирующие мышечные дистрофии – генетически детерминированный мышечный дефект, ← катаболизм белков преобладает над их анаболизмом.

Лечение: аминокислотные комплексы, белковая диета, анаболические стероиды (ретаболил, феноболил), препараты, улучшающие трофику мышц (АТФ, кокарбоксилаза, витамин Е), ЛФК, массаж.

При ювенильной и плечелопаточно-лицевой формах – адреноблокаторы.

Псевдогипертрофическая злокачественная Дюшенна.

Наследование: Х-сцепленное

Клиника: начало с 5 лет, миопатический синдром (утиная походка, выпадение всех рефлексов, гиперлордоз, кифосколиоз), псевдогипертрофии икроножных, дельтовидных мышц, мышц языка, кардиомиопатии,

эндокринные нарушения (гипогенитализм, атрофия яичек, ↓фертильности), расстройства интеллекта, КФК в крови.

Псевдогипертрофическая доброкачественная Беккера.

Наследование: Х-сцепленное.

Клиника: сходна с Дюшена, но начинается с 10-15 лет и нет нарушений интеллекта и эндокринных.

Ювенильная Эрба – Рота.

Наследование: аутосомно-рецессивное

Клиника: слабость и атрофии проксимальных отделов конечностей, "утиная походка", вставание "лесенкой", гиперлордоз, "крыловидные лопатки", ↓сухожильные рефлексы. Кардиомиопатия не развивается. Интеллект не нарушен. Уровень КФК повышен.

Плече-лопаточно-лицевая миодистрофия Ландузи-Дежерина.

Наследование: аутосомно-доминантное.

Клиника: слабость и атрофии мышц лица (лицо "миопата", "полированный лоб", поперечная улыбка, губы тапира, офтальмоплегия) и плечевого пояса (крыловидные лопатки), частая асимметрия поражения, псевдогипертрофии икроножных, дельтовидных мышц, деформации грудной клетки. Интеллект сохранен. Уровень КФК повышен.

Офтальмоплегическая мышечная дистрофия Грефе.

Клиническая: медленно нарастающее поражение наружных мышц глазных яблок, птоз век. Зрачковые рефлексы сохранены. Иногда дисфагия и дисфония, гипомимия. Уровень КФК нормальный.

Прогрессирующие мышечные вторичные дистрофии (амиотрофии)

Лечение: антихолинэстеразные, сосудистые (трентал, В5), липовая кислота, препараты, улучшающие трофику мышц, физиотерапия, ортопедическая обувь, ЛФК.

Острая злокачественная инфантильная спинальная амиотрофия Верднига-Гоффманна.

Ювенильная спинальная амиотрофия Кугельберга-Веландер.

Наследование: аутосомно-рецессивное

Патогенез: нарушение трофики мышц вследствие дегенерации передних рогов спинного мозга

Клиника: Верднига-Гоффма = злокачественное течение, начало с рождения / в раннем детском возрасте, периферический тетрапарез и парез мышц туловища, фасцикулярные подергивания, бульбарный синдром, поза лягушки. Кугельберга-Веландер = медленное течение, начало во взрослом возрасте, слабость мышц туловища и проксимальных отделов

конечностей, фасцикулярные по-дергивания, псевдогипертрофии в икроножных, дельтовидных и ягодичных мышцах.

Неврально амиотрофия Шарко—Мари—Тута.

Наследование: аутосомно-доминантное

Формы:

(1 тип) демиелинизирующий/гипертрофический = утомляемость и спазмы в ногах → петушиная походка → атрофия кисти → икроножные мышцы и проксимальные отделы нижних и верхних конечностей → стопа Фридрейха + ↓ чувствительности (полиневритический тип).

(2 тип) аксональный = 1 тип легче + нормальная ЭНМГ.

(3 тип) Дежерина-Сотта = прогрессирующий дистальный вялый тетрапарез, арефлексия, атрофия конечностей, расстройства чувствительности (полиневритический тип), деформации кистей и стоп, выраженный кифосколиоз ← утолщение нервных стволов.

(4 тип) болезнь Рефсума ↓ альфа-гидроксислазы фитановой кислоты → демиелинизация пигментная дегенерация сетчатки с гемералопей, катаракта, ихтиоз, аносмия, нейросенсорная тугоухость, кардиомиопатия.

5.14. Миотония

Миотонии – класс наследственных заболеваний с замедленным расслаблением мышцы после форсированного сокращения и длительным сокращением мышцы после его механической и электрической стимуляции.

Патогенез: врожденная (Томпсона) и дистрофическая (Куршмана-Штейнберта) → нарушение проницаемости клеточной мембраны, изменение ионного и медиаторного обмена

Клиника: Томпсона: миотоническая контрактура, после сильного сокращения, атлетический тип телосложения, ↑ возбудимость мышц, "мышечный валик" или ямка при ударе молотком. Куршмана-Штейнберта: миотоническая контрактура (шея, лицо, подниматель века → амимия, дизартрия), миопатический синдром (обезьянья кисть, стопа Фридрейха), эндокринные и дистрофические нарушения

Лечение: Томпсона = дифенин, хинин, диакарб; Куршмана-Штейнберта = дифенин, хинин, диакарб, лечении миопатии см. 5.13 вопрос.

5.15. Миастения, миастенические синдромы, пароксизмальная миоплегия.

Миастения – аутоиммунное заболевание → поражение АХ рецепторов → патологическая слабость и утомляемость мышц.

Клиника: первые — глазные симптомы (диплопия, птоз, страбизм, ограничение подвижности глазных яблок) / бульбарные расстройства (дизартрия,

дисфагия, дисфония) / слабость мимических и жевательных мышц / слабость мышц конечностей → нарушение походки и общая слабость → слабость межреберных мышц, диафрагмы, мышц гортани → нарушения дыхания.

Лечение: антихолинэстеразные препараты (прозерин, калимин) + кортикостероиды (преднизолон).

Миастенический синдром Ламберта-Итона – иногда неоплазма → поражение пресинаптических окончаний мотонейронов → перемежающаяся мышечная слабость.

Клиника: слабость и патологическая утомляемость проксимальных мышц (бедро и тазовый пояс), ↓ и выпадение сухожильных рефлексов → боль в мышцах, онемение кистей и стоп, металлический привкус во рту. *Диагноз:* антитела к потенциалзависимым кальциевым каналам.

Лечение: удаление опухоли (если есть), калимин, плазмаферез, п/о кортикостероиды.

Пароксизмальная миоплегия – повторяющиеся приступы резкой слабости до полной обездвиженности скелетных мышц ← потеря способности к возбуждению. По сывороточному калию: гипо-, гипер- и нормокалиемическая миоплегии.

Клиника: обездвиженность верхних и нижних конечностей, туловища, шеи. При затяжных приступах возможна задержка или недержание мочи + вегетативные расстройства (потливость, тошнота, жажда, лабильностью пульса и АД, головная боль) → 6-12 часов – разрешение.

Лечение: гипокалиемическая = ↓калорийность и углеводы + ↓соли + диакارب + спиронлактон; гиперкалиемическая = ↓калий + как в нормокалиемической; нормокалиемическая = ↑соль + глюкоза и инсулин в приступ + сальбутамол.

5.16. Гепатоцеребральная дегенерация (болезнь Вильсона-Коновалова)

Врожденное нарушение метаболизма меди, наследуемое по аутосомно-рецессивному типу, → тяжелые нарушения функции ЦНС и внутренних органов.

Клиника: поражение печени (хронический гепатит/цирроз → гепатомегалия, гемолитическая анемия, тромбоцитопения, лейкопения, кровотечение из вен пищевода); поражения НС (гиперкинезы [позно-кинетическое дрожание рук, ↑↑↑ в положении вытянутых рук], мышечная ригидность и параличи, атетоз, эпилептические приступы, дизартрия, нарушения походки и поведения); психические расстройства (дегенерация, ↓психической деятельности, нарушения внимания, памяти, личностными расстройствами).

Диагностика: осмотр передней камеры глаза (кольца Кайзера-Флейшера на периферии роговицы и радужки), уровень церулоплазмينا (менее 1 мкмоль/л) и меди (ниже 9,4 ммоль/л) в сыворотке крови, содержания меди в суточной моче более 1,6 мкмоль.

Лечение: (1) диета с ограничением меди (2) препараты, выводящие медь (D-пеницилламин / унитиол) (3) витамины группы В (4) блокаторы всасывания меди (препараты цинка).

5.17. Болезнь Гентингтона

Наследственное по аутосомно-доминантному типу (дефект в 4 хромосоме) дегенеративное заболевание ЦНС → прогрессирующая хорея, другие экстрапирамидные расстройства, деменция.

Клиника: хореические гиперкинезы (медленно развиваются непроизвольные гримасы, ↑жестикация, шаткость при ходьбе с дополнительными хореоидными движениями в такт руками и головой → атетоз / дистония → акинезия + ригидность, ↑рефлексов, грубая поструральная нестабильность → падения) → ↑постепенно деменция.

Лечение: нейролептики, блокирующие рецепторы дофамина.

5.18. Современные биологические аспекты болезни Паркинсона и ее лечения.

Основная функция клеток черного вещества – синтез медиатора дофамина → по аксонам транспортируется к терминалям → структуры полосатого тела (хвостатое ядро, скорлупа) = нигростриарный путь. ↓↓ концентрации дофамина в полосатом теле → паркинсонизм (см. 1.15. вопрос).

Лечение:

- (1) Начало терапии: прямые агонисты дофаминовых рецепторов (прамипексол, ропинерол, апоморфина гидрохлорид) → не зависят от метаболизма в клетках черного вещества.
- (2) Первая линия: ↓дефицит дофамина → препараты леводопы через дофа-карбоксилазу → дофамин. Начальная доза 300-600 мг + карбидопа / бензеразид 75 мг (для блокады периферических ферментов),
- (3) Вторая линия: амантадины → ↑высвобождение дофамина из терминалей + блокируют NMDA-рецепторы глутамата в полосатом теле.
- (4) Ингибиторы МАО-Б (селегилин, расаджилин) → ↓распад дофамина вне синапсов.
- (5) Комбинации (леводопа+карбидопа+энтакапон) → ↓время в период выключения между двумя приемами леводопы.
- (6) Хирургическое лечение: стереотаксические операции.

5.19. Мышечные дистонии

Двигательное расстройство, проявляющееся произвольными движениями (вращение, сгибание/разгибание отдельных частей тела) с формированием патологических поз.

Торсионная дистония: (первичная идиопатическая генерализованная) начинается подостро (вовлечением группы мышц нижних, верхних конечностей, шеи или туловища) → нарушения мышечного тонуса, постановки ноги во время ходьбы → вызывает изменение походки (усиливаются при волнении, активных движениях, вертикальном положении тела, но во время и после сна, употребления алкоголя исчезают) → постепенно поза пациента постоянно дистоническая + ↑ поясничный лордоз, сгибание бедер, медленная ротация верхних и нижних конечностей → стойкие контрактуры = деформирующая мышечная дистония.

Локальная дистония: фокальные (блефароспазм, тризм, оромандибулярная дистония, спастическая кривошея, туловищная дистония), сегментарные (поражение двух смежных участков), мультифокальные (поражение двух несмежных участков), гемидистонии.

Ригидная и дистонически-гиперкинетическая формы торсионной дистонии.

Миоклоническая дистония: дистония с миоклоническим гиперкинезом и синдромом Сегави (дистония-паркинсонизм).

Диагностика: клинические данные, КТ, МРТ, в некоторых случаях ДНК-диагностика.

Лечение: ригидные формы допаминозависимой торсионной дистонии → леводопа 50-200мг/сут; гиперкинетические формы → диазепины (клоназепам), фенотиазины (галоперидол), центральные холинолитики (циклодол); пароксизмальная кинезогенная дискинезия → карбамазепин; фокальные формы → внутримышечные инъекции ботулотоксина; резистентность → стереотаксические операции на базальных ганглиях ГМ.

5.20. Спинаocereбелярные атаксии, Болезнь Фридрейха.

Болезнь Фридрейха: аутосомно-рецессивная патология → ↓ задних канатиков СМ, ↓ пирамидных путей и ножек мозжечка → 20 лет дебют + мозжечковая атаксия + расстройства глубокой чувствительности + дистальные парезы + утрата сухожильных рефлексов + мышечные гипотонии + скелетные аномалии (стопа Фридрейха, деформации грудной клетки).

Мозжечковая атаксия Пьера-Мари: аутосомно-доминантная патология → ↓ мозжечка, дегенерация клеток Пуркинье, дегенерация олив, спинномозжечковых путей → начало в 20-30 лет + мозжечково-атактический с-м

+ пирамидная недостаточность + глазодвигательные нарушения + отсутствие скелетных аномалий + нарушение интеллекта.

Лечение общее: симптоматическое + ↑ метаболизм мозга + общеукрепляющие.

5.21. Наследственная спастическая параплегия. Болезнь Штрюмпелля.

Наследственная спастическая параплегия – хроническое прогрессирующее наследственно-дегенеративное заболевание НС с двусторонним поражением пирамидных путей в боковых и передних канатиках СМ → частичная гибель клеток Беца → медленно нарастающий нижний спастический параз. Наследственная спастическая параплегия с аутосомно-доминантным типом наследования = "болезнь Штрюмпелля".

Этиология: наследуется по аутосомно-доминантному, аутосомно-рецессивному (редко), рецессивному Х-сцепленному (очень редко) типом. Патогенез неизветен.

Клиника: прогрессирует постепенно: первые симптомы в 20+ лет → медленно нарастающий нижний спастический параз.

Лечение: симптоматическое.

5.22. Краниовертебральные аномалии

Аномалии краниовертебрального перехода – врожденные/приобретенные аномалии основания черепа/верхнешейного отдела позвоночника → сужение костных пространств, содержащих нижние отделы ствола ГМ и шейный отдел СМ → мозжечковые и спинномозговые расстройства, поражение нижних ЧМН.

Классификация:

- Сращение атланта с черепом → переднезадний диаметр позвоночного канала на уровне зубовидного отростка <19 мм → развитие шейной миелопатии.
- Платибазия → уплощение основания черепа (угол между плоскостью ската и плоскостью передней черепной ямки >135°) → асимптомно.
- Базиллярная импрессия → смещение зубовидного отростка вверх в область большого затылочного отверстия → короткая шея и сочетание симптомов поражения мозжечка, СМ, ствола и нижних ЧМН.
- Аномалия Клиппеля-Фейля → сращение шейных позвонков → деформация шеи и ↓ движений.
- Атлантоаксиальная дислокация → смещение атланта кпереди по отношению к аксису → острая/хроническая компрессия СМ.

Этиология:

(1) Врожденные:(а) Сирингомиелия:(б) аномалия Арнольда-Киари (опущение миндалин мозжечка в шейный позвоночный канал.(в) Синдром Моркио (мукополисахаридоз IV типа) гипоплазия зубовидного отростка → подвывих в атлантоаксиальном сочленении и компрессии спинного мозга.(2) Приобретенные:(а) Атлантоаксиальная дислокация ← травма → острая шейная миелопатия, (2) ревматоидный артрит и метастазы в шейный отдел позвоночника,(б) болезнь Педжета → базилярная импрессия и сдавление спинного мозга,(в) медленно растущие опухоли в области краниовертебрального перехода (менингиома, хордома).*Диагностика:* нейровизуализация, рентген.*Лечение:* репозиция и иммобилизация / хирургическая декомпрессия/фиксация.**5.23. Сирингомиелия (этиопатогенез, клиническая картина, диагностика, лечение).**

Сирингомиелия – тяжелое прогрессирующее заболевание ЦНС с формированием полости внутри СМ ли продолговатого мозга (сирингобульбия).

Этиология: дефект эмбрионального развития → незаращение заднего шва мозговой трубки.*Морфология:* в сером веществе СМ: (1) разрастание глии с образованием полостей = глиоматозная форма; (2) расширение центрального канала спинного мозга = гидромиелитическая форма.*Клиника сирингомиелии:* заднероговой синдром (сегментарно-диссоциированные расстройства болевой и температурной чувствительности), переднероговой синдром (периферические парезы и параличи), синдром поражения бокового рога (вегетативно-трофические нарушения [остеолиз, сустав Шарко]), синдромы поражения проводящих путей боковых и задних столбов СМ (центральные нижние парезы, сфинктерные расстройства, проводниковые нарушения чувствительности), дизрафический статус (аномалии развития, дисплазия костно-суставного аппарата).*Клиника сирингобульбии:* бульбарный синдром (см 2.3 вопрос), скобочные диссоциированные расстройства болевой и температурной чувствительности (поражение спинального ядра V ЧМН).

Лечение: Рентгентерапия, препараты, улучшающие трофические функции, антихолинэстеразные, массаж, ЛФК.

5.24. Группы лекарственных препаратов, которые используются в неврологии.

- (1) Нейропротекторы (антиоксиданты, антиглутаматные, антагонисты кальция, средства, улучшающие метаболизм мозга [ноотропы, ГАМК-содержащие, вещества разных]).
- (2) Средства, улучшающие мозговую гемодинамику (антиагреганты, антикоагулянты, вазоактивные препараты, ангиопротекторы).
- (3) Средства, улучшающие и стабилизирующие ликвороциркуляцию (кортикостероиды, венотоники, салуретики, осмодиуретики).
- (4) Противопаркинсонические (L-DOPA-содержащие, агонисты дофаминовых рецепторов, агонисты MAO-B, освобождающие дофамин из депо, холинолитики, бета-адреноблокаторы).
- (5) Противосудорожные (фенитоины, карбамазепины, вальпроаты, ламотриджин, габапентин, клоназепам)
- (6) Антимигренозные (препараты эрготамина, агонисты серотониновых рецепторов, антиконвульсанты → для купирования приступа; антагонисты серотонина, кальция → профилактики частых приступов)
- (7) Вегетотропные (блокаторы альфа и бета-адренорецепторов, холинолитики, антидепрессанты, седативные, транквилизаторы)
- (8) Средства, применяемые при нервно-мышечных заболеваниях (антихолинэстеразные, способствующие восстановлению миелина [витамины группы В, препараты липоевой кислоты, нейромедиаторные аминокислоты], улучшающие метаболизм мышц, антиглутаматные [болезни мотонейрона])
- (9) Средства, применяемые при аутоиммунных и демиелинизирующих заболеваниях (кортикостероиды, цитостатики, гипосенсибилизирующие, иммуномодуляторы)
- (10) Средства, воздействующие на миофасциальные и невралгические боли (миорелаксанты, НПВС, кофеин-содержащие препараты)
- (11) Средства, применяемые при мышечных дистониях и гиперкинезах (воздействующие на мышечный тонус, бензодиазепины, ГАМК-содержащие, тормозные нейронаминокислоты, нейролептики).

ЧАСТЬ 2 И 3: ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

1. Предмет психиатрии и наркологии.

Психиатрия – медицинская дисциплина, изучающая клинику, диагностику и лечение психических заболеваний, их этиологию, патогенез, распространенность, организацию психиатрической помощи, вопросы реабилитации и профилактики. *Предмет:* психическое здоровье человека, психические болезни, законы их развития, методы диагностики, лечения, ухода за больным и реабилитации в случае душевных расстройств.

Наркология – раздел психиатрии, изучающий причины возникновения, механизмы формирования, клинические проявления зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), токсические эффекты, вызываемые ими, с целью разработки адекватных методов диагностики, лечения и профилактики зависимостей. Данное наиболее распространенное определение включает практически все аспекты проблемы наркологии. *Предмет:* заболевания, причины которых возникли как последствия употребления психоактивных веществ (токсические поражения печени, головного мозга, прочих внутренних органов).

2. Задачи психиатрии и наркологии:

Задачи психиатрии:

- (1) Изучение распространенности, условий возникновения, нозологической структуры и клинических особенностей психических заболеваний.
- (2) Изучение этиологии и патогенеза психических заболеваний.
- (3) Своевременная диагностика психических расстройств.
- (4) Лечение и профилактика психических заболеваний.
- (5) Социально-трудовая реабилитация больных.
- (6) Трудовая, судебная и военно-врачебная экспертиза.
- (7) Проведение санитарно-просветительных и психогигиенических мероприятий в населении.

Задачи наркологии:

- (1) Изучение эпидемиологии (определение границ распространенности проблемы и механизмов и факторов, влияющих на распространенность, сравнительный анализ распространенности наркологических заболеваний).
- (2) Изучение этиологии и патогенеза алкоголизма, наркоманий и токсикоманий
- (3) Диагностика наркологических заболеваний
- (4) Поиск наиболее рациональных приемов и методов лечения

- (5) Построение прогноза при оценке ремиссий и выздоровлений
- (6) Профилактика, предупреждение наркологических заболеваний
- (7) Планирование и организация наркологической помощи населению.

3. Основные этапы развития психиатрии:

Донаучный период (от начала до эллинов) → примитивно-теологическое понимание аномального поведения больных, нет помощи при душевных болезнях, бессистемное накопление разрозненных фактов и наблюдений → образное запечатление в мифологии и народной поэзии.

Эпоха древней греко-римской медицины (VII-VI век до н.э. – падение Римской империи) → попытки оказать помощь душевнобольным (естественное заболевание – естественные меры) → учение Гиппократов о конституции и темпераменте, учение об истерии, взаимовлиянии души и тела в развитии болезней → зачатки организации помощи психически больным.

Средние века (инквизиция) → регрессом до донаучного мировоззрения → начало общественного призрения и уничтожения больных на кострах одновременно.

18-нач. 19 века → становление психиатрии как области медицины → Ф. Пинелли и Дж. Конолли (провозгласивших принципы не стеснения в отношении душевнобольных) → ↑ больниц + проводятся исследовательские работы → становление симптоматологической психиатрии.

Нозологической психиатрии Э. Крепелина → создание нозологической классификации

психических расстройств → психиатрия выходит за пределы специальных больниц и приближается к повседневной жизни → изучение пограничных состояний – «малая психиатрия».

Д) Современный этап → расширение внебольничных форм помощи + изучение социальных, психосоматических аспектов ← основа – учение З. Фрейда о «бессознательном» + «психофармакологическая революция».

4. Достижения отечественных ученых

1834 → Харьковский университет – П.А. Бутковский – учебник «Душевные болезни»: первый учебник, прогрессивные положения о роли ГМ, значении физиологических и соматических расстройств в развитии психозов, предвестники, течение, исходы психических болезней.

1877 → Харьковский университет – первая самостоятельная кафедра психиатрии и неврологии → проф. П.И. Ковалевский (работы по психологии, анатомии, психографии, классификация психических заболеваний, учебник по психиатрии)

1883 → П.И. Ковалевский → первый отечественный журнал “Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии”

1885 → Киевский университет – И.А. Сикорский – кафедра психиатрии

1900 → Одесский медуниверситет – Н.М. Попова – кафедра нервных и душевных болезней

В Харькове работали ученые Т.И. Юдин, А.И. Ющенко, В.А. Гиляровский, Л.Л. Рохлин.

1932 → Харьков – создана Украинская психоневрологическая академия + в Харьковском медицинском институте психоневрологический факультет.

Патофизиологическое направление в психиатрии → В.П.Протопопов (завкафедрой Харьковского медицинского института и Украинского НИИ неврологии и психиатрии, изучал клинику, патофизиологию и биохимические нарушения при шизофрении и маниакально-депрессивном психозе).

А.В. Снежневский – «Мультидисциплинарный подход к изучению шизофрении. Типы течения шизофрении.»

5. Структура психиатрической и наркологической помощи, психиатрической больницы и диспансера

Психиатрическая помощь:

I. Амбулаторная (внебольничная) помощь:

- (1) Психиатрический кабинет детской или общей поликлиники с участковым психиатром, психиатрический кабинет ЦРБ.
- (2) Психоневрологический диспансер или диспансерное отделение при психиатрической больнице (общий → детский, подростковый психиатрический и логопедический кабинеты / детский → участковые детские психиатры и кабинет логопеда).
- (3) Наркологический диспансер.

II. Стационарная психиатрическая помощь:

- (1) Психиатрические больницы в системе органов здравоохранения.
- (2) Специализированные психиатрические больницы в системе МВД (принудительно лечения особо опасных психически больных, совершивших противоправные действия).
- (3) Наркологические больницы
- (4) Психоневрологические отделения при психоневрологических диспансерах, крупных соматических больницах и военных госпиталях (острые кратковременные психозы, неврозы и реактивные состояния, остаточными явлениями органических поражений ГМ).

- (5) Дневные и ночные стационары (при психиатрических больницах / психоневрологических диспансерах) → долечивание выздоравливающих и проведение противорецидивных поддерживающих курсов лечения.
- (6) Психоневрологические санатории (для взрослых и детей).
- (7) Дома для инвалидов – психохроников (для взрослых и детей).

III. Социально-реабилитационные учреждения:

- (1) Лечебно-трудовые мастерские при психиатрических больницах и диспансерах.
- (2) Подсобные хозяйства при психиатрических больницах, реабилитационные центры.
- (3) Санаторные школы (для детей с астеническими состояниями).
- (4) Школы и группы для детей с речевыми и другими нарушениями.
- (5) Интернаты и школы для умственно отсталых детей.

