

ЛЕКЦИЯ ВОСЬМАЯ

**Психические нарушения при
соматической, инфекционной,
интоксикационной, органической,
церебральной и резидуально-
органической патологии**

Важность знания психических расстройств при соматических заболеваниях:

I. Сами соматические заболевания, ограничивая его привычную деятельность, воздействуют на психику соматически больного в качестве стрессового фактора. Это, в свою очередь, приносит в клиническую картину заболевания дополнительную симптоматику.

II. Вторым важным моментом, и этого нельзя забывать врачам общей практики, является то, что некоторые психические заболевания начинаются с соматизированных расстройств, например, соматизированная депрессия, ипохондрические проявления.

Сердечно-сосудистая система

1. У сердечных больных часто отмечается ряд особенностей, как эгоцентризм, раздражительность, капризность, боязливое беспокойство, тревожный сон.

2. Резкое расстройство сердечной деятельности может вызвать психопатологический синдром, протекающий по типу экзогенной реакции: чаще всего наблюдается состояния возбуждения (в виде делириозного состояния), связанные с чувством страха: больной спутан, появляются иллюзорные, галлюцинаторные обманы чувств, главным образом зрительного характера. Настроение преимущественно беспокойно-боязливое, реже веселое. Больной много говорит, часто бессвязно, куда-то стремится, кричит, стонет.

3. Формы, близкие к маниакальным, с повышенной отвлекаемостью, болтливостью, веселым настроением, в виде комбинации идеи преследования и величия.

4. После быстрого исчезновения оттенков и явлений застоя появляется иногда длительное боязливо-депрессивное или аментивное состояние.

5. Психотическая реакция, сопровождаемой острыми приступами и связанный с чувством предсердечной тоски, страхом смерти, резким возбуждением и незначительным помрачением сознания.

6. Лечение заключается в устранении нарушений циркуляции крови (сердечные средства, диуретические средства), в связи с чем улучшается часто и психическое состояние.

Желудочно-кишечный тракт.

1. Острые энтериты вызывают вялость, сонливость, расстройство внимания, резкое чувство неудовлетворенности.

2. Запоры вызывают чувство общего недомогания, раздражительность, упадок трудоспособности.

3. У маленьких детей расстройства желудочно-кишечного тракта могут дать резкую картину психических отклонений (плаксивость, раздражительность, затруднения восприятий и т.д.), иногда напоминающих явления менингизма.

4. Паразиты в кишечнике могут вызвать у детей делириозное состояние возбуждения и эпилептиформные припадки.

5. У взрослых описаны картины резкого возбуждения, связанного со спутанностью, которые Вагнер-Яуреи объясняет самоотравление продуктами распада в кишечнике.

Заболевания печени.

1. Желтуха вызывает обычно раздражительность, апатию, снижение инициативы, усталость, состояние "тумана в голове", в редких случаях сновидные сумеречные состояния с галлюцинациями.

2. Особенно характерны делириозные состояния спутанности при острой желтой атрофии печени, при которой, как правило, бывают психотические отклонения. Появляется оглушенность, головные боли, усталость, беспокойство, больные кричат, бегают и т.д. Через несколько дней при все увеличивающемся помрачнении сознания наступает смерть.

Заболевание почек.

1. Острая уремия начинается с головных болей, рвоты, чувство резкой усталости, безразличия и раздражительности, затем появляются припадки или обмороки, вслед за которыми развевается характерная картина оглушенности и делириозного состояния, а иногда катонические явления. Больные бессвязны, спутаны, дезориентированы: восприятия, внимание, способность к комбинированию нарушены, настроение эйфорично либо озлобленное, боязливое, зависящее или от соматических симптомов (головные боли, чувство разбитости и т.д.), или от галлюцинаций (зрительные, слуховые) часто наблюдается резкое двигательное возбуждение.

2. Хроническая уремия может представить дифференциально-дигностические затруднения по отношению к прогрессивному параличу, опухоли мозга. Наряду с упадком психической деятельности, мы констатируем атаксию, расстройство речи, зрения, рефлекс Бабинского и т.д.

