***1. 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 аберраций, (б) настоящая микроцефалия, (в) ензимопатичные 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 неврологическая 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.

***2. 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 болезенной интерпретацией нормальных ощущений и постоянными соматическимм 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.

***3. 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.

1. Клинические формы: олигофрении эндогенной природы, возникают в связи с поражением генеративных

клеток родителей: а) болезнь Дауна (и другие олигофрении в результате хромосомных аберраций); б) настоящая микроцефалия; в) ензимопатични формы олигофрении с наследственным нарушением различных видов обмена (белкового, углеводного и жирового); г) клинические формы олигофрении, характеризующихся сочетанием слабоумия с нарушением развития костной системы и кожи (дизостозична, ксеродермична олигофрении). эмбриопатии и фетопатии: а) олигофрения, обусловленная краснухой, перенесенной в период беременности; б) олигофрения, обусловленная другими вирусными инфекциями (цитомегалия, грипп, паротит, гепатит); в) олигофрения, обусловленная токсоплазмозом, листериозом; г) олигофрения, обусловленная врожденным сифилисом; д) олигофрения, обусловленная гормональными нарушениями у матери; е) олигофрения, обусловленная резус-конфликтом матери и плода. олигофрении, обусловленные патологией родов и постнатального периода: а) олигофрения в результате асфиксии и родовой травмы; б) олигофрения, вызванная черепно-мозговой травмой в раннем возрасте (до 3 лет); в) олигофрения, вызванная перенесенной в раннем детстве нейроинфекцией (менингит, энцефалит, арахноидит).

Соматические признаки олигофрении, специфическая неврологическая картина при олигофрении отсутствует, однако признаки диффузной симптоматики: изменения со стороны рефлексов, гипотония, птоз век, косоглазие, легкие парезы и др.

*Широко 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.*

***2. Классификация, клиническая картина и лечение соматоформных расстройств.***

К соматоформным расстройствам отнесены такие подгруппы:

1. **Соматизированное расстройство**. Клиническую картину представляют многочисленные стойкие и изменяемые соматические симптомы, которые существуют не менее двух лет при отсутствии соматических заболеваний, которые могли бы эти симптомы объяснить. Симптомы могут относиться к любой части тела или системе, чаще всего - пищеварительной, кожной, сердечно-сосудистой, мочеполовой. Наблюдается частая коморбидность с тревогой и депрессией, злоупотреблением психоактивными веществами.
2. **Ипохондрическое расстройство**. Проявляется наличием постоянных идей о существовании одного или более тяжелых соматических заболеваний, при котором нормальные, обычные ощущения интерпретируются как анормальные и болезненные. Больные постоянно выдвигают соматические жалобы.
3. **Соматоформная вегетативная дисфункция.** Жалобы больного постоянно относятся к одной из систем, что находится под воздействием вегетативной регуляции (сердечно-сосудистая, дыхательная или пищеварительная). Симптомы отображают объективные признаки вегетативного нарушения или являются субъективными и неспецифическими.
4. **Хроническое соматоформное болевое расстройство.** Жалобы на постоянную интенсивную боль, которую нельзя полностью объяснить физиологичным процессом или соматическим расстройством. Возникает на фоне психоэмоционального конфликта, имеет значение вторичная польза от усиления внимания и поддержки со стороны близких и врачей.

**Лечение** начинают после исключения органической причины страдания. Во время терапии соматоформных расстройств используют психотропные средства разных классов (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики, карбамазепин), а также соматотропные препараты (бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, гипотензивные препараты). Широко применяют транквилизаторы как в виде монотерапии, так и в комбинации с другими психотропными средствами (короткими курсами в связи с риском развития зависимости). Во время лечения больных с хроническими болевыми синдромами показанные антидепрессанты, которые дают рядом с антидепрессивным также и первичный анальгезивный эффект. Лучше применять серотонинергические препараты в связи с их более благоприятным профилем побочных эффектов (циталопрам, сертрапин, пароксетин, леривон).

Больным со всеми клиническими формами соматоформных расстройств показанная психотерапия.

***3. 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.

История болезни больного психиатрического профиля имеет ряд особенностей:

1. Паспортные данные: фамилия, имя, отчество; год рождения; национальность; профессия; если инвалид, то какой группе; место работы; место жительства; кто направил и кто доставил в клинику; дата госпитализации диагноз (лечебного учреждения, который направил; при госпитализации клинический диагноз).

2. Жалобы больного: если удается их собрать, подробно описывают на время курации, а жалобы на время госпитализации переносят в анамнез заболевания; если пациент считает себя здоровым, это тоже нужно записать.