Наркологическая помощь (кабинеты) / структура психоневрологического диспансера:

- (1) Участковых врачей-психиатров.
- (2) Организационно-методический.
- (3) Экспертизы алкогольного опьянения;
- (4) Наркологический.
- (5) Психотерапевтический и физиотерапевтический.
- (6) Детский.
- (7) Подростковый.
- (8) Невропатолога.
- (9) Логопедический кабинет.
- (10) Правовой помощи.
- (11) Сексопатологии.
- (12) Дневной и ночной стационары.
- (13) Лечебно-трудовые мастерские.

Структура психиатрической больницы:

- (1) Профилизация лечебных отделений: мужские и женские, геронтологическое, соматическое, туберкулезное, инфекционное (или изолятор), детское и подростковое, судебно-психиатрическое, отделение невротозов, приемное отделение, отделение для оказания неотложной психиатрической помощи. Иногда – территориальная профилизация основных психиатрических отделений
- (2) Профилизация вспомогательных лечебных служб больницы: лечебно-трудовые мастерские, аптека, лаборатории, рентгеновский

кабинет, стоматологический, хирургический, офтальмологический, ЛОР — кабинет, терапевтический кабинет, физиотерапевтическое отделение, отделение электродинамических исследований.

- (3) Административно-хозяйственный аппарат больницы: главный врач, его заместители, хозяйственная часть, бухгалтерия, медицинская часть, архив, склады (вещевой, продовольственный, для вещей больных и т.д.), пищеблок.

6. Принципы ухода за психически больными

Организационно-правовые (когда лечить без согласия больного или представителей его):

- совершение / проявление реальных намерений совершить действия, опасные для него или окружающих;
- невозможность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности его жизнедеятельности.

Правила работы медицинского персонала с психически больными:

- (1) Чуткое и внимательное отношение к больному, уважение его.
- (2) Не допускать споры и обман больных.
- (3) Бдительность на посту, особенно в отношении к больным с усиленным наблюдением.
- (4) Не допускать проникновения в отделение острых и других опасных вещей, пристально беречь ключи от отделения.
- (5) Обязательный взаимный обмен информацией среди персонала об изменениях состояния больных.
- (6) Не вести разговоров при больном на медицинские темы.
- (7) Не выполнять без разрешения врача просьб больного.
- (8) Не оставлять в отделении и не допускать поступления больных с потенциально опасными предметами.
- (9) Внимательное наблюдение за соблюдением режима питания больными.
- (10) Контролирование выполнения больными санитарно-гигиенических процедур, помощь им в этом.
- (11) Контроль за принятием л\п, строгость назначения и употребления.

7. Основные факторы этиологии психических расстройств

- (1) Эндогенные расстройства – обусловленные генно (шизофрения и МДП).
- (2) Экзогенные расстройства – возникшие под влиянием внешних факторов
 - (а) психогенные – влияние стрессового фактора (неврозы,

реактивные психозы)

(б) органические – ЧМТ, нейроинфекции, интоксикации, сосудистые заболевания.

(3) Эндогенно-экзогенные и экзогенно-эндогенные – при наличии генетической склонности под влиянием провоцирующего фактора (эпилепсия)

(4) Нарушения психического развития – от нарушений внутриутробно или в детстве (психопатии [патологии характера] и умственная отсталость).

8. Основные патогенетические механизмы психических расстройств

Патологический процесс развивается на уровнях:

- (1) психическом (стресс),
- (2) физиологическом (психогении),
- (3) иммунологическом (инфекция, аутоиммунное)
- (4) метаболическом (интоксикация),
- (5) структурном (травма),
- (6) генетическом (предрасположенность).

Заболевание (уникальные закономерности биомеханизмов) → проявление (смена психопатологических особенностей во времени) → стереотип патологических признаков на каждом уровне.

Патогенеза психических расстройств: нарушение взаимоотношения возбуждения и торможения в ЦНС (чаще запредельное торможение) → нарушается фазы клеток ЦНС: уравнительная (одинаковый ответ на разные раздражители → порога возбуждения, астения, эмоциональная неустойчивость), парадоксальная (отвечает на слабый, не отвечает на сильный раздражитель → кататонические расстройства), ультрапарадоксальная (ответ качественно не соответствует раздражителю - бред, галлюцинации) → при органических психических заболеваниях атрофия и деструкция нейронов (б-нь Альцгеймера, б-нь Пика, прогрессивный паралич).

9. Правовые принципы психиатрической помощи. Современная концепция охраны психического здоровья человека.

Нормативно-правовая база психиатрии Украины:

- (1) Конституция Украины (ст. 49);
- (2) Основы законодательства Украины о здравоохранении от 19 ноября 1992 года
- (3) Гражданский кодекс Украины от 16 января 2003 года;
- (4) Закон Украины "О психиатрической помощи" от 22 февраля 2000 р;

(5) Закон Украины "Об информации" от 2 октября 1992 р;

10 принципов ВОЗ:

- (1) Развитие психического здоровья и профилактика психических расстройств (каждый заботиться о своем психическом благополучии и устраняет причины).
- (2) Доступность базовой психиатрической помощи (материально и территориально доступная, справедливая, добровольная)
- (3) Оценка психического здоровья в соответствии с общепринятыми международными принципами. *Компоненты:* (а) оценка психического здоровья проводится в целях, связанных с психическим заболеванием или его последствиями; (б) в оценку психического здоровья входят: диагноз, выбор лечения, определение компетентности, определение возможности нанесения ущерба себе / другим лицам. *При реализации:* (а) соблюдать общепринятые международные принципы (б) при оценке вероятности нанесения ущерба не ссылаться на неклинические критерии; (в) каждый раз → полная переоценка, не использовать анамнез как единственный источник.
- (4) Обеспечение психиатрической помощи в наименее ограничительной форме. Пересматривать физическое стеснение (каждые 30 минут при физическом ограничении и не более 4 часов).
- (5) Самоопределение, т.е. получение согласия лица до начала применения любого типа вмешательства.
- (6) Право на получение помощи в самоопределении (трудности, обусловленные общим уровнем знания, языковыми возможностями, заболеванием → предоставить потенциальных помощников [юриста, социального работника]).
- (7) Доступность процедуры пересмотра. Процедура должна быть своевременной (в течение 3 дней после принятия решения) с личным присутствием пациента.
- (8) Механизм автоматического периодического пересмотра (например, через 6 месяцев), проводиться квалифицированным лицом.
- (9) Квалификация лиц, принимающих решение: компетентность, осведомленность независимость, беспристрастность.
- (10) Уважение закона.

Концепция охраны психического здоровья:

- (1) способствовать осознанию важного значения психического благополучия;
- (2) бороться со стигматизацией, дискриминацией и неравенством, расширять права и возможности лиц с проблемами психического здоровья и членов их семей, оказывать поддержку;

- (3) разрабатывать и внедрять комплексные, интегрированные и эффективные системы охраны психического здоровья;
- (4) обеспечить удовлетворение потребностей в квалифицированном персонале;
- (5) признавать важное значение знаний и опыта пользователей служб охраны психического здоровья и лиц, осуществляющих за ними уход, в качестве основы для планирования и развития таких служб

10. Роль врача соматического профиля в оказании медицинской помощи больным с симптоматическими психическими нарушениями.

- (1) Изучить распространенность, структуру психических расстройств, коморбидных с соматической патологией, у пациентов общесоматической поликлиники
- (2) Определить роль различных патогенетических (психогенных, возрастных, преморбидно-личностных, соматических) факторов в развитии психических расстройств, коморбидных с соматической патологией
- (3) Изучить клиническую динамику психических расстройств в зависимости от длительности и тяжести соматической коморбидной патологии
- (4) Выделить клинико-диагностические критерии течения и исхода психических расстройств, коморбидных с соматической патологией
- (5) Апробировать лечебно-реабилитационные программы для пациентов с сочетанной психической и соматической патологией и исследовать их эффективность
- (6) Представить организационную структуру интегративной помощи пациентам общесоматического профиля.

11. Первая и неотложная помощь. Показания к госпитализации

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

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

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

Эпилептический статус → см. 135 вопрос.

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

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

Тяжелые алкогольные абстиненции → см. 80 вопрос.

Тяжелые психотические депрессивные состояния → диазепам, карбамазепин, сон (золотакс), ↓заторможенности (мелипрамин), амитриптилин.

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

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

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

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

12. Амбулаторное лечение больных с разными заболеваниями, поддерживающая терапия, особенности ее организации, ее значение для охраны здоровья

Задачи амбулаторных психиатрических учреждений (кабинетов, диспансеров):

- (1) раннее выявление и учет больных психиатрического профиля;
- (2) обеспечение динамического диспансерного наблюдения за больными;
- (3) оказание амбулаторной лечебной помощи и направление на стационарное лечение;
- (4) оказание социально-реабилитационной, медико-педагогической и правовой помощи больным;
- (5) проведение профилактических осмотров в населении, в школьных, производственных и других коллективах;
- (6) проведение экспертной работы (судебно-психиатрической, военно-врачебной и трудовой экспертизы), участие в работе комиссии по отбору детей во вспомогательные школы;
- (7) оказание консультативной помощи в учреждениях общесоматической сети;

(8) проведение санитарно-просветительной работы в населении

Поддерживающая терапия → те же препараты, что и до ремиссии: нейролептики пролонгированного действия, атипичные антипсихотические средства со ↓ дозы во времени. При шизофрении → индивидуальная психотерапия. Психотерапевтические беседы успокоение больных, ↓ опасных действий, комплаенс, формирование критики. Поведенческая терапия → отработки возврата профессиональных навыков. Групповая психотерапия → ↓ социальной изоляции, чувство реальности. Семейная психотерапия → гармонизации отношений в семье, комплаенс и психообразование родственников.

13. Проблемы реадaptации и реабилитации психически больных

Принцип 1 (партнерства): реабилитационные мероприятия нацелены на вовлечение больного в лечебно-восстановительный процесс → пациент + врач + медперсонал + родственники.

Принцип 2 (разноплановость): Реабилитационные воздействия должны быть разноплановыми → психологическая, профессиональная, семейно-бытовая, культурно-просветительная и другие сферы реабилитации.

Принцип 3 (единство): социально-психологических и биологических методов → биологические методы лечения, социо- и психотерапия, реабилитация должны проводиться в комплексе.

Принцип 4 (ступенчатость): все реабилитационные воздействия должны постепенно нарастать и нередко переключаться с одного на другое.

Лечебно-активирующие режимы: предупреждение развития госпитализма и создание возможностей для успешной реадaptации больных в амбулаторных условиях → *охранительный* (постоянное пребывание больного в постели с постоянного наблюдения за ним), *щадающий* (полная свобода в отделении, но запрет на выход без сопровождения), *активирующий* (максимальное нестеснение в отделении, полная занятость, самостоятельный выход из отделения), *частичной госпитализации* (в условиях дневного стационара / ночного профилактория).

14. Методика клинко-психопатологического исследования

Клинко-психопатологический метод – основной в клинической психиатрии метод изучения расстройств психической деятельности. Составляющие (связаны неразрывно):

(а) расспрос – целенаправленная беседа с пациентом → выявление сути психического неблагополучия. План: знакомство + доверительный

контакт → вопросы о самочувствии → рассказ пациента в свободной форме → последовательная оценка психических функций (жалоба → уточнение открытыми вопросами [детали, условия проявления, частота и интенсивность]).

(б) наблюдение – за особенностями поведения пациента во время беседы, его позой, особенностями моторики, мимики, взглядом, а также интонациями, с которой он говорит, эмоциональными реакциями, сопровождающими беседу. Оценить: внимание, контактность, одежду, причёску, дневники персонала.

Психический статус – описание текущего психического состояния пациента описательно, без терминологии → «первичный документ», подтверждающим состояние пациента. Описывать последовательно, начинать с данных наблюдения, заканчивать данными опроса.

Анамнез жизни и анамнез болезни переплетаются друг с другом → описывают вместе. Анамнез жизни: сведения о родительской семье и наследственности, родах, раннем психомоторном развитии, учебе, службе в армии, местах работе, семейном положении, судимостях, соматических заболеваниях.

15. Метод психоанализа и психодинамического наблюдения.

Топографическая модель психического аппарата: Сознание — часть психики, осознаваемая индивидом → выбор поведения в общественной среде → нарушении баланса возможностей и желаний → проскальзывание информации в сознание (сны, оговорки). Бессознательное — часть психики, процессы неосознанны → конфликт с сознательными представлениями человека. Особенности: отсутствие времени, неразличение фантазии и реальности, отсутствие принципа противоречия. Предсознательное — невозможно описать, но потенциально осознаваема при внимании → мишень психоанализа.

Психоанализ – направлении психологии → 4-5 сеансов, лежащий пациент не видит психоаналитика → разделение психики на сознательное и бессознательное (травмирующие переживания детства / столкновение с общественными нравственными нормами → бессознательные влечения → поведение и мышление человека). Методы: (1) свободных ассоциаций → использование феномена ассоциативности мышления для познания бессознательных психических процессов и явлений → применение для коррекции функциональных расстройств психики через осознания пациентами причин, источников и характера их проблем; (2) толковая сновидений (Фрейд) → сон = скрытое деформированная бессознательную истина → ↑запутанность = ↑важность → сопротивления (отказ от толкования); (3)

интерпретации → обработка результатов предыдущих 2 → перевод из бессознательного в сознательное.

Психодинамический подход - видимые человеку процессы в психике определяются самостоятельно при борьбе внутри себя.

16. Особенности психиатрической документации

Документация стационара

- 1) Истории болезней.
- 2) Журнал движения больных.
- 3) Процедурный журнал.
- 4) Журнал учета распределения лекарств.
- 5) Журнал наблюдения за больными.

Особенности истории болезни:

Жалобы: при наличии на курации записать, если нет, внести в анамнез жалобы при госпитализации.

Объективный анамнез: из чьих слов и по каким документам

Анамнез болезни: время, обстоятельства, как начались отклонения в переживаниях и поведении больного, если ранее лечился → в хронологической последовательности, течение, препараты, последствия (отношения больного к семье, работоспособность), *важно*: непосредственная причина обращения, чья инициатива.

Субъективный анамнез: опрос больного о жизни, болезни, переживаниях. Записывать дополнения или отрицания объективного анамнеза.

Соматическое состояние: внимание неврологическому исследованию.

Параклинические исследования: экспериментально-психологические, нейрофизиологические, электрофизиологические.

Психическое состояние: (а) внешний вид; (б) особенности контакта (в) состояние сознания - ориентация относительно места, времени, в среде, окружающей и собственной личности; (г) расстройства внимания, памяти, восприятия, мышления и интеллекта, эмоциональной и эффекторно-волевой сфер.

Дневники: высказывания больного, выводы после наблюдения за его поведением.

Лечение: приводят рецепты психотропных препаратов.

Медико-социальная, военная, судебно-психиатрическая экспертизы.

После каждой записи подпись куратора, консультанта, членов ВКК

17. Значение параклинических методов в психиатрической диагностике. Инструментальная и лабораторная диагностика. Экспериментально-психологические методы диагностики. Компьютерная психодиагностика.

Лабораторные анализы крови, мочи, спинномозговой жидкости, ревмопробы (сиаловая, С-реактивный белок), исследование белковых фракций плазмы.

Ликвородиагностика → травматические, инфекционные, сосудистые, ↑проницаемости гематоэнцефалического барьера (интоксикационные психозы, инфекционно-токсические состояния с нарушениями психики, острые стадии эндогенных психозов, фебрильная шизофрения).

Электроэнцефалография → эпилепсия, опухолей, сосудистые и травматические поражения мозга

Компьютерная томография → опухоли, прогрессирующие дегенеративные и атрофические заболевания ЦНС (болезнь Альцгеймера, шизофрения, злоупотребление алкоголя).

Ядерно-магнитный резонанс → демиелинизирующие заболевания, б-ни Альцгеймера, мультиинфарктной деменции.

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) → изменения после психотропных средств (↓активности лобных долей при шизофрении; локализация дофаминовых рецепторов и т. д.)

18. Понятие психопатологического синдрома, симптома и заболевания

Психопатологические симптомы — строго фиксированное по форме описание патологического признака, соотнесенного с определенной патологией. Специфическими являются: продуктивные (позитивные) симптомы → привнесение чего-то нового в психику от болезненного процесса (сенестопатии, галлюцинации, бред, тоска, страх, тревога, эйфория, психомоторное возбуждение); негативные → признаки обратимого или стойкого ущерба, изъяна, дефекта от болезненного процесса (гипомнезия, амнезия, гипобулия, абулия, апатия).

Психопатологический синдром — закономерное сочетание симптомов, связанных между собой единым патогенезом и соотносящихся к определенным нозологическим формам. Синдромы и их смена, преобладание одних над другими → клиническая картина болезни.

Позитивные = качественно новые, симптомокомплекс → прогрессирование психического заболевания (астенический, аффективных расстройств, Кандинского-Клерамбо). Негативные (дефицитарные) = выпадение из созревшей психической деятельности присущей ей качеств и

свойств, минус-симптомы (истощаемость психики, осознаваемые изменения Я, дисгармония)

Психическое заболевание – нарушение психических функций, которое приводит к дезадаптации человека. Четкий термин отсутствует. Влечёт изменения и нарушения в сфере чувств, мышления, поведения, почти всегда происходят изменения соматических функций организма.

19. Синдромологическая и нозологическая классификация психических патологий

Синдромологический принцип ("единый психоз") — единая природа различных психических расстройств, различие в клинической картине = наблюдение на различных этапах болезни. Против — разные этиологические факторы, За — психофармакология. При назначении лекарственной терапии, ориентируются не на причину, а на выявляемые психопатологические симптомы и синдромы.

Нозологический принцип — связь между причиной, клиническими проявлениями, течением и исходом болезни → разделение болезней на основании общности этиологии, патогенеза и единообразии клинической картины.

Традиционно разделение психических расстройств на органические и функциональные. Отчетливые морфоструктурные изменения ГМ → стойкая негативная симптоматика (нарушение памяти, интеллекта).

20. Характеристика регистров псих расстройств

Психотические расстройства (психозы):

(1) грубая дезинтеграция психики – неадекватностью психических реакций и отражательной деятельности (формальные признаки психоза: галлюцинации, бред, однако синдромально ориентировано [параноидный, онейроидный и т.д.]);

(2) исчезновение критики – невозможностью осмысления происходящего, реальной ситуации и своего места в ней, прогнозирования, своих ошибок, наклонностей;

(3) исчезновение способности произвольно руководить собой, своим действиями, памятью, вниманием, мышлением, поведением → неадекватная реакция на события, факты, ситуации, предметы, людей, а также на самого себя.

Позитивные синдромы: психотические варианты маниакальных и депрессивных синдромов, паранойяльные и вербальные галлюцинации, кататонические, парафренные (онейроидные), галлюцинаторно-параноидные, помрачения сознания, парамнезии, судорожные и

психоорганические. Негативные синдромы: имбецильность и идиотия, психического дефекта регрессе личности, психический маразм.

Непсихотические расстройства:

(1) адекватность психических реакций реальности по содержанию, неадекватность по силе и частоте.

(2) сохранение критичности часто утрированной, сенситивно острожно;

(3) ограничение способности регулировать свое поведение по законам психологии, общества и природы, ситуационной зависимостью психопатологических проявлений.

Позитивные синдромы: эмоционально-гиперестетические, аффективные, невротические (навязчивые, истерические, деперсонализационные, сенестопатические, ипохондрические). Негативные синдромы: дебильность, синдромы приобретенного психического дефекта.

21. Принципы и методы лечения психических расстройств и заболеваний

Обоснованность терапевтической тактики — правильно поставлен диагноз, определена психопатологическая симптоматика, острота состояния, индивидуальные особенности личности больного и его физического состояния.

Динамичность терапии — изменение состояния больного, его острота и тяжесть, стадия развития болезни. Медикаментозное лечение → психотерапия → социальная реадaptация. Способ введения лекарств также определяется состоянием больного.

Безопасность — учет побочных явлений и осложнений → анализ показаний и противопоказаний.

Минимальная госпитализация — амбулаторное и стационарное лечение в зависимости от состояния больного, возможных последствий заболевания для самого больного и для окружающих, а в ряде случаев - желанием пациента.

Биологическая терапия: методы воздействия на биологические процессы, лежащие в основе психических нарушений → применение психотропных средств (психофармакотерапия), шоковых методов лечения (инсулинокоматозная и электросудорожная терапия), других средств (гормоны, витамины, диета).

Психотерапия: комплексное психологическое воздействие врача на психику больного → устранение болезненных симптомов, изменение отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде → внушение и

разъяснение (рациональная психотерапия, суггестивная психотерапия, внушение, самовнушение, гипноз).

Физиотерапия: электросон, иглорефлексотерапия, санаторно-курортное лечение, трудотерапия.

22. Принципы и методы социально-трудовой реабилитации психически больных и профилактики психических заболеваний.

Социально-трудовая реабилитация – комплекс медицинских, социальных, образовательных и трудовых мероприятий, направленных на максимальное приспособление больного к профессиональной деятельности.

Условия: длительная медикаментозная + психотерапевтическая + трудовая терапия. Зависит от: прогрессивности заболевания, глубины негативных симптомов, начального профессионального уровня. Места: общее производство, дневные и ночные стационары, воскресный стационар, стационары на дому, общежития для пациентов, лечебно-трудовые мастерские при диспансерах, специальные цехи на общих предприятиях.

Первичная профилактика → стоп развитию психически → (1) здоровый сон, (2) умеренные физические нагрузки, (3) наличие хобби, (4) хорошие отношения в семье, (5) нормальная половая жизнь.

Вторичная профилактика → стоп рецидива уже существующих заболеваний → назначает специалист индивидуально, после пройденного лечения.

23. Принципы и методы судебно-психиатрической, военной, трудовой экспертизы.

Трудовая экспертиза: временная утрата трудоспособности → больничный лист (до 10 месяцев); стойкая утрата → определяется группа инвалидности МСЭК → критерии:

I группа: не может работать по специальности → должен перейти на нижеоплачиваемую работу. Возможно снятие группы.

II группа: стойко выраженное расстройство функции организма, → работа в лечебно-производственных мастерских.

III группа: социальная недостаточность, требующая защиты и помощи → не могут работать, нуждаются в уходе/надзоре [глубокие слабоумием, конечные состояниях шизофрении].

Военная экспертиза: проводится в отношении призывников военно-врачебной комиссией (ВВК) → основные критерии: (1) наличие нарушений в функциях отдельных органов и систем организма, (2) степень имеющихся патологических изменений, (3) частота обострений.

Судебно-психиатрическая экспертиза: вопросы вменяемости, дееспособности, возможности отбывания наказания, способности свидетеля/потерпевшего правильно воспринимать обстоятельства и давать о них правильные показания → применение мер медицинского характера в отношении невменяемых.

24. Психофизиологические и нейропсихологические основы расстройств ощущения, восприятия и представлений.

Ощущение – первичный психический акт, психический процесс отражения в сознании человека отдельных свойств, качеств предметов или явлений при непосредственном их воздействии на органы чувств. Основа нарушений → (1) *изменение порога чувствительности* (↓ или ↑ уровня ощущений относительно нормы) [гиперестезия, гипестезия, анестезия] / (2) *изменение внутреннего восприятия* [сенестопатии].

Восприятие – психический процесс отражения в сознании человека предметов или явлений в совокупности их свойств при непосредственном воздействии их на органы чувств. Основа нарушений → (1) *искажение процесса восприятия* объекта/его признаков [психосенсорные расстройства] / (2) *↓ процесса узнавания* воспринимаемых объектов [агнозии] / (3) *несоответствие субъективного образа объективному* [иллюзии] / (4) *замена объективного образа субъективным или добавление субъективного образа в реальность* [галлюцинации].

Представление – след бывшего ощущения или бывшего восприятия. Это образные воспоминания, мыслительный, субъективный образ действительности, возникающий в сознании человека в отсутствие соответствующего предмета или явления, который действовал на органы чувств ранее. Основа нарушений → *органические/медиаторные поражения коры ГМ* [деперсонализация, дереализация].

25. Классификация и определение нарушений ощущения: гиперестезии, гипестезии, анестезии, сенестопатии.

I. Гипестезии и анестезии → ослабление

II. Гиперестезии → усиление

III. Парестезии, синестезии, сенестопатии → искажение.

Гипестезия – ↓ субъективной яркости и интенсивности ощущений и восприятий, конкретности, → возникновение чувства чуждости.

Анестезия – выключение ощущений и восприятий ← нарушения проекционной системы / поражения коркового ядра / истерия.

Гиперестезия – ↑ ощущений ранее нейтральных раздражителей, гиперпатической окраска.

Синестезия – восприятие, при котором раздражение одного органа чувств → специфические ощущения + ощущения, соответствующие другому органу чувств (иррадиации возбуждения с одной сенсорной системы на другую).

Парестезии – нарушение чувствительности кожи → ощущения онемения и покалывания в пораженной зоне.

Сенестопатии – разнообразные, неприятные, необычные, беспричинные ощущения внутренних органов и различных областей тела.

26. Классификация и определение нарушений восприятия: иллюзии, психосенсорные расстройства, галлюцинации.

Иллюзии: (1) по анализаторам: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные, общего чувства [висцеральные и проприоцептивные]; (2) по механизму возникновения: физические [свойства объектов], физиологические [особенности анализатора], психические [изменение психической деятельности]. Аффективные (эмоциональные) ← выраженные колебания настроения / остроформирующиеся аффекты страха, тревоги. Слуховые вербальные ← бред отношения. Парейдолические ← нарушения сознания.