3. При псевдоуремии, которая связана с расстройством сосудистой системы и начинается с почечных явлений, мы имеем наряду с признаками повышенного внутричерепного давления, застойными и ишемическими явлениями - эпилептиформные судороги, к которым присоединяется большей части сумеречные состояния эпилептического характера. Впрочем, бывают и расстройства экзогенного типа, как аментивные состояния, галлюцинозы и параноиды.

Пернициозная анемия.

1. При формах преобладает депрессивный синдром, с которого иногда начинается пернициозная анемия.

2. В более тяжелых случаях мы наблюдаем приступы делириозной спутанности, зрительные и галлюцинации, бредовые идеи преследования или величия, конфабуляции. Настроение боязливое, временами эйфоричное. Резкое двигательное и речевое возбуждение. Прогноз очень неблагоприятный. Реже наблюдается боязливо - параноидный синдром.

3. Спутанность и тяжелое сумеречное состояние наблюдается иногда при тяжелой острой потере крови.

Психические расстройства при эндокринопатиях.

1. нервно-психические отклонения при эндокринных заболеваниях необычайно часты, что с уточнением соматического состояния мы наблюдаем улучшения и в психической сфере.

2. Для правильной оценки необходимо различать эндокринные патопластические и эндокринные патогенетические расстройства.

3. Базедова болезнь. Заболевание зависит от гиперфункции щитовидной железы. Со стороны психики часто наблюдается обострение тех особенностей характера, которые Леви и Ротишильд связывают с так называемым "гипертиреоидным темпераментом". Основным в характере базедовика является ослабление психического сопротивления, проявляющееся в повышение психической возбудимости ко всякого рода раздражителям, ощущением, и понижение работоспособности (легкая утомляемость, полая выносливость). Больные нетерпеливы, раздражительны, эмоционально неустойчивы, эмотивны вплоть до эксцессов, гневливы, капризны, беспокойны, что проявляется в многоречивости, жестикуляции. Настроение у них изменчивое: то тревожно подавлено, то иногда чрезмерно веселое. Суждение одностороннее, пристрастны, зависят от настроения. Сознание всегда сохранено. Интеллект не затронут. У некоторых больных эпизодически развивается бредовое отношение к окружающим: подозрительность, идеи ревности, ипохондрические идеи. Перед засыпанием иногда отмечают галлюцинации: сон обычно плохой, часто кошмарные сновидения.

4. При микседеме. С психической стороны болезнь характеризуется нарастающим замедлением и торможением психических функций - брадипсихизм. Восприятие внешних впечатлений затрудняется, больные становятся тяжелодумами, мысли "как бы завуалированы". Интеллект в строгом смысле слова сохранен, память ослаблена, особенно на последние события, приходится все записывать. Сознание ясное. Больше всего страдает эффе́ктивная сфера. Одновременно нарастает и психомоторная заторможенность: выполнение простейших житейских задач требует огромных усилий. Очень большая утомляемость. При острой микседеме, которой осложняется иногда климакс, наблюдаются нестойкие галлюцинации и делириозное состояние (иногда с возбуждением) по типу экзогенных реакций. Микседема провоцирует иногда и приступы маниакально-депрессивного психоза.

Акромегалия

1. Наблюдается упадок интеллектуальной деятельности, понижение способности к концентрации внимания, ухудшение памяти, понижение инициативы, сужение и притупление эмоциональной сферы, безучастие, апатия, сонливость, замедленность движений и речи, реже - раздражительность, капризность, слабОВОлие.

2. В более тяжелых случаях встречаются симптомы оглушенности, Корсаковский синдром. Иногда акромегалия сочетается с психозами, не находящимися в непосредственной связи с ней: с эпилепсией, маниакально-депрессивным психозом, провоцирующим фактором. Часть симптомов надо рассматривать как явления повышения внутричерепного давления

Адипозо-генитальная дистрофия

1. Некоторые случаи протекают без каких-либо психических осложнений, в другой части случаев имеются аномалии характера, отдельных психических явлений.

2. Память, способность к запоминанию понижены. Наиболее характерны изменения в области эмоций, настроения. Говорят о "гипофизарном настроении" у этих больных с эйфорией, равнодушием к окружающему и сонливостью. У некоторых больных отмечается эретическое слабоумие, т.е. резкая степень умственной недостаточности, веселое настроение, психомоторное беспокойство и возбуждение.