3. Объективный анамнез (указать источник, из чьих слов и по каким документов):

а) анамнез жизни: условия и воспитания в семье; психические отклонения и болезни у

ближайших родственников; физическое и психическое развитие больного в дошкольном, школьном и старшем возрасте; успешность в обучении; освоения специальности; служба в армии; работа; семейную жизнь; особенности характера; перенесенные заболевания; механические и психические травмы; вредные привычки (курение, употребление алкогольных напитков и др.); сон аппетит; половая функция;

б) анамнез болезни: когда, при каких обстоятельствах, остро или постепенно начались отклонения в переживаниях и поведении больного (подробно описывают, в чем именно это проявлялось - от первых проявлений и в течение заболевания) если больной ранее получал лечение амбулаторно или в психиатрических больницах, отмечают в хронологической последовательности, как протекала болезнь, чем лечили и какие это имело последствия, как сказывалось на отношении

больного к семье, на работоспособности и стало непосредственной причиной обращения к психиатру и госпитализации . Во время первого осмотра нужно отметить, по чьей инициативе и какой причине обратились к психиатру или госпитализировали пациента. Должна быть записана не только адрес больного, а и фамилия, имя, отчество, адрес и телефоны его ближайших родственников. Также нужно указать сведения о том, кто доставил больного в психиатрическую клинику. Собирают и подробно описывают историю жизни и болезни психически (объективный анамнез).

4. Субъективный анамнез: у больного узнают о его жизни и болезни, при этом акцент делают на субъективных переживаниях. Записывают только те данные, дополняющие или отрицают объективный анамнез.

5. Соматическое состояние: результаты обследования органов и систем (расспросы, пальпация, перкуссия, аускультация). Обращают внимание на строение тела, патологические изменения, телесные повреждения, лихорадочное состояние.

6. Неврологическое состояние: результаты полного неврологического обследования, как принято в неврологической клинике. Особое внимание обращают на симптомы поражения головного мозга, черепных нервов, оболочку мозга (афазия, дизартрия, расстройства почерка, ходьбы, нраксису, нападения, ригидность затылочных мышц, менингеальные симптомы Кернига, Брудзинского и др.).

7. Лабораторные и другие параклинические исследования: клинические анализы крови и мочи, анализ спинномозговой жидкости, рентгенологические и серологические, биохимические исследования, экспериментально-психологические, нейрофизиологические, электрофизиологические и другие специальные методы (исследование глазного дна, ЭКГ, ЭЭГ и т.д.).

8. Психическое состояние. Исследуют состояние психики больного по определенному плану:

а) внешний вид (одежда, прическа, украшения);

б) особенности контакта - активный, пассивный; легкий в общении, плохо идет на контакт; производительный (адекватно отвечает на вопросы, раскрывает тему),

формальный, не контактирует (не отвечает или отвечает не по существу)

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.

При этом важным условием объективного отражения психического статуса больного является не констатация, а описание конкретных проявлений нарушения психической деятельности.

Обращают внимание на особенности поведения больного, выражение лица, движения, содержание бредовых мыслей. Приводят характерные высказывания больного. Не желательно использовать психиатрическую терминологию типа: "больной депрессивный", "у пациента выявлено слуховые галлюцинации", "больной выражает бредовые идеи ревности" и др.

Только после детального описания психопатологических симптомов кратко отмечают отсутствие других признаков нарушения психической деятельности (сознание сохранено, память не нарушена, интеллект соответствует образованию и жизненному опыту и т.д.). В конце описания подробно обосновывают синдромологического диагноз с акцентом на индивидуальных особенностях психопатологических симптомов. При этом используют психиатрические термины и рядом (в скобках) отмечают, на основании которых проявлений психических расстройств установлено именно этот симптом.

9. Диагноз и его обоснование. На основании результатов полного клинического обследования, анализа жалоб больного, субъективного и объективного анамнеза жизни и болезни, результатов соматоневрологического исследования, лабораторных данных и методов параклинического исследования (психологических, электрофизиологических) обосновывают диагноз. (Отмечают также сопутствующие болезни - без детального обоснования их.)

10. Заключительный диагноз записывают после того, как кратко приведут данные, которые непосредственно касаются основной болезни. Отмечают также сопутствующие заболевания (без обоснования).

11. Дневники ведут при курации. В них записывают высказывания больного, выводы после наблюдения за его поведением, дают перечень консультаций, лабораторных данных и внесенных в лечебные мероприятия изменений.

12. Лечение. Описывают все методы, которые применяли в лечении пациента. В случае необходимости приводят также рецепты использованных психотропных препаратов.

13. Прогноз. Приводят рассуждения куратора о ходе болезни у пациента, высказывают предположение о его дальнейшего жития.

14. Медико-социальная, военная, судебно-психиатрическая экспертизы.

15. ЭПИКРИЗ. При выписке пациента историю болезни завершают эпикризом, в котором куратор кратко приводит все сведения (анамнестические, клинико-психопатологические,

лабораторные и др.), Которые дают основание поставить диагноз, отмечает методы лечения, его последствия, прогноз болезни и рекомендации по дальнейшей трудовой деятельности. Копия эпикриза является медицинским документом, который направляют в неврологический диспансер по месту жительства больного и по запросу других психиатрических учреждений.

История болезни больного психиатрического профиля является не только медицинским и научным, но и юридическим документом. (После каждой записи свою подпись ставят куратор, консультант или члены ВКК пр.)