Психосенсорные расстройства: (1) метаморфозии: микропсии [↓размеров], макропсии [↑размеров], дисморфозии [нарушение проворций]; (2) интеро- и проприоцептивные: нарушение схемы тела.

Галлюцинации (мнимое восприятие без реального раздражителя в данное время): (1) анализаторам: зрительные, слуховые обонятельные, вкусовые, тактильные, общего чувства [висцеральные и проприоцептивные]; (2) по сложности: простые [фотопсии, акоазмы], сложные [имеющие содержание]; (3) по полноте развития: полные [истинные] и неполные [ложные, псевдогаллюцинации, галлюциноиды]; (4) по отношению к личности больного: нейтральные, комментирующие, императивные; (5) особые: гипнагогические [при засыпании], гипнапомпические, [при пробуждении] экстракампинные [вне поля восприятия], рефлекторные [перенос реально предмета], функциональные [реальный и галлюцинаторные предметы одновременно], отрицательные [удаление реального предмета], эпизодические [экстаз], типа Шарля Боне [критичные восприятия от утраченных ранее анализаторов].

27. Возрастные особенности расстройств ощущений, восприятия, представлений.

Сенестопатии: с 5-7-летнего возраста, чаще в области органов брюшной полости кратковременными эпизодами (иногда признак

эпилепсии) → оформленность в подростковом возрасте, сходны со взрослыми → 60+ как часть инволюционных сенестоипохондрических психозов.

Иллюзии: у детей иллюзии как вариант нормы [склонность к фантазированию → иногда отрыв от реальности]; как патология [при тяжелых соматических заболеваниях, аффектогенные фобические] → 60+ = дефицитарные иллюзии [от поражения анализаторов].

Галлюцинации: детский возраст = зрительные галлюцинации-иллюзии [нет четкой границы] пугающе-фантастического характера + гипнагогические псевдогаллюцинации [при эмоциональной лабильности] → гипнагогический галлюцинации при помрачении сознания у подростков → 60+ при деменции.

Психосенсорные нарушения: 6+ лет при поражениях ГМ в виде метаморфопсий и аутоагнозий.

28. Способы выявления расстройств ощущения, восприятия и представлений.

Исследование ощущений и восприятия проводится клиническими методами [(1) тактильной и болевой чувствительности; (2) температурной чувствительности; (3) расстройств органов слуха и зрения; (4) восприятия речи]; экспериментально-психологическими методами [«классификация предметов», таблицы Поппельрейтера, таблицы Равена = зрительная агнозия; таблицы Лукьяновой = зрительная возбудимость, тахистоскопический метод = слуховая агнозия].

Методы исследования представлений: субъективные [оценка яркости и четкости представлений опросником Д.Маркса]; объективные ["метод квадрата букв", методика Шепарда].

29. Классификация и определение нарушений памяти.

Память – психический процесс запечатления, сохранения и воспроизведения прошлого опыта. Расстройства памяти → нарушение способности запоминать, удерживать и воспроизводить.

Классификация:

Усиление памяти – гипермнезия (фиксационная, репродукционная).

Ослабление памяти – гипомнезия

Отсутствие памяти – амнезия (фиксационная [отсутствие памяти на текущие события]; репродукционная [невозможность воспроизведения по запросу]; ретроградная [забывание всего до причины амнезии]; антероградная – [забывание событий после начала заболевания]; антероретроградная; конградная [в помраченном сознании]; ретардированная

[постепенное забывание после помрачения сознания]; прогрессирующая [↑оскудение запасов памяти]; аффектогенная [исчезновение из памяти определенных, неприятных переживаний]; палимпсест)

Парамнезии – изменение содержания воспоминаний (псевдореминисценции [ложные воспоминания по времени]; конфабуляции [ложные воспоминания по содержанию]; криптомнезии [нет грани между реальными своими и чужими воспоминаниями]).

Нарушение чувства знакомости (deja vu [будто уже виденное]; jamais vu [будто никогда невиданное]; с-м Капгра [положительного и отрицательного двойника]).

30. Психофизиологические и нейропсихологические основы нарушений памяти.

Частая причина → астенический синдром ← ↑психоэмоциональная нагрузка (переутомление, нарушения сна), ↑тревожность, соматические заболевания. Патологическая основа → органические заболевания ЦНС (нарушения мозгового кровообращения [инсульт, атеросклероз], эпилепсия, ЧМТ, нейродегенерация [Альцгеймер, Паркинсон, РС]) + психические патологии (шизофрения, умственная отсталость, алкоголизм и наркомания).

31. Способы обнаружения нарушений памяти.

В процессе беседы → проверить сохранность памяти на недавние и более отдаленные события личной и общественной жизни, общий запас знаний, воспроизведение дат, имен окружающих лиц → сохранность кратко + долговременной памяти. Сравнение информации с другими источниками → выявление качественных нарушений памяти.

Вербальные методы → повторение наборов слогов, слов, цифр, короткие рассказы. Предъявлять последовательно, с отвлечением/без отвлечения, воспроизводит пациент сразу и отставлено, в прямом и обратном порядке.

Зрительные → тест непрерывного опознавая, тест Бентона (карточки с фигурами → нарисовать по памяти), тест запоминания пар карт.

32. Классификация и определение нарушений мышления и интеллекта.

Мышление — высшая форма отражения объективной реальности, процесс обобщенного и опосредованного отражения предметов и явлений материального мира в их закономерных связях и отношениях.

Классификация нарушений мышления и интеллекта:

- (1) По темпу
 - (а) Ускорение (увеличение числа ассоциаций в единицу времени → мания).
 - (б) Замедление (уменьшение числа ассоциаций в единицу времени → депрессия).
- (2) По стройности
 - (а) Разорванность (нет связи между мыслями и предложениями).
 - (б) Бессвязность (нет связи между словами).
 - (в) Инкогеренция (нет связи между слогами).
 - (г) Вербигерация (стереотипное повторение одних и тех же слов или словосочетаний).
 - (д) Паралогичное мышление (умозаключения строятся вразрез с логикой).
 - (е) Амбитендентность мышления (одновременное возникновение взаимоисключающих идей).
 - (ж) Обрыв мышления (шперрунг).
- (3) По целенаправленности
 - (а) Резонерство (бесплодное мудрствование).
 - (б) Обстоятельность («топтанье» вокруг несущественных обстоятельств).
 - (в) Персеверация (застывание на одной ассоциации).
 - (г) Аутистическое мышление (одностороннее, захватывающее лишь внутренний мир больного).
 - (д) Символизм (выводы строятся на основании случайных ассоциаций).
- (4) По продуктивности
 - (а) Навязчивые идеи (мысли помимо воли больного и воспринимаемые им как болезненные).
 - (б) Сверхценные идеи (переоценка реальных фактов).
 - (в) Бред (болезненно обусловленное ложное суждение, не поддающееся коррекции).
 - (г) Неологизмы (возникновение необычных, непонятных слов).

Интеллект – глобальная способность разумно действовать, рационально мыслить и хорошо справляться с жизненными обстоятельствами.

Классификация умственной отсталости:

- (1) Дебильность (ограничена способность к абстрактному мышлению, иногда эмоциональная и социальная незрелость).
- (2) Имбецильность (умеренная → медленно развивается понимание и использование речи, иногда читают, легкое нарушение самообслуживания).

- (3) Имбецильность (тяжёлая → нет школьных навыков, тяжёлые нарушения самообслуживания, моторные нарушения, ↓развитие речи).
- (4) Идиотия (нет речи, 2-3 эмоции, ограничены в подвижности, нарушения опавления, иногда могут выполнять команды).

33. Психофизиологические и нейропсихологические основы расстройств мышления и интеллекта.

Неврологические причины: нарушение метаболизма ГМ (патологии кровообращения, проведения, интоксикации, заболевания ЦНС, медиаторные нарушения, авитаминозы (В1, В2, В5, В12), ЧМТ, нейродегенерация (деменции, атрофия, старческое слабоумие, б-нь Альцгеймера, б-нь Пика, хоре Хаттингтона, энцефалиты), хроническая гидроцефалия, опухоли мозга, эпилепсия).

Психические причины: психозы (бред, бессвязность, паралогии, тахи/брадифрения), шизофрения (резонерство, разноплановость, шпелунг), неврозы и перенапряжения (тахи/брадифрения, аффективная узость).

34. Способы выявления расстройств мышления и интеллекта.

Мышление: тесты на классификацию, исключения, силлогизмы, аналогии, обобщение, выделение существенных признаков, ассоциативный эксперимент, проблема Эверье, пиктограммы (запоминание слов через рисование пиктограмм), тест дискриминации свойств понятий, прогрессивные матрицы Равена, счет по Крепелину (вычитание из 100 или 200 одного и того же числа (7 или 17)).

Интеллект: тест Равена, тест Векслера, вербальный тест Айзенка, коэффициент IQ (интеллектуальный индекс).

35. Классификация и определения нарушений эмоций.

Эмоции – это процессы и состояния в форме непосредственного переживания действующих на индивида явлений и событий.

Расстройства эмоциональных состояний и свойств.

(1) По силе

- (а) Сензитивность (эмоциональная гиперестезия → ↑эмоциональная чувствительность, ранимость).
- (б) Эмоциональная холодность (нивелировка выраженности эмоций в виде ровного, холодного отношения)
- (в) Эмоциональная тупость (слабость, обеднение эмоциональных проявлений → безучастность).
- (г) Апатия (безразличие, полное отсутствие чувств).

(2) По адекватности

- (а) Эмоциональная амбивалентность (одновременные антогонистические эмоций)
- (б) Эмоциональная неадекватность (эмоции, не соответствующей качественно раздражителю)

(3) По устойчивости

- (а) Эмоциональная лабильность (патологически неустойчивое настроение)
- (б) Эксплозивность (↑эмоциональная возбудимость → агрессия)
- (в) Слабодушие (легко колеблющегося настроения + слезливость, сентиментальность)

Расстройства настроения.

(1) Патологически ↑настроение.

- (а) Гипертимия (маниакально ↑настроение с двигательным беспокойством).
- (б) Эйфория (болезненно ↑настроение с чувством удовольствия, комфорта, благополучия)
- (в) Мория (веселое возбуждение с дурашливостью, детскостью, паясничанием, плоскими и грубыми шутками + деменция)
- (г) Экстаз (гипертимия с восторгом, исступлением, чувством прозревания + кататония/онейроид)

(2) Патологически ↓настроение

- (а) Гипотимия (болезненно ↓настроение, грусть, печаль, уныние, безысходность, суицидальные наклонности)
- (б) Дисфория (болезненно ↓настроение + раздражительно-тоскливо-злобный аффект → агрессия)
- (в) Тревога (гипотимия + ожиданием несчастья, чувством внутреннего напряжения, отчаяние → иногда психомоторное возбуждение)
- (г) Страх (переживание сиюминутной опасности + непосредственная угроза жизни)

Синдромы, связанные с расстройством эмоций.

- (1) Депрессивный синдром – см 46 вопрос. Уточнения: Звенья: эмоциональное → тоска, тревога и апатия; идеаторное → фиксированность, брадифрения, псевдодеменция; вегетативное → (триада Протопопова) тахикардия, мидриаз, запоры, витальных эмоций → обезличенность», «чувство отсутствия мыслей», «отрешенность». Варианты: *меланхолическая* (тоскливая, «классическая», эндогенная), *тревожная* (депрессивная триада, + ↑тревоги и двигательное беспокойство → ажитированная депрессия), *апатическая* (↓побуждений, сонливость,

ступоры), *астено-депрессивный с-м* (↑истоощаемость), *депрессивно-ипохондрический с-м* (поиск болезней + ↑соматизации), *депрессивно-параноидный с-м* (заторможенность, систематизированный бред преследования), *с-м Котара* (парафрения → «все внутри сгнило»), *депрессивно-деперсонализационный с-м* («скорбное бесчувствие»), *маски депрессии* (соматизированные варианты).

(2) Маниакальный синдром см 46 вопрос.

36. Психофизиологические и нейропсихологические основы расстройств эмоций.

Этиологические факторы: эндогенный (генетическая предрасположенность → медиаторный дисбаланс), психогенный (типичная реакция человека на психическую травму) и органический (резидуально-органическая неполноценность [гидроцефалия, поражения РФ, лимбико-гипоталамо-гипофизарной системы], последствия перенесенных нейроинфекций [нарушения работы неспецифических ядер гипоталамуса, гормональная дисфункция], интоксикация [гиппокампальные нарушения], травм головы [лобная дисфункция → агрессивность, височные доли → абулия, ↑миндалевидного тела → агрессивность], ↑↓щитовидки [гипотиреоз → депрессия, гипертиреоз → мания], ↑мозгового в-ва надпочечников [агрессивность], тяжелые соматические патологии).

37. Способы выявления расстройств эмоций.

Клиника: нарушения мимики и пантомимики → гипомимия, амимия, гипермимия, парамимия.

Объективизация: кожно-гальваническая реакция, фонетически-интонационный анализ речи, качество сна, аппетита, величина зрачков, влажность кожи и слизистых, частота пульса, АД.

Экспериментально-психологические методы → ТАТ, метод Роршаха [общеемоциональный фон], Розенцвейга, Норакидзе, опросник САН, метод цветовых выборов Люшера;

Патофизиологические методики → шкалы тревоги Тейлора, тест Спилберга → тревога; HADS, BDI, шкала Гамильтона, Бека → депрессия.

38. Классификация и определения нарушений эффекторно-волевой сферы.

Эффекторно-волевая сфера – сложная психическая функция, осуществляющая целенаправленную деятельность человека в соответствии с определенными мотивами, обусловленными внутренними потребностями и требованиями окружающей среды → компоненты: (1) эффекторный

(простые и сложные движения, действия и поступки), (2) волевой (способность к сознательному и целенаправленному регулированию).

Классификация эффе́кторно-волевых расстройств

(А) Расстройства влечений

(1) пищевых

(а) $\uparrow \rightarrow$ булимия, полифагия

(б) $\downarrow \rightarrow$ анорексия

(в) полидипсия (неукротимая жажда)

(г) извращение \rightarrow парорексия (копрофагия, пикацизм)

(2) инстинкта самосохранения:

(а) $\uparrow \rightarrow$ активно-оборонительная форма = агрессивность / пассивно-оборонительная = “мнимая смерть”

(б) $\downarrow \rightarrow$ суицидальные поступки, безразличие к жизни

(в) извращения \rightarrow самоистязание.

(3) половых (полового инстинкта)

(а) усиление \rightarrow гиперсексуальность, сатириазис, нимфомания

(б) ослабление \rightarrow гипосексуальность, фригидность

(в) извращение \rightarrow нарциссизм, эксгибиционизм, вуайеризм, фетишизм, садизм, мазохизм, педофилия, геронтофилия

(4) навязчивые действия \rightarrow внезапные влечения и действия, чуждые содержанию сознания с критическим отношением к ним и стремлением от них избавиться.

(5) насильственные действия – движения или поступки помимо воли, без борьбы мотивов, с чувством их насильственности, чуждости.

(6) импульсивные действия – собственные внезапные, внешне не мотивированные, неосмысленные действия и поступки (дромомания, клептомания, пиромания, игромания, трихотилломания, дипсомания, наркомания).

(Б) Расстройства волевых побуждений

(1) Гипербулия (патологически \uparrow стремление к деятельности).

(2) Гипобулия и абулия (болезненное \downarrow побуждения к деятельности)

(3) Парабулии (извращение волевой активности)

(4) Амбигуэнтность (двойственность поступков, движений).

(В) Нарушения внимания

(1) Отвлекаемость

(2) Прикованность

(3) Истощаемость

(Г) психомоторные расстройства

(1) с затруднением двигательной активности:

(а) каталепсия

- (б) симптом капюшона
 - (в) пассивно-подчиняемое состояние
 - (г) негативизм
 - (д) мутизм
 - (е) специфические расстройства школьных навыков (дислексия, дисграфия, дискалькулия, акалькулия, диспраксия)
- (2) Симптомы с возбуждением и неадекватностью двигательной активности:

- (а) гиперкинетические расстройства
- (б) импульсивность
- (в) стереотипии - многократное повторение одних и тех же движений

(г) эхопраксия - повторение жестов, движений окружающих

(д) вербигерация - повторение одних и тех же слов.

(е) миморечь - ответы больного не соответствуют по смыслу задаваемым вопросам.

(Д) синдромы двигательных расстройств

(1) ступор:

(а) кататонический

(б) депрессивный

(в) апатический

(г) психогенный

(2) возбуждение:

(а) кататоническое

(б) маниакальное

(в) гебефреническое

(г) галлюцинаторно- бредовое

(д) при расстройствах сознания

39. Психофизиологические и нейропсихологические основы расстройств эффекторно-волевой сферы.

Нарушения эффекторной сферы:

Поражение лобных долей → утрата эмоций, равнодушие, пассивность, двигательная расторможенность.

Межполушарная асимметрия → доминантное = ↑воли и моторной активности, не доминантное = ↓воли.

Нарушения воли:

Депрессивные расстройства → ↓воли вплоть до полного отсутствия побуждений (эндогенная депрессия) / заторможенность (невротические и симптоматические формы)

Шизофрения → ↓волевых операций → внушаемость, кататонический ступор, стереотипии, эхолалии.

Тревожный и истериформный невроз → ↓ воли (иногда ↑), подчиняемость, алкоголизация, наркомания.

Биполярные аффективные расстройства в фазе мании → маниакальные состояния.

Органические патологии мозга → ↓ всех компонентов волевой активности.

40. Способы выявления расстройств эффекторно-волевой сферы.

(1) Уровень волевого усилия (держать в вытянутой руке гантель → частота пульса, время + отзывы пациента)

(2) Методика Розенбат-Мариной: время удержания 4/3 максимальной нагрузки.

(3) Измерение темпа мышечных усилий (теппинг-тест).

(5) Устойчивость произвольного внимания.

(6) Дисциплинированность.

(7) Время задержки дыхания.

(8) Опросник Стамбуловой (изучение воли у подростков)

(9) Клинические методы:

(а) беседы;

(б) анкеты, сочинения с последующим контент-анализом;

(в) анализ литературных источников, анализ продуктов деятельности;

(г) методы самооценок, экспертных и взаимооценок волевых качеств;

(д) тесты и опросники.

41. Возрастные особенности эффекторных нарушений

Волевые нарушения формируются в явном виде от 5-6 лет и до старости, зачастую возрастнеспецифичны, зависят от этиологии.

Зачатки активного внимания (управления органами чувств) → 1-й год.

Подвижность, отвлекаемость, перескоки внимания, гиперкинезы → дошкольный возраст

Гипобулия/гипербулия, извращение полового и пищевого влечений, негативизм → подростки.

Абулия, анорексия, истощаемость внимания, ступоры → 60+;

42. Синдромы угнетения и помрачения сознания

Нарушение сознания выражается в количественных и качественных изменениях.

Угнетение, отключение сознания (количественные):

Оглушение: ↓ сознания + ограниченный словесный контакт + ↑ порога восприятия внешних раздражителей + ↓ психической активности.

Сопор: глубокое угнетение сознания + координированные защитные реакции + открывание глаз в ответ на раздражители.

Кома: полное выключение сознания без каких-либо признаков психической жизни, + нельзя вывести из состояния с появлением каких-либо признаков психической деятельности

Помрачение сознания (качественные):

делириозный синдром: галлюцинаторное помрачение сознания + истинные зрительные галлюцинации и иллюзии, образный бред, изменчивый аффект со страхом, двигательное возбуждение. Частотен.

онейроидное состояние: помрачение сознания + наплыв непроизвольно возникающих фантастических представлений, из видоизмененных воспоминаний, изолированных/причудливо переплетенных с искаженно воспринимаемым окружающим. Выражена интропоекция, псевдогаллюциноз.

амения: помрачения сознания с бессвязностью (инкогерентностью) мышления, нарушением моторики и растерянностью.

сумеречное состояние сознания: внезапная и кратковременная утрата ясности сознания + полная отрешенность/отрывочное, искаженное восприятие окружающего + сохранение привычных автоматизированных действий.

43. Особенности ухода, наблюдения, транспортирования больных с нарушениями сознания

Комплекс мероприятий: динамический контроль за изменением состояния и результатами лабораторно-инструментальных исследований.

(1) Показатель динамики: изменения уровня ↓ сознания и изменения зрачков — выявляются персоналом. (2) Больные с делирием, бредом опасны для себя и окружающих.

Сопорозное / коматозное состояние → следить за состоянием жизненно важных функций (дыханием, АД, пульсом) → типовое оснащение коек интенсивной терапии + специальное освещение (контроль состояния зрачков и зрачковых реакций) → неравномерное, учащенное, храпящее дыхание, ↓ АД — необходимо немедленно вызвать врача. *Кормление:* 1-2 сутки — не нужно → нет дисфагии — поить из поильника, придерживая голову, малыми порциями (не утомлять) / есть дисфагия — назогастральный зонд (введение врачом или медсестрой) → рвота — прекратить кормить и повернуть голову на бок. *Профилактика осложнений:* укладка

больного в физиологическое положение, бинтование голеней (профилактика тромбоза) с ежесуточным массажем, обучение крестца и лопаток УФ лампой (профилактика пролежней). *Организация:* больные требуют постоянного надзора, пока не появится сознание.

44. Методы определения состояния сознания и его нарушений

Критерии определения нарушения сознания (3 или 4 нужно):

- (1) Отрешенность от реальности: больные плохо, неотчетливо воспринимают действительность.
- (2) Нарушение ориентировки в месте, ситуации, времени, и/или в собственной личности.
- (3) Нечеткость мышления: больные неспособны устанавливать связи между явлениями.
- (4) Амнезия на период нарушения сознания.

Оценка измененного сознания → внимание концентрируется на каком-то предмете → не получает информацию от других предметов → не отвечает и не реагирует на вопросы при сохранности двигательной активности.

Оценка уровня включения сознания → специальные шкалы (ком Глазго, FOUR); поиск неврологических нарушений (слабость в конечностях с одной стороны, одностороннее расширение зрачка, отсутствие стволовых рефлексов).

45. Пограничные непсихотические синдромы: астенический, невротический (неврастенический, обсессивно-фобический), депрессивные, ипохондрические, фобические.

Астенический: - ↑ утомляемость, ↓ / утрата способности к долгому физическому и умственному напряжению, раздражительная слабость → ↑ возбудимость → истощаемость, аффективная лабильность (↓ настроения с капризностью, слезливостью), гиперестезия.

Невротические: (1) неврастенический синдром → ↑ возбудимость + недержание аффекта + волевая неустойчивость + повышенная истощаемость, плаксивость, безволие; (2) обсессивно-фобический тип → навязчивые мысли о отрицательных последствиях болезни и лечения, их влиянии на жизнь и риске инвалидизации; (3) дисморфофобический синдром: переоценка значения физических недостатков тела, активное их исправление; (4) истерический синдром ↑ эмоциональная возбудимость и лабильность, театральность поведения, фантазирование и лживость, функциональные параличи

Депрессивный: триада – выраженная тоска (душевная боль) +

подавленное мрачное настроение с оттенком витальности (тяжесть в области сердца, средостения или эпигастрии) + интеллектуальная / моторная заторможенность. Дополнительно: пессимистическая оценка настоящего, прошлого и будущего → голотимные сверхценные/бредовые идеи виновности, самоунижения, греховности, ↓самооценка, нарушения самосознания активности, витальности, идентичности → суицидальные мысли и действия / расстройства сна (бессонница, агнозии сна, частые пробуждения).

Ипохондрический: утрированная озабоченность своим здоровьем → соответствующая интерпретации телесных ощущений → убежденностью в существовании заболевания без подтверждения → регулярное посещение врачей с дописследованиями → агрессия и жалобы на врачей из-за отрицательных результатов диагностики. Варианты: от “чистых” сенестопатического и ипохондрического синдромов до сенестопатоза.

Соматоформный: психические нарушения скрываются за соматовегетативными симптомами, напоминающими соматическое заболевание, но нет органических проявлений этой болезни → только функциональные нарушения. Повторяющаяся симптоматика нарушений + навязчивое посещение врачей.

46. Психотические синдромы: депрессивные, маниакальные, параноидные, паранояльные, кататонические, гебефренические, делириозные, онейроидные, аментивные, астенической спутанности сознания, сумрачного состояния сознания, галлюциноза.

Депрессивный: триада – выраженная тоска (душевная боль) + подавленное мрачное настроение с оттенком витальности (тяжесть в области сердца, средостения или эпигастрии) + интеллектуальная / моторная заторможенность. Дополнительно: пессимистическая оценка настоящего, прошлого и будущего → голотимные сверхценные/бредовые идеи виновности, самоунижения, греховности, ↓самооценка, нарушения самосознания активности, витальности, идентичности → суицидальные мысли и действия / расстройства сна (бессонница, агнозии сна, частые пробуждения). Далее см. 35 вопрос.

Маниакальный: триада – эйфория + ускорение ассоциативных процессов + двигательное возбуждение со стремлением к деятельности. Характеры: отвлекаемость, ↑половое влечение (больные легко вступают в контакты, заводят сексуальные связи, женятся, дают необоснованные обещания), нет соматических жалоб («душевный подъем», ↑физических сил, переоценка возможностей).