3. Наблюдается нередко эпилептиформные судороги (давшие некоторым авторам право говорить о гипофизарной эпилепсии)

Сосудистые заболевания головного мозга, гипертоническая болезнь, гипотония, церебральный атеросклероз являются системными заболеваниями сосудов головного мозга с нарушением эндокринных, нейрогуморальных, биохимических процессов обмена веществ, идет пропитывание стенок сосудов липидами, сужение кровеносного русла и снижение эластичности стенок, за счет чего нарушается трофика ткани, возможен тромбоз и некроз участков ткани при развивающемся склерозе.

Этиопатогенез гипертонической болезни по Лангу

1 стадия – функциональных сдвигов – транзиторное повышение артериального давления, артериальное давление лабильно.

2 стадия – патологических функционально-органических изменений сосудов, где все симптомы стабильны, АД повышено, но уровень его может изменяться.

3 стадия – органические изменения сосудов (инсульт, некроз, тромбоз) - выражены склеротические изменения, органическая недостаточность (энцефалопатия) в различной степени выраженности.

Авербух и другие авторы считают, что для возникновения психических расстройств сосудистого генеза необходимо сочетание эндогенных и экзогенных факторов:

1. наследственная отягощенность;

2. преморбидные особенности - патологические (психопатические) черты, которые затрудняют адаптацию;

3. добавочные патогенетические факторы (алкоголь, ЧМТ, курение, дистрофия).

**Психические расстройства при
сосудистых нарушениях по типу течения
могут быть:**

- 1) острые
- 2) подострые
- 3) хронические

По степени выраженности:

- 1) невротического уровня
- 2) психотического уровня
- 3) деменции

Стадии психотических расстройств при сосудистых нарушениях

I стадия – неврастеническая
раздражительность,
слабость, рассеянность

Астенический синдром.
Замедление умственной деятельности, снижение памяти: затруднение воспроизведения недавних событий ► снижение продуктивной умственной работы

Астено-депрессивный синдром.
Пониженное настроение с чувством безнадежности связанного с переживанием ухудшающегося физического и психического состояния

Психопатоподобный синдром ► заострение преморбидных черт

II стадия –
энцефалопатическая

Происходит формирование психоорганического синдрома. Симптоматика сосудистого генеза имеет характерную черту – мерцание ► связано с компенсацией и декомпенсацией гемодинамики

III стадия - деменция

Является парциальной, то есть больные длительное время критичны.
дисмнестическая - грубые нарушения памяти при сохранности критики;
сенильноподобная - огрубление, черствость, потеря стыда, скупость, суетливость;
псевдопаралитическая - расторможенность, беспечность, утрата морально-этических критериев;
псевдотуморозная - загруженность до оглушенности с очаговыми явлениями.

Лечение.

Необходимо:

1. улучшить мозговое кровообращение;
2. антисклеротические средства (линетол, метеонин, мисклерон, стугерон, циннаризин, кавинтон, сермион) - улучшают капиллярное кровообращение и снижают воспалительный процесс в интиме сосудов;
3. сосудорасширяющие средства - папаверин, дибазол, спазмолитин, нигексин;
4. антикоагулянты - гепарин, синкумар;
5. психотропные препараты - фенолон, этаперазин, санопакс, неулептил;
6. антидепрессанты - триптизол, амитриптилин; транквилизаторы, лепонекс, ноотропы, антиконвульсанты.

При назначении лечения следует помнить следующие принципы:

1. учитывать этап, клинику, патогенез болезни;
2. комплексность лечения;
3. назначение лечения после тщательного обследования;
4. сочетать действие лекарств на психику и организм больного;
5. учитывать переносимость препаратов: назначать мягкие нейролептики, 1/3 дозы с медленным индивидуальным подбором терапевтической дозы.

Инфекционные психозы - группа психических заболеваний, причиной которых являются инфекции. Психические нарушения при инфекциях зависят от природы инфекционного заболевания, особенностей реагирования на болезнь центральной нервной системы, а также от локализации болезненного процесса. Важное значение в понимании сущности и происхождения инфекционных психозов сыграла концепция Бонгеффера об экзогенном типе реакции.

