***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 ↑tтела → аменция → хаотичные движения или сопор + кома; (2) кататоно-онейроидная → редко, сохранена реакция на шепотную речь, нет характерных признаков кататонии при шизофрении, преимущественно на фоне оглушения; (3) депрессивно-параноидная → ↑сенсетивности, 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 невральных и мозговых оболочек. Клиника зависит от локализации, размера, гистологии + темпов роста.

*Симптомы*: общемозговые (приступообразная головная боль → постоянная + тошнота, рвота и помрачение сознания, эпиприступы), 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 внемозговой локализации.***

Морфологическая основа внемозговых опухолей = его оболочки, ЧМН, гипофиз. Представлены менингиомами, невриномамы 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*: отиатрическая 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*: ириобретенный → депрессивные, депрессивно-параноидные расстройства, астения, ↓ассоциативных процессов, ↓ амяти, гипотимия, эмоциональная лабильность, апатия, помрачение сознания (сновидное, 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 профилактика 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 консультация психиатра.

При *вторичном поражении нервной сис*темы → 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 сознание, 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: *Апоплектиформная*: поражение сосудов мозга → инсульты → очаговые поражения + общемозговые симптомы, эпизоды сумеречного помрачения сознания → лакунарное слабоумие. *Псевдоневрастения*: 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 распущенность, эмоциональная лабильность, ± бред величия (нелепость и грандиозность), редко → идеи преследования, ипохондрический бред → терминальная: глубокое слабоумие, полный психический и физический маразм, утрата самообслуживания.