Параноидный: несистематизированные бредовые идеи (образные,

чаще преследования, многообразная фабула) + галлюцинации, псевдогаллюцинации. Поведение → пассивно-оборонительное. При экзогенных, психогенных психозах, шизофрении.

Паранойальный: систематизированный интерпретативный бред (односторонний отбор нормально воспринимаемых фактов под фабулу) → доказывают свою правоту, пишут жалобы, обращаются с иском в суд, «преследователи своих преследователей» → социально опасны. Наблюдается при шизофрении, пресенильных, реактивных психозах, алкоголизме.

Дисморфоманический: триада – бредовые идеи физического недостатка + бред отношения + ↓настроение. Активно правят свое тело, проходя много операций. Наблюдается при шизофрении.

Кататонический: психическое расстройство с преобладанием нарушений в двигательной сфере:

- Ступор (дни-месяцы) → обездвиженностью + ↑мышечного тонуса + мутизм. Виды: каталептический (восковая гибкость) → длительное застывание в принятой / приданной позе + нет реакции на громкую речь, могут отвечать на тихую шепотную речь + спонтанное растормаживание ночью (доступны контакту); негативистический → двигательная заторможенность + противодействием попыткам изменить позу; с оцепенением → ↑↑двигательной заторможенности (поза эмбриона, симптом воздушной подушки)
- Возбуждение: патетическое → постепенное развитие, умеренные двигательное и речевое возбуждением, много пафоса, эхолалия, ↑настроения, беспричинный смех → на пике гебефренически-кататоническое возбуждение: импульсивные действия, нет расстройств сознания; импульсивное → острое, жестокие общественно опасные стремительные действия, речь из отдельных фраз/слов, эхолалия, эхопраксия, персеверации → хо-реиформность, склонность к самоповреждениям; немое → хаотическое, нецеленаправленное возбуждение с агрессией, яростным сопротивлением, нанесением себе и окружающим тяжелых повреждений.

Гебефренический: гебефреническое возбуждения + дурашливость и разорванность мышления, гримасничанье, эмоциональная неадекватность, ↑настроением, нецеленаправленность поступков, громкий смех, нелепые шутки, некритичность. Наблюдается преимущественно при шизофрении.

Делириозный: зрительные нарушения с включением (сценоподобные галлюцинации, многочисленные фантастические иллюзии, образные

и наглядные воспоминания) + нарушения речи (говорливость, отрывочность, вскрики) + эмоциональная гиперлабильность. Стадии: **1** – выраженные бессвязными ассоциации, наплыв воспоминаний, говорливость. эмоциональной лабильностью, гиперэстезия, ↑симптомов к ночи → **2** → зрительные галлюцинации, парейдолии, отрывочный контакт, высказывания бессвязны, отмечается выраженная эмоциональная лабильность, просветления («люцидные окна») → **3** → преобладают зрительные галлюцинации + сильные аффекты (страх, гневом, реже любопытство, восторгом).

Онейроидный: бредово-фантастическое, сновидное помрачение сознания → наплывы фантастических грез с включением пациента и/или всех окружающих + кататонические расстройства. *Отличия от делирия*: внутренняя проекция (псевдогаллюцинации, «разыгрывается спектакль» [бред инсценировки, бред двойника]), дезориентировка в месте, времени, двойная ориентировка в собственной личности (находится в больнице и командует космическим кораблем одновременно). Моторно заторможен, «летательно-плавные» хаотичные движения, иногда – сторонний наблюдатель своего бреда.

Аментивный: растерянность и бессвязность мышления, обеднение психики, алло-ауто-дезориентирован, отрывочный галлюциноз и бред, аффект недоумения (не осмысляет окружающее, отсутствие содержательных переживания, двигательное возбуждение) → недели-месяцы → полная амнезия периода. При длительных соматогенных, инфекционных психозах и некоторых энцефалитах.

Астеническая спутанность сознания: (дети младшего возраста) ослабленность тяжелыми заболеваниями → выздоровление → кратковременные эпизоды дезориентированной растерянности, симптом ложного узнавания, контактны, быстро истощаются (значительные колебания интенсивности во времени [вечером и при нагрузках хуже]) → прояснения сознания с фрагментарной амнезией → астения длительно.

Сумеречное состояние сознания: аллодезориентировка + галлюциноз + острый чувственный бред + аффект тоски, злобы и страха + неистовое возбуждение / реже внешне упорядоченное поведение. Внезапное развитие → часы-дни → внезапный. Склонны к агрессивным действиям, жестокости. При эпилепсии и органических заболеваниях ГМ. Варианты:

- *Бредовой*: поведение внешне упорядочено, отсутствующий взгляд, особая сосредоточенность и молчаливость → бредовые переживания → опасные действия (похожи на заранее обдуманные) → ясное сознание – восприятие поступков чуждыми их личности, критичность к бреду.
- *Галлюцинаторный*: преобладают галлюцинаторные переживания

→ выраженное возбуждение с агрессией и разрушениями.

- *Дисфорический (ориентированный)*: разрушения и агрессивность как при галлюцинаторном варианте + элементарная ориентировка в окружающем + ретардированная амнезия на поступки (помнят все 1-2 часа после помрачения → забывают)

Галлюциноз: наплыв интенсивных зрительных, слуховых, тактильных галлюцинаций + ясное сознание + (иногда) воричные бредовые идеи. По течению: *острый* → внезапный, непродолжительный с выраженным аффектом и двигательным возбуждением; *хронический* → однообразные галлюцинации, чаще всего «голоса», монотонный аффект. При шизофрении, эпилепсии, симптоматических психозах, органических заболеваниях ГМ.

- *Вербальный*: внезапен, в виде монолога или диалога, ↑ к ночи. Типы: *комментирующий*, *императивный* (повелительный) → неправильные, агрессивные, действия в отношении себя/окружающих.
- *Истинный зрительный*: редок, истинные зрительные галлюцинации.
- *Педункулярный зрительный*: (поражение в ножках ГМ) возникновение в полумраке многочисленных подвижных зрительных видений в форме фигур людей, животных, сценподобных картин, критичность.
- *Обонятельный*: дурные запахи, якобы исходящие тела + иногда тактильные галлюцинации + идеи отношения.
- *Тактильный*: ощущение ползания по коже / под кожей червей, насекомых, микробов + неприятное, тягостное чувство, зуд, беспокойство.

47. Дефектно-органические синдромы: психоорганические, амнестический синдром Корсакова, олигофрении, деменции, психического маразма.

Психоорганический: состояние общей психической беспомощности со ↓памяти, сообразительности, ↓воли и аффективной устойчивости, ↓трудоспособности и адаптации. Триада Вальтер-Бюэля: ↓памяти, ↓интеллекта, недержанием аффектов. Варианты: астенический, эксплозивный, эйфорический и апатический. Клинически → ↓внимания, конфабуляции, ↓ориентировки, брадифрения, персеверации, ↓интересов.

Амнестический (Корсаковский) синдром: фиксационную амнезия, ретро- и антероградная амнезию, псевдореминисценции, конфабуляции, нарушение ориентировки во времени и пространстве, формальные процессы мышления поражаются меньше.

Олигофрения (врожденный психический дефект): общее стойкое психическое недоразвитие ← поражением ГМ в анте-/перинатальном периоде → ↓интеллекта, эмоциональные, волевые, речевые и двигательные нарушения. Делится на: (1) дебильность (легкая), (2) имбицильность (средняя), (3) идиотия (тяжелая).

Деменция: стойкое, ↓ преимущественно интеллектуальной деятельности, связанное с патологией ГМ, после трехлетнего возраста. Прогрессирующий пралич, атрофические процессы в коре ГМ (болезни Альцгеймера и Пика), эпилепсия, злокачественная шизофрения, травмы, атеросклероз → лакунарная (↓памяти и внимания, мерцание симптоматики, критичны) и глобальная деменция (↓интеллекта и логики, некритичны). Протекает: прогрессивно, стационарно и относительно регрессивно.

Маразм психический: полный распад психических функций, речи, моделей поведения, включая элементарные навыки самообслуживания + сохранение соматических функций. Результат прогрессивного паралича, шизофрении, старческого слабоумия, других абiotрофических процессов.

48. Основные психопатологические синдромы детского возраста: невротии, детского аутизма, гипердинамический, детский патологических страхов, дисморфомании, нервной анорексии, инфантилизма.

Невротия: («конституциональная» детская «нервность», до 3 лет) незрелость регуляции висцеровегетативных функций → нарушения сна, аппетита, диспепсии, ↑↓температуры, ↑ЧСС, ↑ЧДД, аллергии, метеотропность, ↑нервно-психическая возбудимость, аффективно-респираторные приступы, капризы, пугливость, ↑вегетативная возбудимость; от резидуально-органических расстройств, неврозов → регресс → возможно развитие невротических состояний / детской шизофрении.

Синдром детского аутизма: вариант психофизического дизонтогенеза → дисгармоничное психическое развитием (разноскоростное развитие психических функций). Отгороженность (избегает и боится общения); нарушения речи и коммуникации («автономная речь» [говорит сам с собой], есть вопрос – нет ответа, хорошая ритмическая память [не воспроизводят в ответ], речевые стереотипии [сложные, вопрошающие], эхолалия, неестественная модулированность)]; «эмоциональная блокада» (зависимы от людей, но не привязаны к ним); протодиэкризис (нет дифференцировки людей и предметов); брадиреагирование (долго реагирует на слуховые и зрительные стимулы); симптом тождества (сохраняет все неизменным); двигательные стереотипии; взгляд «мимо» собеседника; нарушения формирования моторных навыков, опрятности; патологические

привычные действия (яктация, онихофагия, сосание пальцев).

Гипердинамический синдром: (от 3 до 7 лет) подвижность, суетливость, несобранность, ↓ торможения, двигательная расторможенность, неустойчивость внимания, отвлекаемость, ↑ истощаемость, нарушение целенаправленной деятельности. Иногда: тики, импульсивные действия, проявления инфантилизма, задержки моторного и психического развития.

Синдром детских патологических страхов: страхи без психологической и ситуационной обоснованности долгие и чрезмерные. Формы: (1) навязчивые страхи (против воли, неотступны характер, связаны с первичным страхом, критичны; нозофобия, страхи острых предметов, высоты, заражения, загрязнения) → неврозы, органические заболевания ГМ, шизофрения; (2) сверхценные страхи (доминируют в сознании, некритичны к себе, мощный аффект страха, нет борьбы с ним; бояться пугающих образов) → невротические расстройства, шизофрения; (3) бредовые страхи (аутохтонны, некорректируемы; ощущение скрытой угрозы с тревогой, настороженностью, подозрительностью) → шизофрения, реже — экзогенно-органические заболевания ГМ; (4) ночные страхи (сон/пробуждение → дрожание, крик, ужас → амнезия страха); (5) недифференцированные страхи (беспредметные).

Дисморфомания (10-16 лет): убеждением (сверхценное или бредовое) о наличии у себя какого-либо вымышленного/преувеличенного физического дефекта внешности. Обязательно: гипотимно-напряженный аффект (депрессии, сенситивные идеи отношения и толкования, «симптом зеркала»). Дополнительно: обонятельные галлюцинации кататимного характера, сенестопатии, деперсонализационно-дереализационные расстройства.

Нервная анорексия: похожа на дисморфоманию, но направлена только на массу тела и питания → приводит к эндокринным нарушениям.

Психический инфантилизм: психическая незрелость (↓ темпа созревания психики с отставанием развития эмоционально-волевых свойств и форм реагирования личности) → несамостоятельность, ↑ внушаемость, наивность, игровые интересы, стремление к удовольствию, ↓ прогнозирования результатов своего поведения и поступков, незрелость чувства долга и ответственности, неспособность к волевому напряжению и преодолению трудностей).

49. Значение диагностики психопатологического синдрома для выбора метода неотложной терапии и последующего осмотра больного.

Диагностика на основании МКБ-10 в течении 1-2 месяцев за несколько визитов. Задача: назначение терапии, предупреждение развития

коморбидных патологий и депрессивных аддикций. Аспекты диагностики: логический (философские методологические взгляды, доминирующие в данной отрасли медицины), технический (технологические приемы и методы исследования) и семиотический (отражающий взаимосвязь симптомов с патогенезом и этиологией). Ведущие методы – клинические (расспрос, клиническая беседа). Направления: синдромологическое (назначение патогенетически обоснованных препаратов) и психодинамический анализ связи симптомов с психогенными и социальными факторами (определение мишени психотерапии).

50. Основные формы соматогенных психозов.

Соматогенные психозы в зависимости от течения бывают острые и затяжные. Объединены общностью патогенеза и закономерностей развития (связь во времени, параллелизм течения + развитие психопатологии чаще на фоне выраженной соматической интоксикации). Группы:

(1) В острый период соматической болезни → помрачения сознания (оглушение, аменция, делирий, онейроид) до 2-3 дней → благоприятное течение (астения).

(2) Тяжелые истощающие соматические заболевания → затяжные эндоформные психозы (депрессивные и тревожно-депрессивные состояния). Больные некоммуникабельны, идеаторной заторможенности нет, астения, идеи самообвинения, ипохондрические идеи, бред Котара. Повышение тревоги → двигательное возбуждение → суицидальные попытки.

Если развивается выраженная гипоксия головного мозга → маниакальное состояние с ↑настроением – прилив сил, но ↓психическая и ↓физическая производительность. Эйфория сочетается с недооценкой тяжести состояния.

(3) Иногда возникают параноидные и галлюцинаторно-параноидные состояния со слуховыми, тактильного и другими галлюцинациями, бредовыми идеями преследования, ипохондрическими идеями и т.д.

51. Психические расстройства при беременности, в послеродовом и лактационном периодах.

Ассоциировано с психическим, тяжелым соматическим анамнезом ♀. ↑возраста ↑тревоги. «Синдром грубого поведения с плодом» → для ♀ с психопатией возбужденного круга.

Во время беременности → страх, эмоциональная неустойчивость, стыдливость, ↑ранимость; обострение эпилепсии, развитие эпистатуса.

Перед родами → невротические/психотические реакции, обусловленные страхом (психомоторные нарушения, сужение сознания).

Роды = провоцирующий фактор эндогенных психозов: шизофрении, МДП (маниакально-депрессивный психоз) злокачественно. Боль, гипогликемия, астения, колебание АД → нарушение ясности сознания, бессознательность

Формы послеродовых психозов: (1) аментивная → на 3-5 день → на фоне $\uparrow t_{\text{тела}}$ → аменция → хаотичные движения или сопор + кома; (2) кататонно-онейроидная → редко, сохранена реакция на шепотную речь, нет характерных признаков кататонии при шизофрении, преимущественно на фоне оглушения; (3) депрессивно-параноидная → \uparrow сенситивности, идеаторная + моторная заторможенность, бессонница, преимущественно на фоне оглушения, суицидальная активность.

Лактационные (4-6 недель после родов) – 3 синдрома: (1) аментивный, (2) кататонический (нестойкость явлений, абортивность), (3) астено-депрессивного (астения + фиксационная амнезия → аменция → астеническая спутанность → депрессивный синдром).

52. Психические расстройства при опухолях головного мозга.

Опухоли головного мозга принято разделять на мозговые и внемозговые. Источник формирования опухолей – нейроглия и клетки невральные и мозговых оболочек. Клиника зависит от локализации, размера, гистологии + темпов роста.

Симптомы: общемозговые (приступообразная головная боль → постоянная + тошнота, рвота и помрачение сознания, эпилептические приступы), очаговые (парез, афазия, гипестезия), «по соседству» (поражение прилегающих к опухоли структур), «на расстоянии» (поражение отдаленных от опухоли структур).

Частота психических нарушений зависит от локализации (преимущественно при опухолях мозолистого тела, лобных, гипофиза).

Дети → общемозговые + судороги/апатия + шаловливость; пожилые → острые психические состояния (транзиторные и пароксизмальные).

Часто наблюдаются нарушения сознания от обнубиляции до сопора, комы, эпилептические расстройства. На фоне оглушения – делирий (опухоли височной области) / сумерки (опухоли ствола мозга) / острые экзогенные психотические состояния.

Лобные → органический психосиндром (изменение личности, настроения, нарушение внимания, критики). Лобно-височные → + помрачение сознания, параноидный синдром. Теменные → нарушения восприятия (дисморфопсии). Височные → пароксизмальные галлюцинации, деперсонализация, дисморфопсии, нарушение восприятия времени. Затылочные → нарушение цветовосприятия, элементарные зрительные

галлюцинации, пароксизмальные фотопсии. Мозжечка → фронтальная острая головная боль. Мезодиэнцефальные → периоды летаргии, эмоциональная тупость, корсаковский синдром, апатия. Дна III желудочка → желудочковые атаки + нарушения памяти → деменция.

53. Психические расстройства при опухолях вне мозговой локализации.

Морфологическая основа вне мозговых опухолей = его оболочки, ЧМН, гипофиз. Представлены менигиомами, невриномами корешков ЧМН (преимущественно III, V, VIII). Патогенетически важны дислокационно-гипертензионные нарушения.

Опухоли турецкого седла: апатия, бедность побуждений, анорексия, гипосексуальность, фригидность. Ошибочно принимают за депрессию.

Опухоли III желудочка: желудочковые атаки + нарушения памяти → деменция.

Опухоли мостомозжечкового угла + невриномы слухового нерва: отитатрическая стадия: ± шум в ухе → ↓ слуха вплоть до полной глухоты → неврологическая стадия: присоединение признаков поражения других ЧМН = невралгия тройничного нерва и периферический парез лицевого нерва → 3-я стадия: блокада задней черепной ямки с выраженной гипертензией.

+ Особенности зависят от личностно-конституциональных особенностей больного, этапа болезни, эффективности терапии. Характерны астения, «бегство от болезни», ↑ характерологических черт личности. Недоверие к диагнозу, компетентности врача.

В развернутой фазе онкологии часто онейрические состояния, иллюзии, бредоподобные сомнения; абулия/гипобулия, различные варианты помрачения сознания. Нередко мусситирующий делирий → летальный исход.

54. Особенности психических расстройств при эндокринных заболеваниях.

Болезнь Иценко-Кушинга: неврозоподобный синдром в виде неврастенического и астеноипохондрического вариантов; цереброваскулярный, полиневропатический, миопатический синдромы. + гипосексуальность, фригидность, расстройства сна, настроения, депрессивный синдром с выраженной дисфорией + сенестопатически-ипохондрические переживания, депрессивно-параноидными расстройствами; часты эпилептиформные расстройства, маниакальноподобные состояния (эйфория + безынициативность), сверхценная дисморфомания.

Синдром Кушинга: аналогично болезни, но менее выражен.

Гипофизарная кахексия: апатико-динамический фон (постепенное ↓ психической и физической активности, астения, безынициативность), психозы – редко, в виде галлюцинаторно-параноидных состояний. Прогрессирование → интеллектуально-мнестические расстройства.

Акромегалия: нарастание астении (физическая → психическая), головная боль, дневная сонливость, вспышки недовольства, зависти, эгоцентричность. Психотические расстройства, сверхценная дисморфомания – редко.

Гипоталамический синдром: формы (1) вегетативно-сосудистая = вегетативные пароксизмы (симпатоадреналовый, вагоинсулярный, смешанный типы); (2) нейроэндокринная = отсутствуют вегетососудистая дистония, астенический синдром.

Сахарный диабет: обусловлены ограничениями питания и активности, тяжелыми осложнениями, беременностью для ♀, приступ гипогликемии → тревога, беспокойство, нарушения настроения, умеренные когнитивные нарушения, деменция.

Тиреотоксикоз: неврастеноподобный синдром = сочетание гиперастении и астении, аффективные расстройства (эмоциональная лабильность).

Гипотиреоз: приобретенный → депрессивные, депрессивно-параноидные расстройства, астения, ↓ ассоциативных процессов, ↓ памяти, гипотимия, эмоциональная лабильность, апатия, помрачение сознания (снотивное, делириозное), коматозные состояния → смерть; врожденный → олигофрения, глубокое слабоумие.

Гипопаратиреоз: неврозоподобная симптоматика (истероформный, неврастеноподобный варианты).

Заболевания половых желез: климактерический синдром = неврозоподобный синдром + вегетативные нарушения.

55. Основные принципы терапии, реабилитации и профилактики психических расстройств при эндокринных и соматических заболеваниях.

Принципы лечения: (1) Организация ухода и наблюдения за соматически больным с психическими нарушениями. (2) Лечение основного заболевания. (3) Дезинтоксикационная, общеукрепляющая терапия. (4) Применение психотропных препаратов в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом. (5) Психотерапия, направленная на ликвидацию психических расстройств.

Врач должен ориентироваться в возможных изменениях психического состояния пациента, своевременно оказать соответствующую

психотерапевтическую и медикаментозную помощь, при наличии показаний организовать консультацию психиатра.

При вторичном поражении нервной системы → устранение/компенсации соматической патологии → выздоровление/симптоматическая терапия.

Профилактика включает комплекс патогенетически направленных мероприятий. Принципы: (1) своевременное и эффективное лечение основного заболевания; (2) медико-педагогическая коррекция психологических особенностей личности; (3) предотвращение дополнительных вредностей, способствующих развитию психических нарушений.

Особенности реабилитации в зависимости от преобладающего синдрома:

Астенические состояния – долечивание в санаториях, щадящий режим. При стойких и выраженных астенических нарушениях не годны к военной службе в мирное время, вменяемы.

Стойкие психотические синдромы – лечение в психиатрическом стационаре, если позволяет соматическое состояние.

Деменция – содержание дома, в домах для инвалидов. Больные нетрудоспособны, невменяемы, недееспособны, не годны к военной службе со снятием с учета.

56. Классификация психических нарушений при острых и хронических инфекциях.

(1) Синдромы нарушения сознания (непсихотические изменения): обнубиляция, оглушение, кома.

(2) Функциональные непсихотические синдромы: астенический, астено-невротический, -абулический, апатико-абулический.

(3) Психотические синдромы: астеническая спутанность, делириозный, онейроидный, аментивный, сумеречное состояние сознания, кататонический, параноидный, галлюцинаторно-параноидный, галлюцинаторный.

(4) Психорганические синдромы: простой психоорганический, корсаковский, эпилептиформный, деменция.

57. Особенности психических нарушений при сифилисе мозга, прогрессивном параличе.

Ранний и поздний нейросифилис. Клинические формы: Аноплектиформная: поражение сосудов мозга → инсульты → очаговые поражения + общемозговые симптомы, эпизоды сумеречного помрачения сознания → лакунарное слабоумие. Псевдонеуврастения: неврозоподобная

симптоматика (головная боль, ↑раздражительности, тревожность, нарушение сна). Галлюцинаторно-параноидная: галлюцинации (слуховые, зрительные; неприятного содержания; иногда с критикой), бредовые идеи (простые, бред преследования, ипохондрии, величия, самообвинения). Псевдопаралич: эйфория на фоне нарушения памяти, слабоумия ± бред величия фантастического содержания. Эпилептиформная: судорожные пароксизмы, периоды изменения сознания и настроения, ↓памяти. Гуммозная: очаговые симптомы, зависящие от локализации. Сифилитический менингит: общемозговые симптомы (головная боль, помрачение сознания (оглушение, спутанность, делирий), рвота, менингеальные симптомы), поражение ЧМН, часто → эпилептиформные судороги, ± анизокория, ↓реакции на свет. Врожденный сифилис: пароксизмальные состояния (апоплектиформные, эпилептиформные приступы), олигофрения, психопатоподобные состояния на фоне менингита, энцефаломенингита и т.д. Прогрессивный паралич – развитие органического тотального прогрессивного слабоумия с грубым нарушением интеллекта, эмоций, памяти, внимания, критической оценки поведения, за счет дегенерации и атрофии нервной ткани, воспалительные изменения оболочек, сосудов головного мозга, пролиферации нейроглии.

Стадии: псевдоневрастеническая = неврозоподобная симптоматика (астения, соматические жалобы) + расстройства поведения с утратой этики, самоконтроля → расцвета болезни = ↓самокритики, тотальное слабоумие, сексуальна распушенность, эмоциональная лабильность, ± бред величия (нелепость и грандиозность), редко → идеи преследования, ипохондрический бред → терминальная: глубокое слабоумие, полный психический и физический маразм, утрата самообслуживания.

58. Психические расстройства у ВИЧ инфицированных.

Заражение ВИЧ → демиелинизация, глиоз, микроинфаркты → апатия, нарушения сна и работоспособности (субклинический уровень) → манифестация ВИЧ → клинический уровень астенического синдрома → диагностика ВИЧ → этап осознания болезни: чаще – депрессия, идеи самообвинения, суицидальные попытки и мысли, страх смерти и умирания, навязчивые мысли о заразности → психологическая дезорганизация: дисфории, эксклюзивность и агрессивность, эпилептиформные пароксизмы, анозогнозия → органическое грубое поражение мозга: делирии, острые параноидные, маниакальные состояния → СПИД-дементные комплекс (от диффузного подострого энцефалита): нарушения памяти – слабоумие с психомоторной ретардацией – помрачение сознания – нарушения речи – оглушение / кома.

59. Принципы лечения психических расстройств при острых и хронических инфекционных болезнях.