Психические расстройства возникают как при многих общих инфекциях, так и при инфекциях центральной нервной системы. Разделение психических расстройств при инфекционных заболеваниях на так называемые симптоматические - при общих инфекциях, и органические - при интракраниальных, непосредственно поражающих головной мозг инфекциях, весьма относительно. Это обусловлено тем, что общие инфекции при неблагоприятном течении на определенном этапе могут поражать головной мозг, приобретая практически клиническую картину интракраниальных инфекций.

Клинические проявления.

Психические нарушения при общих инфекциях.

В основе инфекционных психозов лежат прежде всего психопатологические расстройства, относящиеся к так называемым экзогенным типам реакции (К. Бонгеффер): делирий, аменция, сумеречное состояния эпилептиформное возбуждение, галлюциноз. Они протекают в следующих формах:

1) транзиторных психозов, исчерпывающихся синдромами поомрачения сознания: делирий, аменция, оглушение, сумеречное помрачение сознания (эпилептиформное возбуждение), онейроид; скоропроходящи и не оставляют никаких последствий;

2) затяжная (протрагированных, пролонгированных) психозов, протекающих без нарушения сознания (переходные, промежуточные синдромы), к которым относятся галлюциноз, галлюцинаторно-параноидное состояние, апатический ступор, конфабулез;

3) необратимый психический расстройств с признаками органического поражения центральной нервной системы - Корсаковский, психоорганический синдромы.

Скарлатина

При легкой форме болезни уже на второй день вслед за кратковременным возбуждением развивается астеническая симптоматика. При среднетяжелой и тяжелой формах скарлатины астения у детей первые 3-4 дня сочетается с легкой оглушенностью. При тяжелых формах скарлатины возможно развитие психозов преимущественно в виде делирия и онейроида с периодически усиливающимися галлюцинациями с фантастическим содержанием.

Рожистое воспаление

Сравнительно редко сопровождается развитием психических расстройств. При остром течении болезни на высоте лихорадки на фоне астенической симптоматики может развиваться транзиторный психоз в виде abortивного, обычно гипнагогического, делирия. При вялом или затяжном течении рожистого воспаления может развиваться аментивное состояние. Этот синдром возникает, как правило, вслед за кратковременным гипоманиакальным состоянием с эйфорией. При затяжном течении болезни могут возникать психозы без нарушения сознания.

Среди промежуточных или переходных синдромов при роже чаще встречаются астенодепрессивный, астеноипохондрический, гипоманиакальный. При тяжелом течении инфекции, развитии флегмоны возможное состояние. Прогноз транзиторных и пролонгированных психозов при роже благоприятный.

Кишечные инфекции Психические нарушения включают в себя астенические расстройства с плаксивостью, тоской, тревогой.

Брюшной тиф сопровождается астенией, адинамией, бессонницей, устрашающими гипнагогическими галлюцинациями, нередко тревогой, страхом.

Тропическая малярия сопровождается симптомами, указывающими на поражение мозга. Такие случаи заболевания относятся к церебральной форме малярии. При проявлении даже слабовыраженных психических расстройств без каких-либо неврологических симптомов принято говорить о церебральной форме.

Судорожный синдром представляет собой существенное проявление церебральной малярии. Важным для диагностики этой формы болезни признаком является ригидность мышц затылка, иногда паралич глазных мышц, другие формы поражения черепных нервов, моноплегия, гемиплегия, нарушения координации движений и гиперкинезы.

Грипп – психические расстройства наблюдаются во время эпидемий.

Психозы развиваются на высоте инфекции через 2-7 дней, реже - 2 недели после падения температуры тела. При развитии психоза в остром периоде отмечается нарушение сознания со зрительными галлюцинациями. При постгриппозном психозе развиваются аффективные расстройства, страхи. У детей появляются головные боли, анорексия, брадикардия, глубокая астения с расстройствами сна, психосенсорными нарушениями, страхами, болью в сердце, угнетенность. Иногда имеют место тоскливое возбуждение, бред самообвинения. Астения может сопровождаться выраженными расстройствами.

Корь нередко развивается в ночное время в виде делириозного возбуждения (лихорадочный бред). Иногда делирий развивается и днем, появляется двигательное беспокойство с внезапным плачем, криком. Нередко развиваются оглушение, спячка. Формирующийся психоорганический синдром сопровождается развитием психопатоподобных изменений.

Свинка мало отличается от психической патологии при скарлатине и кори. Осложнением свинки может быть менингоэнцефалит, сопровождающийся тяжелым оглушением, сопором и даже комой. При этом возможны также припадки, гиперкинезы, параличи.

Пневмония возможные делириозные эпизоды в вечернее и ночное время, сонливость днем может сопровождаться парейдолическими иллюзиями. У больных хроническим алкоголизмом пневмония может способствовать развитию белой горячки.

Ревматизме более 100 лет привлекают к себе внимание В. Гризингер описал меланхолию и ступор при этом заболевании. Ведущим в клинической картине психических нарушений при ревматизме является астенический синдром, который правильнее называть церебрастенией (Г.А.Сухарева). К особенностям ревматической церебрастении относится триада двигательных, сенсорных расстройств.

Эпидемический энцефалит Острая стадия заболевания характеризуется внезапным появлением или развивается после непродолжительных продромальных явлений с нерегулярной лихорадкой. Для этого периода характерным является нарушение сна, причем чаще наблюдается сонливость, поэтому эпидемический энцефалит называется иногда иначе - сонным, или летаргическим. В некоторых случаях, наоборот, имеет место стойкая бессонница. Острая стадия болезни продолжается от 3-5 недель до нескольких месяцев и может сопровождать психическими расстройствами, выраженными в делириозной, аментивно-делириозной и маниакальной формах.

При *делириозной форме* нарушение сознания может предшествовать неврологическим нарушениям. К неврологическим расстройствам на этой стадии болезни относятся парезы глазодвигательного и особенно отводящего нервов, диплопия, птоз. К особенностям относятся галлюцинации от грезоподобного или устрашающего характера, то элементарные (молния, свет); развиваются также элементарные слуховые галлюцинации (музыка, звон), реже - вербальные и тактильные обманы (жжение).

Нередко развивается *профессиональный делирий*. Возможно развитие бредовых идей. Характерно, что делириозная форма часто наблюдается на фоне выраженных других токсических проявлений (повышенная температура тела, резкие гиперкинезы симптомы), а при тяжелом течении заболевания возможен муситирующий делирий.

Аментивно-делириозная форма - вначале характеризуется появлением картины делирия, которая через несколько дней сменяется аментивным синдромом. Эта форма длится до 3-4 нед и, так же как и делириозная форма, кончается исчезновением психопатологических симптомов с последующей более или менее продолжительно астенией. Реже у больных развивается онейроидное состояние.

Маниакальная форма - характеризуется проявлением признаков маниакального синдрома.

Клещевой энцефалит. Наблюдаются проявления синдромов помраченного сознания.

Бешенство - Наблюдаются повышена чувствительность к разным раздражениям, главным образом к малейшему дуновению воздуха (аэрофобия). Нарастают двигательное беспокойство и агитация. Больные становятся депрессивными, испытывают страх смерти, уверены в неминуемой кончине. Характерна водобоязнь (гидрофобия). Наступают парезы и параличи конечностей. Усиливаются нарушения речи. Нарастает состояние оглушенности, переходящее в сопор.

Менингит В prodromальном периоде менингита отмечается астеническая симптоматика. На высоте болезни в основном наблюдаются состояния помрачения сознания.

Психические нарушения при гнойном менингите могут отличаться от серозного. Так, при эпидемическом церебро-спинальном менингококковом гнойном менингите в остром периоде преобладает оглушение с эпизодами делириозного и аментивного помрачения сознания, в наиболее тяжелых случаях возможно развитие сопорозного и коматозного состояний.

Особенности течения общих и мозговых инфекционных психозов у детей.

У детей при грубых воздействиях инфекционной патологии нередко развивается состояние оглушения, затем сонор и кома. К особенностям детского возраста относится также часто предделириозные состояния: раздражительность, капризность, тревога, беспокойство, повышенная чувствительность, слабость, поверхностность восприятия, внимания, запоминания, нередко возникают гипнагогические иллюзии и галлюцинации. Важнейшая роль чувствительность к токсическим воздействиям. У них чаще развиваются судорожные состояния, гиперкинезы. Продуктивная симптоматика в этой возрастной группе очень редка и проявляется в двигательном возбуждении, заторможенности, рудиментарных делириозных состояниях, иллюзиях. Астенические расстройства являются почвой для формирования невротических реакций.