Лечение острых и протрагированных инфекционных психозов должно осуществляться в психиатрических больницах или инфекционных стационарах под постоянным наблюдением психиатра и надзором персонала. Наряду с активным лечением основного заболевания больным должна назначаться массивная дезинтоксикационная терапия. Лечение психоза определяется психопатологической картиной болезни.

Острые инфекционные психозы с помрачением сознания, острым галлюцинозом лечат аминазином, возможно также применение седуксена или реланиума внутримышечно. Лечение протрагированных психозов осуществляется нейролептиками с учетом психопатологической симптоматики. Наряду с аминазином применяются другие нейролептики с седативным действием: френолон, хлорпротиксен, атипичные нейролептики: рисполепт, сероквель. Рекомендуются избегать использования таких препаратов, как галоперидол, трифтазин, тизерцин в связи с их гипертермическим свойством.

При депрессивных состояниях наиболее широко используются амитриптилин, азафен, коаксил, селективные ингибиторы захвата серотонина, такие как золофт, леривон, ремерон. При ажитации их следует сочетать с аминазином.

При необратимых психических расстройствах в виде корсаковского и психоорганического синдромов широко используются препараты ноотропного ряда. При терапии депрессивных состояний.

60. Психические нарушения в остром периоде ЧМТ, лечение и профилактика.

Острейший период (48 часов) → выключения сознания разного уровня (кома, сопор, оглушение) в зависимости от локализации и силы травмы. Обычно – оглушение с сонливостью, неполным аллоориентированием, брадифренией, частичной амнезией. Лечение – строгий постельный режим, анальгетики, транквилизаторы, неспецифическая терапия мозговых нарушений (дегидратация, нейропротекция, противовоспалительная терапия, не использовать ноотропы)

Острый период (2-4 недели) → астенические и астеновегетативные синдромы, различные амнезии (в т.ч. транзиторный Корсаковский с-м / формирование органической деменции, псевдореминисценции), делирий или эпилептиформная патология. Делирий чаще всего постинтоксикационный с психомоторным возбуждением, вестибулярными нарушениями и

пугающими зрительными галлюцинациями → аменция → сон с полной амнезией болезненных переживаний. Иногда – ступор, двигательные автоматизмы, пуэрилизм. При неправильном поведении после травмы – аффективно-бредовые психозы с маниакальной/депрессивной симптоматикой, конфабуляциями → гневливая мания. Лечение – сосудистая терапия, нейропротекция, постельный режим, ГАМК, симптоматически при эпилепсиях – антиконвульсанты.

61. Психические нарушения в позднем периоде ЧМТ.

Органические нарушения – см. 62 вопрос.

Психозы – подострые и длительные с частым рецидивным течением.

Подробно – см. 63 вопрос.

Пограничные расстройства – (1) психопатоподобные синдромы с дисфорическим компонентом, чаще субдепрессивные состояния с сенестопатиями, вегетативными нарушениями, ипохондрией и сверхценными идеями поиска лучшего лечения. Иногда – гипоманиакальные состояния с эмоциональной лабильностью и психическим малодушием, раздражительностью («лобные» пациенты). Склонны к аддиктивному поведению (алкоголь, наркомания, токсикомания, азартные игры). (2) Адинамичная астенция – множественные вегетативные симптомы, бессилие, головная боль, психический дискомфорт, ипохондрические жалобы, гиперэстезии всех органов чувств, нарушения сна. (3) Сурдомутизм – транзиторная потеря слуха и речи вследствие боевой травмы, состояние длится до полугода, речь восстанавливается от эмоционально-значимого стимула спонтанно.

62. Резидуально-органические последствия ЧМТ.

Церебрастенический синдром – слабость умственной продукции, раздражительность, колебания АД, тахикардия, головокружения, расстройства сна, нервные процессы торпидные, нет переключаемости, состояние ухудшается при нагрузке. Зачастую коморбидны с невротоподобные состояния (фобии, истерические реакции, тревога и субдепрессия) и вегетативные пароксизмы.

Травматическая энцефалопатия – остаточные явления органического поражения → психопатоподобные синдромы / травматические психозы / дефектно-органические состояния. Самые частые – аффективные нарушения с психопатоподобными состояниями возбудимого, истероидного типов или астеническими и интеллектуально-мнестическими нарушениями. Превалирует возбудимость с вспышками гнева, мышление инертное, застриющее, приступы дисфории.

Травматическая эпилепсия – полиморфна (абсансы, миоклонии, джексоновская эпилепсия, вторично-генерализованная, эпилептические сны), иногда с каталепсией, метаморфопсиями и аутопагнозией → сумеречные нарушения сознания не более 2-4 часов.

63. Поздние травматические психозы, их дифференцированная диагностика и лечение.

Эндоморфные аффективные психозы – (1) монополярные маниакальные: острое начало → чередование эйфория-гневливость-мория; (2) монополярные депрессивные: тоска, тревога, ипохондрические переживания с дисфориями.

Эндоморфные аффективные-бредовые психозы – (1) галлюцинационно-бредовые: возникают остро на фоне энцефалопатии и апатичного состояния → истинные галлюцинации, несистематизированный вторичный бред с чередованием психомоторного возбуждения и заторможенности; (2) паранойяльные: первично систематизированные интерпретативные сверхценные идеи ревности, кверулятивный бред, бред ущерба, отравления, преследования → хроническое протекание → психоорганический синдром.

Лечение симптоматическое с поддерживающей нейропротекторной терапией, где это возможно.

64. Клинические особенности психических нарушений при остром отравлении атропином, камфорой, акрихином.

Атропин – м-холинблокатор, эффекты: мидриаз, нарушение аккомодации, увеличение ЧСС, появляется тремор конечностей. Сознание: норма → тревога, страх, агрессивность → делирий с психомоторным возбуждением, зрительным и аудиторным галлюцинозом пугающего характера → оглушение → сопор/кома.

Камфора – тошнота и рвота → ощущение тепла, головная боль → спутанность сознания, головокружение, возбуждение, беспокойство, делирий и галлюцинации → повышенная мышечная возбудимость, тремор и подергивания → тремор, прогрессирующий до эпилептиформных судорог, а затем депрессия → кома, угнетение центральной нервной системы → смерть от дыхательной недостаточности или эпилептического статуса либо.

Акрихин – эйфория без повышенной психомоторной реакции с последующей астенией. Очень редко делирий.

65. Клинические особенности психических нарушений при остром отравлении препаратами брома, стероидными гормонами, психотропными препаратами.

Стероидные гормоны – психозы могут сопровождаться расстройствами сознания, зрительными галлюцинациями (по типу делириозных состояний), эпилептиформными припадками, бредовыми симптомами, иногда депрессивные реакции, кататоноподобные психозы. 4 степени: I – легкое эйфорическое состояние с ощущением соматического благополучия; II — выраженная эйфория со склонностью к гиперболизации, бессонница и легкость течения мыслей; III степень сопровождается психомоторным возбуждением у одних больных и сонливостью и оглушенностью у других; IV степень — развернутые психотические состояния. У детей иногда делириозный компонент с зооптическими галлюцинациями, нарушения схемы тела.

Бромиды – психические нарушения редки. Короткий период хорошего самочувствия с облегчением моторики → повышенная утомляемость, сонливость, неустойчивость внимания, снижение всех видов чувствительности, нарушения восприятие времени и пространства, памяти. Брадилалия, дизартрия. Настроение подавленное, раздражительное или эйфория. Редко – сопор, иногда кома. При выходе из нее – делириозные состояния и псевдопаралитический синдром.

Психотропные препараты – снотворные → опьянение, оглушение, сопор, иногда эпилепсия. Нейролептики → делирий, у аминазина – депрессия. Антидепрессанты → амитриптилин – делириозные кратковременные состояния, ингибиторы МАО – эйфория, подозрительность, психомоторное возбуждение.

66. Клинические особенности психических расстройств при острых и хронических отравлениях: угарным газом, веществами, содержащими фосфор, ртуть, мышьяк, свинец, тетраэтилсвинец, нефтепродукты.

Оксид углерода: остро → оглушение, делирий со зрительными/обонятельными галлюцинациями, чувством страха, двигательным возбуждением, ступор, психопатоподобные проявления, с-м Корсакова, паркинсонизм, афазия, агнозия → хронически → астенический, астено-депрессивный, астеноипохондрический с-м.

Ртуть: раздражительность, слезливость, стойкая бессонница с кошмарными сновидениями, вялость, апатия, аспонтанность → хронически → психоорганический с-м с аффективной лабильностью, малодушием, ↓ критики.

Мышьяк: рвота с кровью, диспепсия → выключение сознания.

Свинец: головная боль, головокружение, раздражительность слабость → хроническая интоксикация → психоорганический синдромом + эпилептиформные приступы + ↓памяти. Тетраэтилсвинец: галлюцинации, астенизация с брадикардией, гипотензией, головной болью, головокружением, тошнотой, поносом, резкой болью в животе, гиперкинезы (интенционный тремор, хореоподобные движения, судорожные подергивания), атония и апатией → хронически → с-м Корсакова, тотальная деменция.

ФОС: астения, эмоциональная лабильность, гиперактивность, ↓памяти, дезориентация, несвязность мышления, нарушение речи, атаксия, тремор, ↑сухожильных рефлексов, немотивированный страх, тревога, галлюцинации, неукротимая рвота, выключение сознания → длительный сон → хронически → симптоматические психозы с галлюцинаторно-бредовыми синдромами.

Бензин: эйфория, астения и головная боль, тошнота, рвота, делирий, гипнагогическими галлюцинации → выключения сознания. Бензол и нитробензол: аналогичен анилину.

67. Клинические особенности психических расстройств при острых и хронических интоксикациях хлорофосом, антифризом, нитратами, дефолиантами.

Хлорофос: остро → астения, эмоциональная лабильность, гиперактивность, ↓памяти, дезориентация, несвязность мышления, нарушение речи, атаксия, тремор, ↑сухожильных рефлексов, немотивированный страх, тревога, галлюцинации, светобоязнь, фотопсия, брадикардия, гипергидроз, тошнота, дизартрия, нистагм → неукротимая рвота, выключения сознания от оглушения до комы → длительный сон. *Хронически* → протрагированные симптоматические психозы с галлюцинаторно-бредовыми / кататоническим с-ми.

Антифриз: эйфория, суетливость, страх, двигательное возбуждение, дезориентация, оглушение, иногда кома, нередко с летальным исходом → сознание возвращается не сразу, амнестические симптомы, зрительные галлюцинации.

Нитраты: с пищей → скрытый период длительный → нарушения деятельности ЦНС (общая слабость, заторможенность, головокружением, потемнением в глазах, нарушение координации движений, в тяжелых случаях – судорожные подергивания, потеря сознания, кома).

Дефолианты: по ВОЗ → хроническое отравление → суицидальные тенденции.

68. Особенности психических нарушений, вызванных экологически неблагоприятными факторами.

Острые отравления: предделириозное состояние (яркие ночные сновидения, зрительные иллюзии, беспричинный страх и тревога) → *делириозный с-м* (яркие зрительные галлюцинации, аллодезориентация, поведение определяется характером галлюцинаций, некритичны) / *интоксикационный онейроид* (отстранены от реальности, погруженные в созерцание фантастических, нередко сценopodobных зрительных галлюцинаций, недоступны контакту, двигательнo пассивны) / *интоксикационная аменция* (полная дезориентация, неузнавание близких, непониманием происходящего, растерянностью, беспорядочное мышление) / *интоксикационные параноиды* (бред преследования, отравления, слуховые галлюцинации) / *маниакальноподобные состояния* (эйфория, разговорчивостью без ↑стремления к деятельности).

Хроническая интоксикация: (1) *неврозоподобная стадия* → астенические, астеноипохондрические, астенодепрессивные состояния; (2) *психоорганическая стадия* → резко нарушается память, особенно кратковременная, ↓способность к фиксации, нарушается внимание, трудности в сосредоточении, переключении внимания, становятся рассеянными, ↓сообразительность, ↓быстрота ориентировки в событиях.

69. Профилактика и лечение психических нарушений в случае промышленных, бытовых, врачебных интоксикаций, экологически неблагоприятных воздействий.

Острые интоксикационные психозы → антидотная терапия, массивная дезинтоксикация (в/в капельное введение плазмозаместительных жидкостей, глюкозы, физраствора с витаминами, ↑↑жидкости). *Возбуждение* → транквилизаторы (сибазон, реланиум, седуксен). *Галлюцинаторно-бредовые симптомы* → нейролептики (френолон, хлорпротиксен). *Тревожно-депрессивные состояния* → амитриптилин. *Неврозоподобные и психоорганические расстройства* → транквилизаторы + ноотропы + легкие психостимуляторы. *Выключения сознания* → аналептики. Нарушения ССС → сердечно-сосудистые. *Судорожные припадки* → противосудорожные средства.

Профилактика интоксикаций на производстве → гигиена труда, бытовыми ядами → строгое соблюдение правил их использования и хранения, медицинскими препаратами → соблюдение доз.

70. Острая и хроническая лучевая болезнь, ее психоневрологические проявления.

ОЛБ: (1) первичная реакция – стойкая головная боль, головокружение, тошнота, многократная рвота, гипертермия, вялость, апатия, нарушения сна, помрачение сознания, заторможенность, боль при движении глазных яблок, пальпации тригеминальных точек, зависим от дозы (8-10 тыс. рентген → оглушения, кома → смерть; 1-5 тыс. рентген → равнодушие и астения) → (2) «период мнимого благополучия» – ослабление общемозговых и менингеальных симптомов (не исчезают полностью) → (3) – ↑общемозговые и менингеальные симптомы, отек головного мозга, появляется объективная рассеянная органическая симптоматика (паренхиматозно-оболочечный с-м) → (4) период восстановления – ↓общемозговых симптомов, ↑общего состояния больного → длительно – вегетососудистая лабильность, астенизация, объективная рассеянная органическая симптоматика, аффективные нарушения (тоскливо-злобное/радостное настроение, единичные гипнагогические галлюцинации).

XIII: астения, неврастеничный, обсессивнофобичный, ипохондрический, депрессивный синдром → (при значительных поражениях) – астенический вариант психоорганического синдрома → лакунарная деменция.

71. Пострадиационные психические нарушения: реактивные и органические.

Стрессовые пострадиационные расстройства: Острые психогенные расстройства редки. Через годы → дезадаптация – посттравматические стрессовые расстройства (после пережитой общей угрожающей жизни ситуации, последствия которой продолжают оставаться психогенными). Может развиваться на "загрязненных" радиационными выбросами территория – хроническая психическая травма. Нерешенные социальные проблемы пострадавших → неврастенические, психосоматические расстройства и патохарактерологический вариант развития личности (динамика, компенсация и декомпенсация зависит от решения социальных проблем) → периодические воспоминания о жизненных ситуациях, неуверенность → стремление избегать эмоциональных нагрузок, ↓инициативности, эпизоды антисоциального поведения.

72. Особленности терапии, социальной реабилитации и экспертизы пострадиационных заболеваний.

Лечение: общее → коррекция церебрального метаболизма (использованием нейропротекторов, антиоксидантов, антигипоксантов, ноотропы [токоферола ацетата, аскорбиновой кислоты, глутаминовой кислоты, ноотропила, инстенона, актовегина]). Неврозоподобный с-м → седативные средства, транквилизаторы, антидепрессанты (экстракт валерианы,

сибазон, мезапам, транксен, магне-В6, мелипрамин). Полиневропатический и корешковый с-м: → назначать препараты, которые улучшают периферическое кровообращение (солкосерил, актовегин, никотиновая кислота), трофические процессы (витамины группы В, фосфаден), антихолинэстеразные препараты (прозерин, нейромедин). Акинетико-ригидный с-м → противопаркинсонические средства (лазурит, юмекс, циклодол, паркопан, амантадин), при неэффективности назначать препараты группы L-ДОФА (синимет, мадопар, наком).

Социальная реабилитация – общий и сегментарный массаж, иглорефлексотерапия, бальнеотерапия, психотерапия, лечебная физкультура, электрофорез с лекарственными средствами, амплипульс.

73. Понятия психоактивных веществ, феноменов употребления и зависимости.

Психоактивные вещества – вещества, однократное употребление которых вызывает различные субъективно приятные психические состояния: эйфорию, ↑активности, субъективное ощущение комфорта, умиротворения.

В случае злоупотребления психоактивных веществ возникает зависимость (психическая, и нередко физическое) – состояние непреодолимой тяги к употреблению вещества и нарушение функционирования организма без вещества. Длительное употребление → деградация личности, ↓когнитивных способностей → нарушение социальной адаптации. Выделяют три группы психоактивных веществ: *алкоголь, наркотики, токсические вещества* и соответственно этому злоупотребления ими с зависимостью называется *алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией*.

74. Понятие великого наркоманического синдрома

Большой наркоманический синдром – это комплекс из психической и физической зависимости, изменения первичной реактивности, особенности психо- и соматотоксического действия ПАВ, вызываемый длительным употреблением ПАВ.

Клиника: головная боль, головокружение, общая слабость, жажда, сухость во рту, отсутствие аппетита, жидкий стул, ↑АД, дискомфорт в области сердца, животе, дистимия, ↓работоспособности. У алкоголиков обычно сочетаются с двигательным беспокойством, дисфорией, раздражительностью, сильным желанием опохмелиться. В состоянии алкогольной абстиненции → признаки хронической интоксикации

ЦНС: тревожный сон с яркими, неприятными сновидениями, гиперакузия, гипнагогические, а иногда отдельные яркие слуховые и

зрительные галлюцинации, бред отношения, виновности, самоуничижение, значительный тремор рук, языка, всего тела, потливость, тахикардия, нистагм, иногда судорожные припадки.

75. Особенности и течение наркологических заболеваний по фазам

Психическая зависимость характеризуется патологическим стремлением принимать наркотик, развивается всегда, возможна даже с первого раза. Цели приема: приятные ощущения или снятие дискомфорта. Влечение может быть (1) обсессивным (постоянные мысли о наркотике, с оживлением при ожидании его приема и подавленностью при его отсутствии) и (2) компульсивное (неодолимое стремлением к наркотику, формирующее мотивы и поведения без критики, возникает в абстиненции или на высоте интоксикации → передозировка).

Физическая зависимость – перестройка организма при хроническом употреблении наркотиков → грубые психические и соматические нарушения при прекращении действия наркотика → абстинентный с-м (облегчение/купирование введением наркотика). Факт возникновения и характеристики абстинентного с-ма зависят от наркотика.

Толерантность – это адаптация в виде ↓реакции на обычные дозы наркотика. Начало приема → рост толерантности (превышает терапевтические/смертельные дозы) → рост частоты и дозировок приема → плато на максимуме → снижение толерантности от истощения организма → летальный исход от передозировки ранее привычной дозой.

В течении наркоманий выделяют три стадии: эпизодический прием наркотиков → (1) начальная (формирование психической зависимости, регулярность, ↑толерантности) → (2) развернутая (↑↑толерантности до максимума, изменяется характер наркотического опьянения, появляется физическая зависимость) → (3) конечная (↓толерантность, нет эйфории от приема наркотика, грубые соматоневрологические нарушения)

76. Влияние алкоголя на высшую нервную деятельность человека

Токсическое поражение головного мозга → острые алкогольные психозы (см. 82 вопрос) → алкогольная деградация личности (огрубление, примитивность, ↓инициативность, ↓память (см. 83 вопрос)) → алкогольная энцефалопатия (см. 84 вопрос).

Токсическое поражение спинного мозга → полирадикулит и ишеаз в ответ на холод, движения или подъем тяжестей.

Алкогольный полиневрит (множественное воспаление периферических нервов) → покалывания в ногах, зуд → ↓чувствительности в стопах,

боли в мышцах при надавливании и движении → астения мышц ног → перестают ходить, свисание стоп, атрофия мышц голени.

Геморрагический полиэнцефалит: острое/хроническое заболевание с нарушением речи, расстройством походки, ↑температуры → провалы памяти, галлюцинации, больной впадает в бессознательное состояние → огромные пролежни на спине, ягодицах → смерть.

Инсомнии, пугающие сновидения, алкоголь используется как снотворное.

77. Простое алкогольное опьянение, его степени, индивидуальные особенности, диагностика, оказание медицинской помощи при острых алкогольных опьянениях.

Степени зависят от: пол, возраст, личность, напиток, доза, форма потребления.

Легкая степень (20-100 ммоль/л) ↓активного торможения, ощущение психического и физического комфорта, ↑настроения, разговорчивость, бодрость, общительность. Неприятности переживают спокойнее. Субъективно – ↑работоспособности, объективно – ↓работоспособности ← ↓внимания, ↑темпа мышления, поверхностность ассоциаций → ↓объем и качество работы, ↑ошибок, ↓критики.

Средняя степень (100-250 ммоль/л) ↓возбуждения, эйфория → раздражение и недовольство, впечатлительность → негативные высказывания. Снижается критики к себе и окружающим → негативные, противоправные действия, брадифрения, уплощение суждений, смазанная речь с персеверациями, дизартрия, ↑громкость речи. Ригидность внимания, атаксия, ↓болевого и температурной чувствительности. Гиперемия лица → цианоз. Опьянение → сон → ↓работоспособность, ↑астении, дистимия.

Тяжелая степень (250- 400 ммоль/л) ↓сознания (оглушение → кома). Выраженные неврологические нарушения, атаксия, мышечная атония, дизартрия, амимия, вестибулярные расстройства (тошнота, рвота, головокружение), ↓зрения, ↓ориентировки в пространстве, психосенсорные расстройства, иллюзии, ↓ЧСС, ↓ЧДД, ↓температуры → наркотический сон (неудобные позы/места), иногда произвольные оправления. При 700 ммоль/л+ → смерть от остановки дыхания.

Диагностика: 1+ критерий из каждой группы: (1) а) расторможенность, б) конфликтность, в) агрессивность, г) аффективная лабильность, д) нарушение концентрации внимания, е) сужение умственных производственной продуктивности; (2) а) шаткость походки; б) отрицательная проба Ромберга; в) признаки дизартрии; г) нистагм; д) нарушение сознания.

Лечение: Отравление → промывание желудка, 0,5 мл солянокислого апоморфина п/к, катетеризация мочевого пузыря. Сопор → строфантин, в/в 100 мг В6, 1000 мл физраствора с 40% глюкозой. Двигательное возбуждение → В2 50-100 мг, барбитураты противопоказаны. Тяжелая кома → венопункция с извлечением 200 мл крови, в/в физраствор 800-1000 мл. Асфиксия → ИВЛ, цититон 1 мл 15% в/в, лобелин 1 мл 1% п/к, смесь 90% O₂ и 10% CO₂, согревание. Легкая и средняя степень → п/о 10-15 капель нашатырного спирта на 100 мл воды.

78. Патологическое алкогольное опьянение, диагностика, судебно-психиатрическая экспертиза.

Возникает внезапно → тревожность, растерянность, отстраненность, быстрые ловкие движения, высказывания угрожающие (защитные, напряженные, короткие реплики) → сумеречное состояние сознания (окружающее угрожающе → страх, тревога), мышление отрывочное, бредовые переживания, дезориентация, наличие сложных действий → общественно опасные действия (защита от мнимой опасности) при сохранности моторных процессов и равновесия → внезапное окончание через сон → амнезия полная / частичная.

Экспертиза: аналогична таковой при острой алкогольной интоксикации + клиническая картина + воспоминания бредовых переживаний (если сохраняются).

79. Алкоголизм, его критерии, наркоманический синдром при алкоголизме.

Алкоголизм – хроническое психическое заболевание с злоупотреблением спиртными напитками, патологическим влечением к алкоголю и возникновением физических и психических нарушений. Критерии (МКБ-10):

- Сильное желание/чувство непреодолимой тяги к приему
- Нарушенный контроль приема алкоголя (начало, окончание, место употребления, дозы → частое употребление с превышением дозы или времени от намеренного / безуспешные попытки контролировать употребление вещества
- Физиологическое абстинентное состояние
- Признаки толерантности к алкоголю → необходимость ↑↑↑количества вещества для интоксикации / ↓эффекта при той же дозе во времени

- Поглощенность употреблением → отказ от важных альтернативных удовольствий и интересов → поглощение времени и финансов на употребление алкоголя.
- Упорное употребление алкоголя при явных признаках вредных последствий (больной осведомлен, но не отказывается).

Наркоманический синдром: (общие) → патологическое стремление к алкоголю + алкогольный абстинентный синдром + алкогольная деградация личности.

80. Диагностика алкогольного абстинентного состояния, медицинская помощь.

Алкогольный абстинентный синдром – комплекс вегетативных, соматоневрологических + психических нарушений при неупотреблении после долгого пьянства. Начало – 6-48 часов → 2-14 дней длительность → возможна смерть.

Постинтоксикационные расстройства: головная боль, головокружение, общая слабость, разбитость, жажда, сухость во рту, отсутствие аппетита, жидкий стул, ↑АД, неприятные ощущения в области сердца, животе, ↓настроение, ↓ работоспособности (общее для всех) двигательное беспокойство, дисфория, раздражительность, желанием опохмелиться, признаки хронической интоксикации (только для алкоголиков).

Алкогольспецифические расстройства: тревожный сон с неприятными сновидениями, гиперактузия, гипнагогические, иногда отдельные слуховые/зрительные галлюцинации, идеи отношения, виновности, самоуничтожения, значительный тремор рук, тела, потливость, тахикардия, нистагм, иногда судорожные припадки.

Лечение: в/в капельное вливание солевых растворов, витаминотерапия, дезинтоксикация + бензодиазепины (↓ уменьшают тревожность, снотворный и противосудорожный эффект) + холинолитики (↓ вегетатики) + психотерапия.

81. Стадии алкоголизма, особенности деградации.

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

Вторая (средняя) стадия: 30-40 лет, течение >10 лет → первичное патологическое влечение к алкоголю (в любых ситуациях, потеря контроля над дозами), ↑ толерантности (5-6 раз → плато) → абстинентный

синдром, преморбид алкогольной деградации (огрубление эмоций, ↑возбудимость, ↓критики, ← ↓ в ремиссию) → трудовая дезадаптация (↓качества работы, админ. нарушения, деквалификация).

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

82. Острые металкогольные психозы, диагностика начальных проявлений, предупреждение дальнейшего развития, лечение.

Алкогольный делирий: (1) продром с инсомнией со страхами и вегетативными нарушениями → психомоторное возбуждение ночью → гиперестезии, наплыв воспоминаний, эмоциональная лабильность, иногда вербальный галлюциноз → зрительные иллюзии / паралеидолии, пугающие гипнагонические галлюцинации. (2) острая фаза при абстиненции → инсомния, коазмы, фонемы с сохранением ауто-алло-ориентировки → комментирующие вербальные галлюцинации пугающего содержания на тему алкоголизма с потерей критики и включением больного в галлюциноз → редукция после сна.

Острый алкогольный параноид возникает в состоянии абстиненции, иногда с предвестниками: страх, тревога, бессонница → острый дебют первичного экспансивного бреда преследования с угрозой жизни иногда с присоединением вербальных и зрительных иллюзий → нарастание страха и тревоги → активное избегание «опасности» с совершением потенциально опасных для больного действий вплоть до суицидальных попыток для облегчения состояния, иногда нападают на окружающих.

Предупреждение развития: интенсивная детоксикация, изоляция больного вплоть до фиксации, введение транквилизаторов и нейролептиков.

Лечение: см. 87 вопрос.

83. Затяжные металкогольные психозы.

Подострый алкогольный галлюциноз (1-6 мес., чаще 2-3 мес.). В начальной стадии → зооптические сложные галлюцинации с включением больного → присоединение к галлюцинозу бреда или депрессии. Иногда весь период – вербальный галлюциноз. Критика сохранена, на поздних стадиях не вовлечены в продукцию, настроение сохранно. При длительности более 6 мес. → *хронический алкогольный галлюциноз*.

Затяжной алкогольный параноид (до 2-3 мес.) в начале → аналогичен острому параноиду → переход страха в тревожную депрессию → уход иллюзий → систематизация бреда. В развернутой стадии: ограничение вторичного бреда преследования лицами, с которыми раньше конфликтовал больной; поведение адекватно, но больные остаются недоверчивыми, подозрительными, ограничивают круг общения. Потребление спиртного усиливает страх и тревогу, меняет поведение.

Алкогольный бред ревности исключительно у ♂ 50+ лет. Первичный паранойяльный монотематический экспансивный бред, медленно прогрессирует, является последствием нарушений в сексуальной сфере у мужчин с взрывно-аффективной акцентуацией или склонных к образованию сверхценных идей. Больные расспрашивают своих партнеров, требуют признаний, следят за ними и опасны для них из-за способности диссимулировать бред и склонности к агрессии в сторону партнеров. Иногда может регрессировать при деалкоголизации.

Алкогольная депрессия (при алкоголизме и металкольных психозах) в период абстиненции / после делирия / галлюциноза. Ухудшение настроения сопровождается дисфорией, слезливостью / тревогой, ипохондрией. Продолжительность – от 1-4 недели. Чаще возникает у ♀, иногда является причиной суицида. Редко обращаются к врачам, диагностика зачастую ретроспективная.

84. Алкогольные энцефалопатии (АЭ)

Группа металкольных психозов = психические нарушения + соматические + неврологические расстройства. Алкогольный стаж – 5-7+ лет у ♂ и 3-4+ лет у ♀, 3 стадии в запойной форме с употреблением суррогатов алкоголя.

Острые АЭ (от 3 недель до года). Клиника: адинамическая астения, диспепсия, тошнота и рвота по утрам, отвращение к жирной и белковой пище, инсомнии с кошмарами. Больные испытывают парестезии, онемение, похододание и судороги конечностей, нарушается походка и тонкая моторика. Появляется атаксия, головокружение, тремор, ухудшается зрение.

С-м Гейне-Вернике: в начале → профессиональный / мусситивный делирий + зрительные статические галлюцинации, с тревогой, двигательное возбуждение в пределах постели, речь бессвязная → нарушения сознания (оглушение, сопор, кома) + неврологический дефицит (глазодвигательные нарушения, рефлексы орального автоматизма, гиперкинезы, нарушения мышечного тонуса, вегетативные расстройства, пирамидная недостаточность, трофические поражения) + астения (обезвоживание,

гипертермия, \uparrow ЧСС и \uparrow ЧДД, \uparrow АД \rightarrow \downarrow АД \rightarrow летальный исход 10-14 день / восстановление сна и регресс через 3-6 недель \rightarrow психоорганический синдром, ♂ – псевдопаралич, ♀ – с-м Корсакова.

Хроническая АЭ: с-м Корсакова, после тяжелых делириев или энцефалопатии Гейне-Вернике. Клиника: амнезия (фиксационная и ретроградная), псевдореминисценции, конфабуляции, дезориентация. Пожилые: адинамические, гипобуличные; молодые – более подвижные, пытаются чем-то заняться. К дефекту памяти критика сохранена, пытаются скрыть его. Неврологические нарушения: невриты в области конечностей \rightarrow атрофия мышц. Регрессирующее течение.

85. Принципы лечения алкогольных психозов.

В период лечения алкогольного делирия нужно полностью исключить принятие алкоголя.

Подготовка: Фенобарбитал + вода + этиловый спирт. При необходимости – механическая фиксация. При алкогольных галлюцинациях с ярко выраженными вегетативными расстройствами – инфузионная терапия и форсированный диурез.

Соматическая терапия с учетом стадии: (1) дезинтоксикация, (2) ликвидация метаболических нарушений (гипоксии, ацидоза), (3) устранение сердечно-сосудистых нарушений, гипоксии и отека мозга, (6) нормализация дыхания, (7) ликвидация гипертермии; 8) против нарушений функции печени и почек, (9) лечение сопутствующей соматической патологии.

Психотропные средства: седуксен 2-3 раза в сутки, галоперидол, тизерцин, стелазин.

Витамины: В (Аэровит, Компливит, Центрум по 1 драже в день), С и ноотропные средства.

Тяжелое течение \rightarrow детоксикационная терапия с \rightarrow энтеросорбенты, плазмаферез, который осуществляется 1 раз в сутки протяженностью до 3-х дней.

Транквилизаторы, которые притупляют чувство страха, тревоги: диазепам, феназепам. Дополнительно на ночь назначаются снотворные средства: реладорм, ивадал или фенобарбитал.

Противосудорожные: карбамазепин, но не назначать в комбинации с витамином В1.

При суицидальном поведении нейролептики – неупелтил.

86. Организация наркологической помощи.

Основным звеном в организации наркологической помощи населению является **наркологический диспансер** — самостоятельное ЛПУ, которое организует широкую профилактическую работу и оказывает специализированную помощь. Вспомогательным — **наркологические центры**, которые осуществляют меры по социальному восстановлению выздоравливающих больных и лечению психических, общесоматических и неврологических осложнений основного заболевания.

Принципы работы наркологических центров:

- Прием больных в центр осуществляется по направлению наркологических учреждений или поликлинического наркологического кабинета.
- Добровольное письменное согласие.
- При поступлении с больным заключается договор.
- Конфиденциальность.
- Продолжительность пребывания на реабилитации определяется физическим и психическим состоянием больного, его социальным статусом, достигнутыми результатами и соглашением между пациентом и учреждением.

Задача наркологических центров – закрепление терапевтического успеха, достигнутого наркологических учреждениях (отделениях), и реинтеграции пациентов в общество.

Приоритет в медицинской наркологической помощи должен принадлежать максимально раннему выявлению лиц с этими проблемами. Наркологическая помощь должна быть многоступенчатой, поливариантной, преемственной, дифференцированной и направленной:

- на первичную профилактику;
- на диагностику, неотложную помощь, лечение;
- на вторичную профилактику (предупреждение и купирование рецидивов у больных алкоголизмом) и реабилитацию.

87. Методы лечения алкоголизма.

Длительное, постоянное, комплексное и максимально дифференцированное лечение, начиная с ранних стадий алкоголизма.

0 этап → полное прекращение употребления алкоголя, так как постепенное снижение доз больной переносит тяжелее.

I этап → лечение острых и подострых болезненных проявлений, возникающих от алкогольной интоксикации (прерывание запоя, купирование абстиненции).

II этап → восстановительная терапия, направленная на нормализацию соматоневрологических функций, а также борьба с влечением к алкоголю.

III этап → реабилитация больных, стабилизирующая терапия, направленная на поддержку ремиссии и профилактику рецидивов.

Методы *борьбы с влечением*: (1) условно-рефлекторная терапия (УРТ): демонстрация алкоголя → применение рвотных средств (апоморфин, эметин, барашек) → отрицательная (рвотное) реакция на вид, запах и вкус алкоголя; (2) сенсibilизирующая терапия: детоксикация → создание химического барьера (антабус, эспераль, метранидазол, фурадонин) → перегрузка печени → физически невозможное потребление алкоголя; (3) психотерапия.

88. Профилактика алкоголизма и его рецидивов.

Первичная профилактика алкоголизма требует проведения комплекса административных, законодательных и медико-гигиенических мероприятий. Мероприятия административного и законодательного характера – это административно-правовые и воспитательные меры, направленные на усиление противоалкогольной борьбы. Медико-профилактические мероприятия – проведение широкой разъяснительной работы среди населения с использованием средств массовой информации. Необходимо бороться с традициями, начиная с детского возраста.

Вторичная профилактика – это раннее распознавание и раннее лечение алкоголизма, необходимо распознать и преодолеть противодействие пациентов лечению (повысить приверженность).

Третичная профилактика – это задержка развития грубых, необратимых нарушений в случае алкоголизма.

89. Медицинский, социальный и правовой критерии наркотических веществ.

Медицинский признак – специфическое действие наркотических средств, психотропных, сильнодействующих и ядовитых веществ на организм человека (на ЦНС) → «первопричина» злоупотребления. По ВОЗ: «Любое вещество (субстанция), которое будучи введенным в живой организм, способно изменить одну или ряд его функций, может вызвать психическую или соматическую зависимость». Характер воздействия: средство или вещество может оказывать стимулирующее, седативное, галлюциногенное, анальгетическое, снотворное, отравляющее.

Социальный признак – применение средства или вещества в противоречащих общечеловеческим устоям целях приобретает такие формы и

масштабы, что наносит или может причинить ущерб позитивным общественным отношениям. Злоупотребление такими средствами и вещами уже приобрело или с высокой степенью вероятности может приобрести в будущем социальную значимость.

Юридический признак – вытекает из наличия медицинского и социального признаков и проявляется в том, что уполномоченная на то инстанция официально признает вещество наркотическим. Юридическое признание осуществляется посредством включения средства или вещества в соответствующий список и опубликования этого списка в установленном порядке.

90. Психические, поведенческие расстройства и психозы вследствие употребления опиатов.

I стадия → 2-6 недель, II стадия → 3-8 недель, III стадия → вариативно.

Абстинентный синдром: 6-8 часов после последнего раза (раздражительность, тревога, дисфория, общее недомогание, слабость, слезотечение, насморк, чихание, зуд в носоглотке, заложенность носа, ↑перистальтика кишечника, мидриаз, тахикардия, тремор) → максимума через 1,5-3 суток (озноб, гипергидроз, сильная боль в мышцах конечностей, спины [«ломка»], ↑тревога, ↑беспокойство, дисфория, ощущение безнадежности, компульсивное влечение к наркотику, метание, стоны) → острые симптомы до 10 дней → резидуальные – 1-2 недели в II стадии до 5-6 в III стадии.

Систематическое употребление опийных наркотиков → выраженные соматические и психические нарушения. Больные выглядят старше своего возраста, кожа бледная, сухая с желтушностью, лицо морщинистое, волосы и ногти тонкие и ломкие, больные истощены, рано лысеют, часто выпадают все зубы. Вены утолщенные, жгутоподобные, с многочисленными рубцами, иногда облитерированы, частые флебиты → эмфизема легких, частые пневмонии, гепатиты, гломерулонефрит и полиневриты. Психические нарушения: астенические симптомы → нетрудоспособность из-за выраженной астении и анергии.

91. Психические, поведенческие расстройства и психозы вследствие употребления каннабиодов.

1 стадия: курение по 2-3 раза в день, обсессивные мысли о наркотики, без наркотика → вялость, сонливость, ↓настроение, головная боль, неприятные ощущения в области сердца, раздражительность, с наркотиком → отчуждены, равнодушны, адинамичны, заняты своими мыслями.

II стадия (через 2-3 года): абстинентный синдром (недомогание, усталость, разбитость, отсутствие аппетита, тремор, потливость, сердцебиение, ухудшение настроения с раздражительностью, гневливостью, злобностью, тревогой, страхом; сенестопатии [сжатие и тяжесть в груди, затрудненное дыхание, сжимающий боль в сердце, чувство сжатия головы, жжение и покалывание на коже и под кожей]; иногда возникает бессонница; компульсивное влечение к наркотику). Последнее употребление → 3-5 дней максимум → 2 недели сохранение симптомов → увеличение дозы со следующим приемом в 2 раза.

III стадии (длительное хроническое употребление) → психопатизация личности (вялость, безынициативность, мрачность, замкнутость, ↓память, неустойчивое внимание, ↓этические принципы, появляется выраженное нарушение поведения, нередко с антисоциальными поступками). Нередко развивается рак легких, хронические бронхиты.

92. Психические, поведенческие расстройства и психозы вследствие употребления снотворных и седативных препаратов

Клиника: психическая (заторможенность, дискоординация движений, торпидность мышления, Гипомнезия, замедление речи, нарушение критики, трудности в сосредоточении внимания, эмоциональная лабильность, расторможенность сексуальных и агрессивных импульсов, обострение личностных черт) + неврологическая (нистагм, диплопия, атаксия, гипотония, неравномерность рефлексов). → через 2-3 года регулярного употребления ↓потребность в ↑дозы (стабилизация, при бессоннице → года, при наркомании → 4-6 месяцев) → ↓дозы → передозировка [малое различие между терапевтической и смертельной дозами] (состояние, опасное для жизни: головокружение, тошнота, рвота, профузный пот, икота, тошнота, резь в глазах, слюнотечение → коматозное состояние → остановка дыхания и сердечно-сосудистой недостаточность → смерть).

Абстинентный синдром: первый день (тревога, раздражительность, обидчивость, слезливость, инсомния с гипергидрозом, спят 5-6 часов) → пик через 2-3 дня (бессонница, ↓настроения, дисфории → демонстративные суициды, слабость, неприятные ощущения в теле, боль в суставах, тошнота, рвота, выраженный тремор рук, языка, век, мышечные подергивания, ↑↓АД → иногда смерть) → медленный регресс.

93. Психические, поведенческие расстройства и психозы вследствие употребления кокаина и других психостимуляторов.

Острая интоксикация амфетамином: ↑настроения, физическая бодрость, ускорение мышления, усиление стремления к деятельности,

общению (употребление эпизодически в дозе до 5 мг → гипоманиакальный синдром).

Систематическое употребление: первые недели – ↑употребления до нескольких раз в день → физическая зависимость с абстинентным синдромом (значительная усталость, разбитость, сонливость днем и бессонница ночью; у одних больных → астенодепрессивный синдром с идеями самообвинения и суицидальными попытками, у других → раздражительность, тревожность, злобность, истеричность) → хроническое употребление = дистрофия, авитаминоз, язвы на коже, нарушение сна, выраженные вегетососудистые нарушения → деградация личности.

Острая интоксикация кокаином: ↑настроения, ощущение притока энергии, ↑бодрость, переоценка своей значимости, возможностей, расторможенностью, гиперактивностью (более выраженное кокаиновое опьянение = маниакальный синдром) → передозировка → психотическое опьянение с страхом, тревогой, растерянностью, зрительными, слуховыми и тактильными галлюцинациями (ощущение ползания насекомых по телу, которых больные ищут, ловят, расчесывая кожу в кровь), бред преследования с угрозой жизни, дисфория с тревогой, разбитостью, раздражительностью → компульсивная тяга к кокаину (постоянная психическая зависимость, срок развития зависит от пути введения),

94. Психические, поведенческие расстройства и психозы вследствие употребления галлюциногенов.

Интоксикация ЛСД: (начало через 1 час, длится 8-12 часов) выраженные нарушения восприятия (зрительные галлюцинации: в виде неясных очертаний, геометрических фигур, ярких вспышек света → настоящие зрительные галлюцинации, которые нередко пугают + слуховые и тактильные галлюцинации; ↑чувствительности к цветам, звукам, вкусам; синестезии), эмоций (эйфория, экстаз → тревога, паника) и мышления (дереализация, деперсонализация, нарушения восприятия схемы тела).

Злоупотребление фенциклудином: ранние психотические проявления от 24 ч до 1 месяца (помрачение сознания с галлюцинациями, бредом или маниакальное состояние с гиперактивностью, ускорением мышления, быстрой речью, грандиозными планами, нарушения поведения [больные неопрятные, рвут на себе одежду, мастурбируют, смеются или плачут], амнезия этого периода) → иногда рецидив психоза при абстиненции («возвратная вспышка»).

95. Психические, поведенческие расстройства и психозы вследствие употребления летучих растворителей

Вещества: бензин, растворители лака, различные виды клея, очистительные жидкости, аэрозоли.

В ходе интоксикации эйфоризирующий эффект → заторможенность. Клиника: переоценка собственной личности, чувство неуязвимости, силового превосходства, чувство парения, головокружения, нарушения пространственного восприятия, отдельные психотические симптомы. Иногда – амнезия периода интоксикации. Стержневое агрессивное поведение → правонарушения; ↓ умственной продуктивности → затруднениями в учебе. Соматические последствия → тошнота, ↓ аппетита, ↓ сухожильных рефлексов.

96. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления никотина.

Клиника: острая интоксикации (тошнота, рвота, головокружение, ↑ возбудимость, ↓ чувства голода) → привыкание (первичные симптомы исчезают, сохраняется влечение к табаку и необходимость частого его употребления) → физическая и психическая зависимость → при абстиненции: раздражительность, жалобы на желание закурить, на тоску, плаксивость, чрезмерную впечатлительность, вспыльчивость, вялость, ["Голова ватная, не работает"], апатию, подавленность, "дурное настроение", пустоту, недовольство, нарушения сна. Может быть множество других жалоб, в зависимости от индивидуальных особенностей психики пациента.

97. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления продуктов, которые содержат кофеин.

Картина опьянения при приеме кофеина, и в еще большей степени при употреблении чифира, напоминает гипоманиакальное состояние. Все виды ориентировки сохранены, внимание легко отвлекаемо. Настроение приподнятое, бодрое, ощущается прилив сил. Восприятие становится более ярким, образным, возникает творческое вдохновение. Мышление ускоряется, появляется ощущение легкости течения мыслей. Возрастает количество ассоциаций, темп их течения. Субъективно испытывается активация умственных способностей, улучшение памяти. Иногда развивается сексуальное возбуждение. Усиливается речевая активность. Возникает двигательное возбуждение, движения быстрые, легкие. Появляется склонность к конфликтам, вплоть до агрессии по отношению к окружающим. При злоупотреблении кофеином возможно развитие транзиторных делириозных расстройств длительностью не более 1–2 суток, а также не исключено возникновение сумеречных состояний сознания, состояний спутанности, острого галлюциноза.

98. Психические, поведенческие расстройства и психозы вследствие одновременного употребления нескольких наркотических веществ и использования других психоактивных веществ.

Полинаркомания – одновременное или последовательное употребление нескольких наркотических веществ с формированием зависимости к каждому. *Осложнённая наркомания* – помимо наркомании, сформирована зависимость к другому психоактивному веществу, не признанному наркотическим. Отличительными чертами полинаркоманий и осложнённых наркоманий являются тяжесть течения, ярко выраженный абстинентный синдром. Психические расстройства при этом зависят от того, какие вещества употребляются, и включают в себя нарушения сна, эпилептиформные припадки (чаще при опий+алкоголь), депрессивный синдром, изменения личности, амнезии, острые (по типу делирия) и хронические (похожи на шизофрению) психозы. *Клиника абстинентного синдрома* в случае полинаркоманий и осложнённых наркоманий содержит в себе признаки, присущие каждому из употребляемых веществ, но если среди препаратов есть опийные, то абстиненция в основном характеризуется действием препаратов этой группы.

99. Возрастные особенности наркоманий и токсикоманий.

Наркомания и токсикомания могут сформироваться в любом возрасте. У детей, рожденных матерями, страдающими опиоманией, обнаруживается выраженный и опасный для жизни абстинентный синдром. Основная масса больных наркоманией и токсикоманией – лица в возрасте от 16 до 30 лет. Особенно быстро формируется зависимость в детском и подростковом возрасте, что приводит к патологическому развитию личности или задержке психического развития. Случаи формирования наркомании у лиц зрелого возраста относительно редки, течение наркоманий при этом более благоприятное.

100. Понятие психогенного расстройства.

Психогенные расстройства – это большая и клинически разнообразная группа заболеваний, которые возникают в результате влияния острых или продолжительно действующих психических травм, проявляются не только психическими, но и соматоневрологическими нарушениями, имеют, как правило, обратимый характер. *Общим признаком всех психогенных расстройств является обусловленность их аффективным психогенным состоянием.* Чем острее аффективное переживание, тем отчетливее аффективно-суженное изменение сознания. Особенностью этих

расстройств являются единство структуры всех наблюдаемых расстройств и связь их с аффективными переживаниями. Среди психогенных расстройств выделяют продуктивные и негативные. Для отграничения продуктивных расстройств психогенной природы от других психических заболеваний пользуются критериями К. Ясперса:

- болезнь возникает вслед за психической травмой;
- содержание психопатологических проявлений вытекает из характера психической травмы, и между ними существуют психологически понятные связи;
- все течение болезни связано с травмирующей ситуацией, исчезновение или дезактуализация которой сопутствуют прекращению (ослаблению) заболевания.

101. Этиологические и патогенетические факторы психогенных расстройств.

Этиологическим фактором психогенных расстройств является психическая травма, т.е. события, которые относятся к важным аспектам существования человека и приводят к глубоким психологическим переживаниям. Это могут быть субъективно значимые события, т.е. такие, которые являются патогенными для большинства людей. Кроме того, психотравмирующими могут быть условно патогенные события, которые вызывают переживания у отдельного человека из-за особенностей её ценностной иерархии. Неблагоприятные психогенные влияния на человека приводят к стрессу, он может иметь позитивное, мобилизующее влияние, а может негативно влиять на организм. Стресс с негативным влиянием, который приводит к различным нарушениям и заболеваниям называется дисстрессом. В развитии психогений основную роль играет психологическая защита человека (крайние типы высшей нервной деятельности по И.П.Павлову больше подвержены психогениям). Также в развитии психогенных расстройств играют роль сила и личностная значимость психотравмы, острота и продолжительность действия, особенности интеллекта, общее самочувствие человека на момент действия психической травмы.

102. Классификация психогений.

- *Неврозы (невротические расстройства)*
 - Острая реакция на стресс
 - Депрессивные реакции
 - Невротические реакции
 - Истерические реакции
 - Психастенические реакции

- Паралич эмоций
- Неврозы
 - Неврастения
 - Истерия
 - Невроз навязчивых состояний
 - Невротические тревожные расстройства
 - Невротическая депрессия
- Неврозы у детей
 - Системные (моносимптомные) неврозы
 - Неврозы страха
 - Патологические привычные действия
- *Реактивные психозы*
 - Аффективно-шоковые реакции
 - Истерические психозы
 - Реактивные психозы
 - Реактивные параноиды
 - Реактивные паранойяльные состояния
- *Соматоформные расстройства*
 - Соматизированное расстройство
 - Недифференцированное соматоформное расстройство
 - Ипохондрическое расстройство
 - Соматоформная вегетативная дисфункция
 - Хроническое соматоформное болевое расстройство
- *Психосоматические заболевания*
- *Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)*

103. Определение понятия эмоционально-стрессовая, адаптационная реакции, неврозы.

Эмоционально-стрессовые реакции – это реакции двух типов: стенические (гнев, злость) или астенические (страх, печаль, обида).

Адаптационная реакция – это легкие или преходящие расстройства, сохраняющиеся дольше острых реакций на стресс и возникающие у лиц, ранее не страдавших психическим заболеванием.

Неврозы – это психогенно обусловленные обратимые психические расстройства, которые проявляются эмоциональной неустойчивостью, повышенным психическим истощением, нарушением общего самочувствия и разных соматовегетативных функций, но не изменяют самосознание личности и осознания болезни.

104. Клиническая картина неврастения.

Основа клиники — раздражительная слабость. Жалобы: утомляемость, слабость, ↓ работоспособности. Часто: зрительная, слуховая, тактильная гиперестезия. Инсомнии с поверхностным сном и быстрыми или медленным засыпанием. Головная боль разного типа (сдавление, стягивание, покалывание), очень неприятная для пациентов, усиливается после физического и умственного напряжения. Часто: неприятные ощущения в разных органах. Ипохондрические симптомы нередко сопровождают другие симптомы неврастения. Формы: гипостеническая (преобладает астения) и гиперстеническая (преобладает раздражительность).

105. Классификация и клиническая картина тревожных расстройств.

Паническое расстройство: быстро формируется страх ожидания повторных атак, которые больные пытаются скрыть. Панические атаки спонтанны вне связи с угрожающими жизни ситуациями. Тревога возникает внезапно, достигает максимума за несколько минут, сопровождается вегетативными расстройствами.

Генерализованное тревожное расстройство: стойкая бессодержательной тревога с чувством внутреннего напряжения и вегетативными симптомами (интенсивность меньше, чем при паническом расстройстве), чувства внутреннего дрожания, трусость, пессимистические ожидания, нетерпеливость, раздражительность, суетливость. Не критичны к своему состоянию.

Смешано тревожное и депрессивное расстройство: депрессивный и тревожный компоненты выражены недостаточно и ни один из них не доминирует над другим. Есть вегетативные расстройства. Проявляются в психогенных ситуациях.

106. Клиническая картина обсессивно-компульсивного расстройства.

Обсессивные (навязчивые) мысли — слова, идеи и убеждения, признаваемые больным как свои собственные, которые насильственно вторгаются в сознание.

Обсессивные образы — это живо представляемые сцены, часто имеющие характер насилия или вызывающие отвращение (сексуальные извращения).

Навязчивые размышления («умственная жвачка») — это внутренние дебаты, при которых бесконечно пересматриваются аргументы «за» и «против» наипростейших повседневных действий.

Обсессивные импульсы — это побуждения совершить действия, обычно разрушительные, опасные или способные опозорить.

Обсессивные ритуалы включают психическую деятельность (повторяющийся счет особым образом или повторение определенных слов), повторяющиеся, но бессмысленные поступки (мытьё рук по двадцать и более раз в день).

Тревога — необъяснимое чувство опасности.

107. Клиническая картина диссоциативных расстройств.

Истерический невроз — яркие и лабильные эмоции демонстративного характера, особо переменчивые, внезапно появляются и исчезают, часто — манипулирование окружающими (защитный характер). В случае истерического невроза нередко соматические и неврологические симптомы тесно связаны с содержанием психической травмы. Так, страх заболеть симулирует "симптомы" этого заболевания.

Аффективные нарушения: чрезвычайно лабильные эмоции, крайняя переменчивость настроения, бурные эмоциональные реакции. Переход от громкого рыдания к эйфории.

Вегетативные нарушения: разнообразные "соматические" симптомы (боли в сердце, сердцебиения, обморока, тошнота, боли в животе, одышка, приступы удушья, ошибочной беременности).

Двигательные расстройства: гиперкинезы (тики, тремор головы и конечностей, блефароспазм, хореоформные движений, судорожные приступов) / акинезии. Истерический судорожный приступ необходимо дифференцировать с эпилептическим.

Диссоциативных расстройств: амнезия, фуга, ступор, транс и состояние одержимости, истерические психозы.

108. Депрессивные невротические расстройства.

Причина: психогенная, травматическая ситуация. Вегетодистонические симптомы (нарушение сна, головная боль, боль в области сердца) → (2 недели) астения с ухудшением настроения и тревожностью. Жалобы на потерю радость от жизни без пессимистической оценки будущего (не учитывают нерешенную психотравмирующую ситуацию). Психотравмирующая ситуация обычно не отражается на переживаниях больных, не связывают свое состояние с ней. Значительно выражены соматовегетативные расстройства: колебание АД, дисфункция ЖКТ, инсомния (затруднено засыпание и пробуждение в утренние часы с чувством тревоги, сердцебиением), но нет ипохондрической фиксации на симптомах. Течение волнообразно, чаще как этап невротического развития личности.

109. Моносимптомные неврозы у детей.

Функциональная слабость той или другой соматовегетативной системы от ее незрелости / повреждения. Возникают по механизму условных рефлексов. Неврозы у детей – заболевание личности, задевающие ее значимые аспекты, систему ее отношений, чаще постепенное начало, чаще всего психогенное от длительных негативных. К системным неврозам относят:

- Поедания несъедобного (пика) в детском возрасте: в возрасте 1-6 лет, чаще у детей с тяжелой олигофренией.

- Невротический энурез: после острой / затяжной психической травмы в 4-5 лет, чаще ночью, инсомния, эмоциональная лабильность, плаксивость, зависит от обстановки.

- Невротический энкопрез: произвольное или непроизвольное психогенное опорожнение.

- Невротические тики: (чаще у детей школьного возраста) внезапные, быстрые, повторяемые стереотипные движения (мигание, подергивание плечами, головой, нижней челюстью, расстройства языка, покашливания, реже движения конечностей и туловища) сначала тики в стрессовых ситуациях => фиксация.

- Невротическая заикания: нарушение ритма, темпа и плавности языка, связано с судорожной возбудимостью мышц языкового аппарата.

- Елективный мутизм

- Патологически привычные действия

- Отрывание у детей грудного возраста

- Невротический кашель

110. Классификация, клиническая картина и лечение соматоформных расстройств.

Соматизированное: многочисленные стойкие / изменяемые соматические симптомы в течение 2+ лет без физиологического пояснения и относящиеся к любой части организма (чаще ЖКТ, кожа, ССС, мочеполовая). Часто коморбидно с тревогой и депрессией, зависимостью от ПАВ.

Ипохондрическое: постоянные идеи о наличии 1+ тяжелого соматического заболевания, с ложной болезненной интерпретацией нормальных ощущений и постоянными соматическим жалобами.

Соматоформная вегетативная дисфункция: жалобы на 1 систему с вегетативной регуляцией (ССС, дыхательная, ЖКТ). Симптомы — объективно отражают вегетативное нарушение / субъективны и неспецифически.

Хроническое соматоформное болевое: жалобы на постоянную интенсивную боль, частично объяснимую соматическим расстройством, на

фоне психоэмоционального конфликта, облегчаемая ↑внимания и поддержки со стороны близких и врачей.

Лечение: после исключения органической причины → психотропные средства разных классов (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики, карбамазепин) + соматотропные препараты (бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, гипотензивные препараты). Транквилизаторы → монотерапия / в комбинации с другими психотропными (короткими курсами ← зависимость). При хронических болевых синдромах → антидепрессанты, (антидепрессивный + первичный анальгезивный эффект), лучше — серотонинергические препараты (легче побочка [циталопрам, сертрапин, пароксетин, леривон]). Обязательна психотерпия.

111. Лечение и профилактика неврозов.

Лечение: психотерапия + психотропные с-ва, общеукрепляющая терапия + реабилитация.

Психотерапия:

Рациональная психотерапия: раскрытие патогенетической сущности конфликта, "запуск" невротической реакции, активизация положительных св-в личности, коррекция неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения, переработка патологического стереотипа поведения, нормализация системы эмоционально-волевого реагирования, изменение системы отношений.

Групповая: раскрытие и осознание конфликтных (невротических) ситуаций + их решение (перестройка). Работает с внутриличностной проблематикой и системой отношений пациента (дефекты → отражение в межличностном взаимодействии).

Автогенная тренировка: тренировка мышечной релаксации, самоуспокоение и самовоспитание.

Личностно-ориентированная психотерапия: формирование адекватного самосознания, раскрытие + переработка внутреннего психологического конфликта, коррекция неадекватных личностных отношений.

Гипнотерапия.

Наркопсихотерапия: наркотические средства → развивают / ↑ гипнотический сон.

Психотропные с-ва: бензодиазепины (феназепам/диазепам); производные гликоля (мепробамат/ мепротан); нейролептики (сонапакс/неулептил); антидепрессанты (амитриптилин/адаптол/ нормазидол/тонгинал); ноотропы (пирацетам/аминалон).

Профилактика: активный и здоровый образ жизни, регулярные физические упражнения, прогулки на свежем воздухе. Отсутствие

/↓ стрессов, благоприятная обстановка в семье, полноценный отдых и ночной сон, йога, творческие занятия.

112. Реактивные психозы: общие клинические признаки, критерии Яспера.

Психические нарушения психотического уровня ← сильное психотравматическое воздействие (превышающее адаптационно-компенсаторные возможности личности) → потеря способности критически оценивать окружающих и самих себя. Обратимы.

Клиника: нарушения восприятия мира, неадекватность поведения, отражение стресса в картине психического расстройства и завершение психоза после исчезновения травмирующих обстоятельств.

Триада (критерии) Яспера:

- (1) Основной и обычно непосредственной причиной расстройства является психотравмирующая ситуация;
- (2) Содержание болезненных переживаний психологически понятно (целиком определяется данной ситуацией или, точнее, ее представлением в сознании пациента);
- (3) Выздоровление наступает после того, как психическая травма устраняется или преодолевается пациентом.

113. Острые реактивные психозы.

Психотические состояния, возникающие в экстремальных ситуациях, опасных для жизни человека (катастрофы, которые вызывают страдания, смерть, ранения большого количества людей). Острое развитие → больные не успевают рационализировать все, что происходит → проявляют "биологические" формы защиты, неадекватные действия.

Гиперкинетическая форма (или психогенное возбуждение): страх, тревога, хаотичное нецеленаправленное возбуждение. Больные теряют ориентацию в окружающем, кричат, мечутся, импульсивно куда-то бегут, нередко в самое опасное место (фугиформные реакции). Мимика переживания, страха, ужаса + вегетативные нарушения: тахикардия, бледность / гиперемия, потливость.

Продолжительность: 15-20 мин, после выхода из болезненного состояния наблюдается амнезия.

Гипокинетическая форма (реакция «ложной смерти»): заторможенность → ступор, возникает внезапно, сразу после психической травмы. Больные застывают в позе (во время психической травмы). Не могут отойти в безопасное место, отсутствует речь (мутизм), взгляд направлен в пространство, они равнодушны к тому, что происходит вокруг, не

ориентируются в окружающем. Продолжительность от нескольких часов до 1-2 дней, после выхода из этого состояния – амнезия.

В постпсихотический период у больных обеих групп → выраженная астения, продолжается несколько дней.

114. Затяжные реактивные психозы.

Истерические психозы:

(1) Истерическое сумеречное помрачение сознания: неглубокое расстройство сознания, ↓ объема. Клиника острых реакций без полного "отключения" сознания, тревожность, демонстративность, истерическое возбуждение (то смех, то рыдания), зрительные галлюцинации (до 2 недель) → сохраняются отрывочные воспоминания. Синдром Ганзера: в судебно-психиатрической практике. Клиника: "миморечь".

(2) Псевдодеменция: сужение сознания + внезапное развитие состояния, напоминающего слабоумие (не понимают простых вопросов, на сложные отвечают; не могут выполнить простых действий, сложные выполняют). + психомоторное возбуждение (неусидчивость, ужимки → страх / тревога) / заторможенность (скорбная поза, беззвучный плач), (2 суток – 2 месяца) → воспоминания отрывочные/полностью отсутствуют.

(3) Пуерилизм: детское поведение (детские интонации, ползание, сюсюканье, не выговаривает отдельных слов) + сохранение привычек взрослого, н/п курить.

(4) Бредовые идеи (фантазии): неустойчивые, систематизированные идеи (величия, богатства, знатного происхождения, преследования/самообвинения), содержание меняется после вопросов/смены обстановки, нет полной уверенности, поведение театральное.

(5) Синдром регресса психики ("одичания"): поведение приобретает черты животных (возбуждены, испытывают страх, теряют навыки самообслуживания, ползают, лают, не пользуются одеждой/посудой).

(6) Истерический ступор: истерически суженное сознание → психомоторная заторможенность, мутизм, отказ от еды. Испытывают отчаяние, злость, страдания. Мышцы напряжены, сопротивляются попытке изменить позу. Восприятие окружающего полностью не теряется. Упоминание о психической травме вызывает страдания, вегетативные реакции.

Реактивные (психогенные) депрессии:

Острые депрессивные состояния ← длительные психотравмирующие переживания/воздействия психической травмы → страх, отчаяние, выражают мысли о смерти, нанесение себе/другим вреда. Затяжные реактивные депрессии: подавленность, безнадежность, тема психической травмы доминирует. *Типы реактивных депрессий:*

(1) Меланхолический: тоска, подавленность, идеи самообвинения, ↓стремление к деятельности.

(2) Тревожный: после психотравм, угрожающих жизни/у заключенных → тревога + соматовегетативные нарушения + ажитация.

(3) Истерический: преувеличивание страданий, стремятся вызвать сочувствие; преобладают театральность, карикатурность, патетика. Соматовегетативные нарушения: расстройства аппетита, сна; иногда развивается афония, астазия-абазия, признаки пuerилизма, псевдодеменции + демонстративные суициды.

(4) Астенический: тоска, слабость, гиперестезия, апатия, тяжелое бессилие.

(5) Ипохондрический: тревога, нарушения сна + вегетативные расстройства → убеждение больных в справедливости их подозрений. Иногда возникает ипохондрический бред.

Реактивные бредовые психозы:

Острый параноид: продромальный период с чувством тревоги, ожиданием неизбежного бедствия → внезапно чувство смертельной опасности → слуховые галлюцинации. Включает в себя: миграционный психоз, тюремный параноид.

Подострый параноид: (индуцированный) у людей с ↑внушаемостью в результате общения с психически больным.

Паранойальные реактивные психозы: сверхценные и бредовые идеи + подозрительность, настороженность, тревожность (думают, что близкие хотят им навредить, очернить, воруют их идеи).

115. Терапия реактивных психозов.

Аффективно-шоковые реакции: средства для устранения возбуждения, блокирующие аффект тревоги и страха (в/м введение аминазина (хлорпромазина) / галоперидола).

Нерезкое возбуждение → транквилизаторы (диазепам, хлордиазепоксид) в/м. Тяжелые истерические психозы → нейролептики в/в (галоперидол, трифлуперидол, трифлуперазин) + транквилизаторы.

Реактивные депрессии: тимолептические средства + транквилизаторы (диазепам, хлордиазепоксид) + нейролептики (сульпирид, алимемазин, хлорпротиксен) + трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин). Неглубокие депрессии → селективные антидепрессанты (мапротилин, пиразидол, тианептин, моклобемид) + препараты серотонинергической группы (флуоксетин, сертралин, пароксетин).

Подострые и затяжные бредовые психозы: купирование агрессии → нейролептики широкого спектра действия (хлорпромазин,

галоперидол, клопазин). Устойчивая постреактивная астения → ноотропы (пирацетам, энцефабол, аминалон).

Психотерапия: рациональная, когнитивная, суггестивная и др.

116. Экспертиза, профилактика, реабилитация при реактивных психозах.

Трудовая экспертиза: в период болезни больные временно нетрудоспособны, редко индивидуально решается вопрос об инвалидности.

Судебно-психиатрическая экспертиза: если противоправное действие совершено в состоянии психоза → невменяем. При возникновении психоза после совершения преступления → вменяем, но лечится перед осуждением.

Военная экспертиза: больные с реактивными психозами с затяжным течением непригодны к военной службе. Больные с умеренно выраженными реактивными психозами с благоприятным течением непригодны к военной службе в мирное время и пригодны к нестроевой службе в военное время.

117. Определение понятия «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР).

Это тяжёлое психическое состояние, которое возникает как отсроченная или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые способны вызвать дистресс почти у любого человека (катастрофы, войны, пытки, терроризм, сексуальное насилие, угроза смерти).

118. Клинические особенности ПТСР.

Тревожно-фобические состояния с плаксивостью, кошмарами, дереализацией, деперсонализационными нарушениями → наплывы неприятных воспоминаний, связанных с психотравмой, нередко навязчивого характера → эмоциональная подавленность, социальная отчужденность, ангедония, замкнутость, иногда злобность, внешние немотивированные вспышки агрессии → начинают злоупотреблять алкоголем, наркотиками, токсичными веществами. Характерные тревога, тоска, чувство собственной вины, бесполезности своей жизни, суицидальные мысли. У многих → страх засыпания (во сне – «переживают трагедию»).

Выделяют острый (<3 мес), хронический (>3 мес), с отсроченным началом (6 мес.+ после действия стрессового фактора). Часты коморбидные расстройства: депрессия, признаки генерализованного тревожного расстройства, фобии, зависимость от алкоголя.

119. Профилактика и лечение ПТСР.

Антидепрессанты селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: золофт (сертралин), флувоксамин (феварин), флуоксетин (прозак, циталопрам (ципрамил)).

Транквилизаторы (симптоматически): альпрозалам (ксанакс), диазепам (сибазон, реланиум), феназепам, гидазепам, грандаксин, рудотель и др. (не более 3 нед.).

Небензодиазепиновые снотворные средства: имован (зопиклон), ивадал (золпидем).

Нормотики: карбамазепин (финлепсин, тимонил), препараты вальпроевой кислоты, ламиктал (ламотриджин).

Нейролептики: сульпирид (эглонил), перициазин (неулептил), тиоридазин

Ноотропы: ноотропил (пирацетам), луцетам, пиридитол (энцефабол), фенибут, пантогам, пикамилон, когитум.

Бета-адреноблокаторы: анаприлин (пропранолол), талинолол (корданум), атенолол, тразикор.

Психотерапия: (1) бихевиоральная (поведенческая), (2) когнитивная / когнитивно-бихевиоральная, (3) психодинамическая. *Виды психотерапии*: (1) индивидуальная, (2) групповая, (3) семейная, (4) супружеская психотерапия, (5) социально-историческая коррекция.

120. Определение понятия шизофрения.

Шизофрения – это хроническое, психическое, эндогенное, прогрессирующее заболевание характеризующееся: негативными (непродуктивными) симптомами – апатия, абулия, аутизм, резонерство, разнопланность мышления, паралогичность (утрата логических связей), соскальзывание, вербигерации (периодическое бессмысленное повторение одних и тех же слов или фраз), персеверации (стабильное воспроизведение какого-либо высказывания, деятельности, эмоциональной реакции, ощущения), и позитивными (продуктивными) – иллюзии, галлюцинации, бред.

121. Причины шизофрении.

Иммунологическая теория (антительная агрессия к мозговой ткани), *аутоинфекционная теория* (эндогенная нейротоксичность как последствие хронических инфекционных заболеваний), *биохимическая теория* (катехоламиновый дисбаланс и индоламинавая интоксикация). *Генетическая предрасположенность*. *Факторы окружающей среды* –

перинатальная травма и вирусные инфекции могут способствовать развитию болезни.

Теорию психогенеза (травматический опыт) часто предшествует возникновению шизофрении. Прежде чем появятся какие-либо острые симптомы, люди с шизофренией обычно становятся агрессивными, тревожными и несфокусированными. Дебют может спровоцировать проблемы взаимоотношений, развод и безработица.

Ятрогенная шизофрения – марихуана и ЛСД вызывают обострения шизофрении. Кроме того, у людей с предрасположенностью к психотическим заболеваниям, таким как шизофрения, использование каннабиса может вызвать первый эпизод.

122. Основные признаки шизофрении.

Позитивная симптоматика: любые бредовые идеи (чаще – бред психического воздействия), галлюцинации (псевдогаллюцинации слуховые [императивные/комментирующие при параноидной ф.] / зрительные [онейроид при фебрильной и кататонической ф.]), симптом «открытого сознания».

Негативная симптоматика: структурные нарушения (аутистически избирательное мышление, резонерство, разноплановость мышления, паралогичность, соскальзывание, персеверации, шизофазия), резонерство (бесплодное мудрствование), разноплановость мышления, паралогичность (кривая логика), соскальзывание, вербигерации, стереотипные короткие фразы.

Эмоциональная сфера: эмоциональная обедненность, эмоциональная неадекватность, обеднение мимики и пантомимики, амбивалентность.

Волевая сфера: гипо-/абулия (снижение социальной активности, неспособность к трудовой деятельности).

123. Основные клинические формы шизофрении.

Параноидная шизофрения – характеризуется галлюцинациями, бредом, синдромом Кандинского-Клерамбо (слуховые псевдогаллюцинации, бредовые идеи психического воздействия (прямые/обратные), психические автоматизмы (прямые/обратные): идеотропные [управления мыслями], сенсорные [управление ощущениями], моторные [управления движениями тела]).

Кататоническая шизофрения – преобладание кататонического с-ма (кататонический ступор / возбуждение, простой вербальный галлюциноз, активный/пассивный негативизм, эхолалия и эхопраксия). Типы: люцидная, кататоническая (онейроид [сценородные фантастические

зрительные галлюцинации пугающего содержания без активного участия пациента], тотальная дезориентация), гипертермическая.

Гебефреническая шизофрения – грубые нарушения эмоционально-волевой сферы, детское поведение, дурашливость. Чаще возникает у детей подросткового возраста.

Простая шизофрения – преобладание негативной симптоматики на всем протяжении болезни.

Недифференцированная шизофрения – сочетание кататонической, гебефренической, параноидной шизофрении.

Резидуальная шизофрения – остаточные симптомы после «отзвучавшего» шизофренического процесса.

Постшизофреническая депрессия – долгое ↓настроения, нервозность, ↓двигательная деятельность, бред вины, малоценности. Все на фоне шизофренической симптоматики.

124. Типы течения шизофрении.

Непрерывно-прогредиентный – развивается постепенно, в течении многих лет, → специфическая деменция. Продуктивные симптомы присутствуют все время, ↑негативные расстройства. В зависимости от степени прогредиентности выделяют: злокачественную (гебефрения, галлюцинаторно-бредовая ф., простая ф.), вялотекущая (легкие нарушения → распад личности).

Приступообразно-прогредиентный (шубообразный) – заболевание в виде приступов (2-8 недель), ↓качество ремиссий (1-12 месяцев) при каждом приступе, приступ обогащается новыми симптомами (гебефреническими, галлюцинаторно-параноидными, шизофазическими). Продуктивная симптоматика хорошо поддается терапии, после каждого приступа ↑негативные симптомы → со временем дефект личности, прогрессия после каждого приступа.

Рекуррентный (периодический) тип – хроническое течение с толчкообразными приступами – атипичные / маниакальные / депрессивные фазы со стойкими ремиссиями → приступы учащаются и удлиняются. Характерен для шизоаффективных психозов. Негативные симптомы нарастают медленно: после первых приступов – практически здоровы, лишь после серии приступов появляются изменения личности.

125. Конечное состояние шизофрении. Понятие про ремиссию и дефekt.

Конечные состояния:

(1) Вяло-апатические: слабоумие, выраженные шизофренические изменений личности с позитивной симптоматики, апатия, мимика бедная, речь монотонная. Иногда: стереотипные автоматизмы, торпидность мышления, резонерство, паралогичность.

(2) Акинетические кататонические и негативистические: глубокий регресс поведения, продуктивные расстройства с преобладанием акинетических кататонических нарушений или негативизма. Амимия, абулия, ригидность поз, пассивная подчиняемость, мутизм. Обездвиженность \longleftrightarrow ритмические покачивания, стереотипными движениями конечностей.

(3) Гиперкинетические кататонические: (+«бормочущее слабоумие») гебефреническая ф. шизофрении \rightarrow стереотипное двигательное беспокойство, гримасы, вычурные движения, ритуалы. Иногда: дурашливость, детскость, уменьшительная лексика, мутизм, отказ от пищи, эпизоды кататонического возбуждения.

(4) Галлюцинаторно-бредовые: выраженный шизофренический дефект + сохранившаяся и стабильная галлюцинаторно-бредовая симптоматика. Преобладают отрывочные бредовые идеи величия и преследования (фантастичны и абсурдны) / слуховые псевдогаллюцинации / другие проявления психических автоматизмов («носители голосов») \rightarrow оскудение и фрагментация симптоматики. Шизофазия.

Типы ремиссий: Тип А (полная ремиссия) – полная редукция позитивных синдромов, слабые негативные. Работоспособность и семейно-бытовое положение в норме. Тип В (неполная ремиссия) – полная редукция позитивных симптомов, умеренно выраженные негативные \rightarrow реабилитация. Ограничение трудоспособности вплоть до спещехов. Тип С – значительная редукция позитивных симптомов (дезактуализированный бред, элементы галлюциноза), выраженные негативные симптомы: апатико-диссоциативный дефект \rightarrow лечебно-трудовые мастерские. Частичная ремиссия (ремиссия "Б") – внутрибольничное улучшение, незначительное купирование всех симптомов \rightarrow только лечение.

Дефекты психики: астенический (вялость, больные критичны к состоянию), психопатоподобный (импульсивность, нетактичность, конфликтность), паранояльный (настороженны, обстоятельное мышление), гипоманиакальный (\uparrow настроение, многословность, суетливые), апатико-абулический (апатичны, бездеятельны, эмоционально уплощены).

126. Принципы терапии шизофрении.

Цели: устранение или \downarrow симптомов, профилактика рецидивов, \downarrow потребности в психиатрической помощи, ресоциализация. Показаниями для

неотложной госпитализации без согласия больного: неадекватность поведения (бред, галлюцинации, болезненная тревога, страх, растерянность), возбуждение (гебефреническое, кататоническое, маниакальное), депрессия с суицидальными мыслями.

Основа активной терапии (в приступ) → психотропные средства. Нейролептики типичные (выраженный антипсихотический + седативным эффект [галоперидол, тривотизин, аминазин]). Атипичные нейролептики (антипсихотический эффект – ↓ негативной симптоматики [рисполепт, солиан]). Нормотимики (нормализация эмоционального фона). Параноидная форма с психомоторным возбуждением, кататоническое и гебефреническое возбуждение, чувством страха и беспокойства → седаторы, тормозного эффекта (аминазин, тизерцин, галоперидол, клопиксол. С-м Кандинского-Клерамбо – (галоперидол, трифтазин, рисполепт, клопиксол, солиан). Затяжное течение → (азалептин, солиан).

Поддерживающая терапия (1 приступ → 1 года, 2 приступа → 3 года, 3+ → пожизненно): атипичные нейролептики (при ↓ сотрудничества → нейролептики пролонгированного действия [модитен-депо, галоперидол-деканоат, тиоридазин]) + при паркинсонизме, дистонических явлениях → циклодолом, трифену, паркопаном. При кататонии, шизоаффективных психозов с депрессией, фебрильной шизофрении → электроконвульсивная терапия.

127. Клиническая картина маниакально-депрессивного синдрома. Циклотимия.

Маниакально-депрессивный психоз – эндогенное заболевание, (1) биполярный тип течения: с чередованием противоположных состояний (фаз) – маниакальной и депрессивной + светлый промежуток между; (2) монополярный тип течения: только маниакальная / только депрессивная фазы.

Депрессивная фаза: резкое усиление негативных эмоций, замедление темпа мышления, заторможенность вплоть до ступора, ↓ аппетита, ↓ либидо, потеря интереса к чему-либо, расстройство сна, склонность к суицидальным мыслям.

Маниакальная фаза: усиление эмоций (эйфория), ↑ целенаправленной активности и концентрации внимания, и ее привлечения, ускоренное мышление, ↓ потребности во сне. Возможна агрессивность, гипербулия (тяга к деятельности).

Циклотимия – форма маниакально-депрессивного психоза, при которой психические нарушения выражены незначительно, возможно полное выздоровление, нет социальной дезадаптации. (1) Субдепрессивные

состояния → ↓настроения, ↓волевой активности, расцениваемые как периоды "лености", ↓общительности, немного ↓производительность и инициативность, стремление к одиночеству, ↓разговорчивыми. Многие продолжают ходить на работу, больные "через силу" выполняют домашние обязанности, вызывает у них трудности. (2) Гипоманиакальные состояния: ↑настроения, ↑общаются, быстрая работа, ↑творческий потенциал, ↑производительность труда.

128. Маскируемые депрессии.

Маскированная депрессия → эмоциональный компонент незначителен, превалируют двигательные, вегетативные, чувствительные нарушения (эквиваленты депрессии) → жалобы на общее недомогание, потерю аппетита, боль в позвоночнике, в желудке, кишечнике, бессонница, ↓работоспособность → обращение к интернистам. «Маски»: *патохарактерологические расстройства* (дипсомания, употребление наркотиков), *асоциального поведения* (Импульсивность, конфликтность, вспышки агрессии), *истерические реакции*.

129. Особенности аффективных расстройств у детей и подростков

Дошкольники → соматические и вегетативные симптомы: депрессии → нарушения сна и аппетита, вялость, медлительность, капризность, ↓интерес к игрушкам.

Младшие школьники: депрессии → ↓успеваемость, появляется заторможенность, застенчивость, мрачность, бледный вид + никакой соматической патологии; мании → чрезмерная активность, нарушения поведения, болтливость, постоянный смех, лицо гиперемировано, глаза блестят (более заметны, чем депрессии).

Подростки: типичные для депрессии признаки (чувство тоски, грусти, подавленности) + тоскливое, дисфорическое настроение, конфликтные отношения с близкими и сверстниками, мысли о собственной неполноценности, суицидальные поступки; мании → психопатоподобными формами поведения (нарушениями школьной дисциплины, алкоголизация, правонарушения, агрессия) → маскирование фазы маниакально-депрессивного психоза.

130. Принципы терапии больных аффективными расстройствами.

Первый этап: купирующая терапия → быстрое устранение острой аффективной симптоматики. *Маниакальное возбуждение* → 10-15 мг в/в галоперидола + соли лития (купируют триаду, но не седируют → нормотимик + нейролептик. *Тревожная депрессия* → амитриптилин.

Депрессивные фазы → ингибиторы моноаминоксидазы: нуредаль, нилаальмида, трансамина (преобладает стимулирующий эффект) + электросудорожная терапия (6-8 сеансов) / инсулинотерапия гипогликемическими дозами (20-25 гипокликемий).

Второй этап: стабилизирующая терапия (с момента достижения терапевтического эффекта → становление клинической ремиссии / окончания фазы): аналогична купирующей, но в меньших дозах.

Третий этап: профилактическая терапия → предотвращение рецидива (амбулаторно не менее года). Наличии маниакальных приступов, реже депрессивных → соли лития. Психотерапия: поддерживающая, когнитивная, интерперсональная, групповая, проведение санитарно-просветительной работы, генетическое консультирование, здоровый образ жизни.

131. Суицидальное поведение при психических заболеваниях и у психически здоровых лиц.

Суицид – умышленное самоповреждение с летальным концом. В основе → психологический кризис, переживания целой гаммы негативных эмоций (отчаяния, горе, страх, чувство беспомощности, вины, гнева, желание отомстить или прервать невыносимые душевные или физические страдания). Возможные смыслы суицида: протест и месть, призыв, предотвращение (наказание, страдание), самонаказания, отказ.

"Протестные" формы → ситуация конфликта (объективное звено враждебно/агрессивно по отношению субъекта) → содержание суицида – негативное влияние на объективное звено. Месть → конкретная форма протеста → конкретный ущерб враждебному окружению. Данные формы поведения ← наличие высокой самооценки и самоценности, активная/агрессивная позиция личности → трансформация гетероагрессии в аутоагрессию.

"Призыв" → активации помощи извне с целью изменения ситуации. Позиция личности менее активна.

"Предотвращение" (наказание/страдание) → угроза личностному или биологическому существованию, которой противостоит высокая самооценности. Содержание: предотвращение непереносимости имеющейся угрозы путем самоустранения.

"Самонаказание" ("протест во внутреннем плане личности") → конфликт внутренний в случае своеобразного расщепление "Я", интериоризации и сосуществовании двух ролей: "Я - судья" и "Я - подсудимого" (содержание суицидов самонаказанию → разные оттенки: "уничтожения

в себе врага" ["От судьбы", "сверху"] / "искупления вины" ["от подсудимого", "снизу"]]).

132. Антисуицидальная терапия. Психопрофилактика суицидального поведения.

Цель лечения – решить проблемы, обуславливающие суицидальность, а не стремиться к предотвращению суицида любой ценой. Никто, кроме самого человека, "уставшего от жизни", не может уберечь его от самоубийства.

Профилактика суицидов → предоставление социальной помощи при наличии тяжелых жизненных обстоятельств (патронаже одиноких, стариков, потерявших связи) + более раннее подключения психотерапии (невротично обусловленные трудности → контакта и достижение понимания) + открытие консультаций (брачные консультации, консультирование по вопросам воспитания) и служб, предоставляющих амбулаторное лечение (амбулатории, социально психиатрические учреждения) + содействие организации служб опеки и телефонной службы доверия из лиц разных специальностей (психиатры, психотерапевты, практикующие врачи, психологи, социальные работники, попечители, юристы). Раннее распознавание угрозы суицида проводят врачи разных специальностей и прежде всего домашние (семейные) врачи.

133. Первичная (генуинная) и вторичная (симптоматическая) эпилепсия. Пароксизм, его клиническая характеристика.

По этиологическими признакам выделяет 3 типа эпилепсии: идиопатическая (генуинная) → наследственность; симптоматическая → гетерогенное заболевание с установленной этиологии (болезнь головного мозга) и криптогенная (генетический фактор отсутствует любое заболевание ГМ отсутствует).

Клинической характеристикой эпилептического припадка (пароксизма) являются: (1) внезапное появление (в любое время суток, неожиданно), (2) кратковременность (как правило, пароксизм длится от нескольких секунд до нескольких минут), (3) самостоятельное устранение (приступ прекращается самопроизвольно), (4) повторяемость с тенденцией к учащению, (5) "фотографическое" сходство припадка (проявления каждого следующего пароксизма практически полностью совпадают с предыдущими припадками).

134. Классификация пароксизмальных проявлений. Тонико-клонический судорожный припадок, помощь больному.

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

Генерализованный тонико-клонический припадок: напряжение всех мышц (тоническая) → попеременное расслабление-напряжение (клоническая), мидриаз с арефлексией зрачков, ↑саливация, + прикус языка в клонической фазе → кровянистые пенистые выделения изо рта, ↑потовых, трахеобронхиальных и других желез → 10-15 мин непосредственно после приступа – коматозное состояние (мышечная атония [непроизвольное выделение мочи и кала через расслабление сфинктеров], зрачковые и корнеальные рефлексы отсутствуют, ↑глубокие рефлексы, сознание полностью отсутствует) → мидриаз исчезает, восстанавливаются поверхностные рефлексы, ↓глубокие рефлексы + симптомом Бабинского → восстановление сознания → жалобы на головную боль, боль в мышцах, плохое самочувствие → полная амнезия. Помощь: больному придать удобное положение, голову повернуть на бок, фиксировать нижнюю челюсть (профилактика прикуса) → засесть время и дожидаться конца припадка → измерить АД, пульс, ЧДД → обеспечить покой, темноту, не будить больного → передать специалисту-неврологу.

135. Эпилептический статус и лечебные мероприятия по выведения больного из этого состояния.

Эпилептический статус – фиксированное состояние, при котором каждый следующий приступ начинается до завершения предыдущего.

Причинами эпилептического статуса могут быть: неадекватное лечение, резкое ↓доз или отмена противоэпилептических препаратов, резистентность к ним, а также присоединения дополнительных факторов (острые инфекции, интоксикации, в частности потребления алкоголя, черепно-мозговые травмы, соматические заболевания).

Клиника и лечение – см. вопрос 3.13.

136. Принципы терапии больных эпилепсией.

Лечение пароксизмов: поставить точный диагноз, тип приступов, комплексность и постоянство. Предпочтительна монотерапия (см. вопрос 3.12) с постепенным ↑дозы до ↓симптоматики. В случае неудачи → 2 линии.

Лечение психических расстройств: нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты.

Пациенту: пояснить важность терапии, научить правильно принимать препараты, социально-психологическая реабилитация пациента и его семьи; организация рационального режима дня (нормированный сон, не допускать стрессовых ситуаций, ↓ работу за компьютером / просмотр тв;

Диета: молочно-растительная, ↓ потребление жидкости, соленых и острых блюд, мяса; ↓ потребление крепкого чая и кофе, исключить алкогольные напитки.

137. Расстройства личности и поведения у взрослых, факторы, которые благоприятствуют их развитию.

К расстройствам поведения и личности относят устойчивые аномалии характера, проявляются дисгармонией эмоциональной и волевой сферы и преимущественно аффективным мышлением, которые препятствуют социальной адаптации. *Типы: см. 142 вопрос. Факторы:* патология беременности, травмы, инфекции, интоксикация, родовые травмы, асфиксия при родах, черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, нейроэндокринные заболевания, менопауза, пубертат, стресс, низкий социальный уровень, душевные травмы.

138. Причины олигофрении и классификация по этиологическим признакам. Принципы терапии, коррекции, экспертизы, реабилитации при олигофрениях. Организация учебно-воспитательного и трудового процесса при олигофрении.

Олигофрения – врожденное / приобретенное на ранних этапах развития слабоумие, проявляющееся общим психическим недоразвитием и интеллектуальным дефектом:

- (1) Наследственно обусловленные нарушения обмена веществ и хромосомные болезни;
- (2) Инфекционные агенты → внутриутробное развитие / первый год жизни;
- (3) Многочисленные интоксикации;
- (4) Воздействие лучистой энергии в период беременности;
- (5) Иммунологическая несовместимость тканей матери и плода;
- (6) Нарушения питания развивающегося, кислородное голодание мозга;
- (7) Недоношенность беременности, механические травмы во время родов, травмы беременной / ребенка в первые годы жизни;
- (8) Влияние негативных социально-культурных факторов.

Лечение: комплексное → медикаментозное (симптоматические: ноотропы, рассасывающие, психофармакотерапия [нейролептики,

антидепрессанты, транквилизаторы], противосудорожные, тиреоидные [ТЗ,4], антифенилкетонурические), психолого-педагогические мероприятия и меры воспитательного плана.

Трудовая экспертиза: тяжелая степень дебильности, имбецильность, идиотия → нетрудоспособные (группы инвалидности); легкая степень дебильности → уровень интеллектуального дефекта + эмоционально-волевые + личностные расстройства → инвалидность да/нет.

Реабилитация олигофрении: воспитательные и коррекционные мероприятия → вспомогательные школы (профессиональная ориентация + трудовая адаптация лиц с легкой степенью умственной отсталости). Лица с имбецильностью и идиотией нуждаются в уходе и опеке.

Трудовой процесс: социально-трудовая адаптация → ряд специфических особенностей, требует специальных последовательных приемов и методов профессионального обучения → постепенное включение подростков в самостоятельную трудовую деятельность в производственной или сельскохозяйственной сфере.

139. Клинические формы олигофрении. Соматоневрологические проявления олигофрении.

Клинические формы

- (1) олигофрении эндогенной природы: (а) поражение генеративных клеток родителей [болезнь Дауна и другие олигофрении в результате хромосомных aberrаций, (б) настоящая микроцефалия, (в) энзимопатичные формы олигофрении с наследственным нарушением различных видов обмена, (г) слабоумие с нарушением развития костной системы и кожи [дизостозичная, ксеродермичная олигофрении].
- (2) эмбриопатии и фетопатии: олигофрения (а) обусловленная внутриутробной краснухой, (б) обусловленная другими вирусными инфекциями [ЦМВ, грипп, паротит, гепатит], (в) обусловленная токсоплазмозом, листериозом, (г) обусловленная врожденным сифилисом, (д) обусловленная гормональными нарушениями у матери, (е) обусловленная резус-конфликтом матери и плода.
- (3) олигофрении, обусловленные патологией родов и постнатального периода: (а) в результате асфиксии и родовой травмы, (б) вызванная черепно-мозговой травмой в раннем возрасте [до 3 лет], (в) вызванная перенесенной в раннем детстве нейроинфекцией [менингит, энцефалит, арахноидит].

Соматические признаки олигофрении: нет специфической неврологической картины → признаки диффузной симптоматики: изменения со стороны рефлексов, гипотония, птоз век, косоглазие, легкие парезы.

Распространены недостатки органов чувств: зрения и слуха, аномалии челюстно-лицевой области («волчья пасть» и «заячья губа»), внутренних органов (сердца и магистральных сосудов, пищеварительного тракта, мочеполовой системы, органов дыхания), пороки развития опорно-двигательного аппарата (контрактуры и вывихи суставов), патология позвонков, синдактилии, олиго-, полидактилии.

140. Принципы терапии, коррекции, экспертизы реабилитации при олигофрениях. Организация учебно-воспитательного и трудового процесса при олигофрении.

См. 138 вопрос.

141. Психофизический инфантилизм. Пограничная умственная отсталость.

Психофизический инфантилизм: гармоничный (эмоционально-волевая + личностная незрелость гармоничны физическому недоразвитию); дисгармоничный (нормальное / ↑ физическое развитие + эмоционально-волевая и личностная незрелость); органический (вредное воздействие на ГМ в перинатальном периоде → все вышеперечисленное + церебростенические расстройства [быстрая утомляемость, раздражительность, истощение внимания, вегетативная дисрегуляция] + психоорганические расстройства);

Задержка психического развития вследствие социальной депривации ← ↓ социальных контактов (деформированные, малокультурные семьи при отсутствии надзора и воспитания)

Патология органов зрения и слуха → больные осознают неполноценность → невротические и патохарактерологические реакции.

Пограничная умственная отсталость: вредные факторы в перинатальном/постнатальном периоде + социально-культурные факторы → дизонтогенез, влияние хроногенного фактора → нарушение созревания отделов ГМ и их дисрегуляция (функциональная недостаточность); Лечение: лекарственные препараты (↑ гемодинамики и биохимических процессов ГМ), индивидуальный подход и специальные программы обучения, социализация. Экспертиза: индивидуальна с учетом уровня задержки психического развития и способности правильно оценивать реальные события.

142. Клинические варианты психопатий и акцентуаций характера. Основные принципы терапии, реабилитации и профилактики расстройств личности и поведения у взрослых.

Психопатии:

- (1) эксплозивная (↑раздражительность, взрывчатость),
- (2) эпилептоидная (приступообразные эпизоды потери контроля над поведением, склонность к агрессии),
- (3) истерическая (с детства, чаще женщины → демонстративность, театральность поведения, эмоциональность),
- (4) диссоциальная (слабость высших форм волевой деятельности, игнорируют правила общества, беззащитны перед социумом, легко поддаются влиянию),
- (5) психастеническая (тревожно мнительны в сочетании с нерешительностью и постоянными сомнениями),
- (6) тревожная (уязвимость и чувство неполноценности),
- (7) шизоидная (замкнутость, уход в себя (аутизм), необщительность, малоэмоциональность и безразличие к близким),
- (8) астеническая (утомляемость, невозможность выдержать повседневные физические и психические нагрузки, беспомощность перед трудностями, неуверенность в себе),
- (9) параноидальная (подозрительность и недоверчивость к окружающим);

Акцентуации характера (типы):

- (1) гипертимический (↑общительность, ↑настроение, самостоятельные, озорные, недисциплинированные, легкомысленные, склонны к алкоголизации, побегам, бродяжничеству);
- (2) циклоидный (пубертат → субдепрессивная фаза [апатия, ↓сил, уныние, раздражительность] → падение (1-2 недели) → подъем (редко) → обычное состояние (редко) → склонны к суициду);
- (3) лабильный (дорожат близкими, тяжело переносят отстраненность от знакомых, ↑настроение из-за незначительных причин, ↓самочувствия, вегетативная лабильность);
- (4) астеноневротический (основа невротических реакций и неврозов ← ↑утомляемость, раздражительность, склонность к ипохондрии);
- (5) сенситивный (↑↑уязвимость и чувство собственной неполноценности, робкие, стеснительность в общении с посторонними, маскируются под антипода самого себя);
- (6) психастенический (нерешительны, склонны к умеренности, самоанализу, тревожной мнительности, легко возникают навязчивые страхи, опасения → защитные ритуалы, формирование неврозов навязчивых состояний);
- (7) шизоидный (отстраненность, эмоционально холодны, замкнуты, живут в своем мире, одиноки, отсутствие навыков общения);
- (8) эпилептоидный (взрывчатость, дисфории, внимательны к своему

здоровью и благополучию, демонстративные суициды, злопамятны, мстительны);

- (9) истероидный (эгоцентричные, не переносят равнодушие, асоциальные, невыносимые, демонстративные суициды, алкоголизм, побеги из дома),
- (10) неустойчивый (непослушные, непоседливые, трусливые, легко поддаются под влияние, неспособны к сопереживанию, праздность, алкоголизм, игромания),
- (11) конформный (главная черта – стремление к общепринятым нормам во всех сферах жизни, попав в плохую среду, они быстро усваивают его образ жизни, обычаи, навыки, консервативны и малоинициативны);

Лечение: медикаментозное воздействие + социальные + педагогические воздействия; Во время декомпенсированных состояний применяют нейролептики (агрессия, коррекция поведения), антипсихотические препараты (параноидальные), антидепрессанты (тревожные состояния, ипохондрики, сомнения), транквилизаторы (дистимии), ноотропы (астеники); Главная – психотерапия, рациональная психотерапия (разъяснительные беседы о характерологических особенностях психопата, о его ↑ требованиях к окружающим), гипнотерапия, автогенная тренировка.

Профилактика и реабилитация: организация социально-экологического окружения (правильная трудовая ориентация, выработки морально-этических и социально принятых норм поведения, социализация).

143. Определение понятия «ранний детский» и «атипичный аутизм». Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Принципы коррекции и реабилитации.

Ранний детский аутизм (с. Каннера) – полиэтиологическое заболевание, аномалия психического развития, проявляется до 2,5-3 лет. Атипичный аутизм – проявляется или позже 3 лет или не имеет один из диагностических признаков.

Клиника см. 48 вопрос

Диагностика: невозможность устанавливать полноценные отношения с людьми с начала жизни; крайнее отстранения от окружающего мира с игнорированием средовых раздражителей; недостаточность коммуникативного использования языка; ↓ зрительного контакта; страх изменений в окружающей обстановке; непосредственные и отдаленные эхолалии; задержка развития "Я"; стереотипные игры с неигровыми предметами;

Лечение: стимуляция речевого и социального развития, программа поведенческой терапии (эмоциональный контакт, адаптивность

поведения, обучение оперантное), диета (запрещено крупы, молоко и молочных продуктов, глутаминовая кислота и аспартам), медикаменты (амитриптилин, атипичные нейролептики, витамины группы В, транквилизаторы, антисеротонинергичные, диуретики, препараты улучшающие мозговое кровообращение, церебролизин;

144. СДВГ у детей и подростков. Расстройства социального поведения. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Принципы медико-педагогической коррекции, социальной реабилитации.

СДВГ:

Этиология: перинатальные поражения ЦНС, генетика, алкоголизация родителей.

Патогенез: минимальная мозговая дисфункция / нарушение катехоламинового обмена → нарушение ↑РФ → ↓интегративных процессов и внимания → задержка обработки внешних стимулов → негативные эмоции → агрессивность, раздражительность, двигательное беспокойство.

Клиника: начало = 3-5 лет, яркое = 6-7 лет → разные формы (дефицит внимания с гиперактивностью, дефицит внимания без гиперактивности, гиперактивность без дефицита внимания) → ↓усвоение навыков чтения, письма, ↑ошибок, драчливость, «непослушание» → антисоциальное поведение = 13-14 лет. *Дополнительно:* импульсивность, метушение, трудность окончания работы, сосредоточения, забывчивость.

Расстройства социального поведения:

Варианты: расстройство поведения, ограниченное рамками семьи (норма вовне); несоциализированное расстройство поведения (враждебен к сверстникам); социализированное расстройство поведения (дружелюбен к сверстникам, агрессивен к опекунам); дерзкое оппозиционное расстройство (театральность, негативизм, аморальность)

Клиника: наличие устойчивого паттерна дерзкого, асоциального и противозаконного поведения с нарушением общепринятых норм и прав окружающих: частые и выраженные проявления гнева и злости, выходящие за пределы возрастной нормы; лживость и безответственность; побеги из дома; совершения противоправных действий (кражи, грабежи) стремление к сексуальному насилию; издевательство над окружающими.

Лечение: немедикаментозно: режимы сна, работы, отдыха, хобби; поощряющие мероприятия; семейная и групповая психотерапия; аутогенная тренировка → медикаментозно: ноотропы, амитриптилин, психостимуляторы, атипичные нейролептики.

Реабилитация: строгий контроль, нормализация семьи, гармонизация социальных отношений.

ЧАСТЬ 4: ЛИТЕРАТУРНЫЕ ИСТОЧНИКИ

- (1) Неврология: учебник / Григорова И.А. [и др.]; под ред. И.А. Григорова. – К.: ВСИ "Медицина", 2016. – 680 с.
ISBN 978-617-505-509-0
- (2) Неврология в схемах и таблицах: руководство для студентов и врачей-интернов / [Дубенко Е.Г. [и др.]; под ред. Проф. Е.Г. Дубенко. — Харьков: ХГМУ, 2000. — 86 с.
- (3) Руководство к практическим занятиям по топической диагностике заболеваний нервной системы / Скворцова В.И. [и др.]; под ред. чл.-кор. РАМН В.И. Скворцовой. – М.: Литтера, 2012. – 256 с.
ISBN 978-5-4235-0065-8
- (4) Бер М. Топический диагноз в неврологии по Петеру Дуусу: анатомия, физиология, клиника. / под ред. М. Бера и М. Фроштшера, пер. с англ. О.С. Левина. — 3-е изд. — М.: "Практическая медицина", 2016. — 608 с.
ISBN 978-5-98811-306-5
- (5) Психіатрія і наркологія: підручник / В.Л. Гавенко [та ін.]; за ред. проф. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. — 2-ге вид., переробл. і допов. — К.: ВСВ "Медицина", 2015. — 512 с.
ISBN 978-617-505-422-2
- (6) Общая психопатология: учебное пособие для студентов медицинских вузов и врачей-интернов / [Гавенко В.Л. [и др.]; под ред. проф. В.Л. Гавенко. — Харьков: ХГМУ, 2002. — 176 с.
- (7) Бухановский А.О. Общая психопатология: пособие для врачей / Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е.. — Ростов н/Д.: ЛРНЦ "Феникс", 2003. — 416 с.
ISBN 5-222-03657-X