При эпидемическом энцефалите у детей и подростков формируются психоподобные расстройства, импульсивное двигательное беспокойство, расстройство влечений, дурашливость, асоциальное поведение, неспособность к систематической умственной деятельности при отсутствии деменции.

Прогноз.

Острые инфекционные психозы обычно проходят бесследно. В неблагоприятных случаях инфекционный делирий протекает с глубоким помрачением сознания, резко выраженным возбуждением, принимающим характер беспорядочного метания (мусситирующий делирий), и заканчивается летально. Прогностически неблагоприятным является сохранение подобного состояния при падении температуры тела. Протрагированные психозы могут приводить к изменениям личности по органическому типу.

Лечение

Острых и пролонгированных 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 секдуксена или реланиума внутривенно.

Лечение протрагированных психозов осуществляется нейролептиками с учетом психопатологической симптоматики. Наряду с аминазином применяются другие нейролептики с седативным действием: френолон, хлорпротиксен и др. При этом ряд авторов рекомендуют избегать использования таких препаратов, как галоперидол, трифтазин (стелазин), мажептил, тизерцин (нозинам) в связи с их гипертеомическим свойством.

При депрессивных состояниях наиболее широко используются триптизол (амитриптилин), азафен. При ажитации их следует сочетать с аминазином или френолоном. При нарушении функции печени дозы френолона и седуксена значительно снижаются.

При необратимым психических расстройствах в виде корсаковского и психоорганического синдромов широко используются препараты ноотропного ряда.

Психические расстройства травматического генеза

Периоды последствий травматического повреждения головного мозга

Начальный (до 1 недели)	Острый (до 1-3 месяцев)	Поздний (до 1 года)	Отдаленные последствия (свыше 1 года)
<ul style="list-style-type: none"> ☠ Общемозговые проявления ☠ Синдромы выключения сознания (оглушение, сопор, кома) 	<ul style="list-style-type: none"> ☠ Апатический синдром ☠ Травматические «сумерки», делирий, онейроид ☠ Корсаковский синдром ☠ Травматические аффективные и галлюцинаторно-бредовые психозы ☠ Травматический сурдомутизм ☠ Эпилептиформные припадки 	<ul style="list-style-type: none"> ☠ Постепенно сглаживаются все явления острого периода ☠ Полное выздоровление или переход в период отдаленных последствий 	<ul style="list-style-type: none"> ☠ Цереброастения ☠ Психопатоподобный синдром ☠ Эпилептиформный синдром ☠ Травматические эндоформные психозы ☠ Психоорганический синдром ☠ Травматическая деменция

КЛИНИКА И ТЕЧЕНИЕ

Сумеречные состояния (несколько часов - несколько дней). Их возникновение связано с внутричерепной гипертензией или дополнительными вредностями (алкоголизм, соматическое заболевание, переутомление).

Делирий - может возникать через несколько дней после восстановления сознания под воздействием дополнительных вредностей. Продолжительность - от нескольких часов до 2-3 дней.

Онейроид - встречается редко. Продолжительность - от нескольких часов до 5-6 дней.

Корсаковский синдром - затяжная форма острого травматического психоза. Продолжительность - от нескольких дней до 1,5 - 2 месяцев.

Бредовые психозы. Продолжительность - несколько дней.

КЛИНИКА И ТЕЧЕНИЕ

Аффективные психозы - встречаются редко. Чаще дисфоричное или слегка повышенное настроение. Могут быть гипоманиакальные и маниакальные состояния. Реже наблюдаются субдепрессивные и депрессивные состояния.

Пароксизмальные расстройства:

- судорожные эпилептиформные припадки, чаще джексоновские, реже большие судорожные припадки;
- гиперкинезы;
- пароксизмы психосенсорных расстройств (метаморфозии, расстройства схемы тела).

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЧМТ

Они могут быть определены как травматическая болезнь: **Травматическая астения (церебрастения)** - клинически выражается в головных болях, головокружении, ощущении тяжести в голове, резкой утомляемостью, снижении работоспособности, наличии выраженных вегетативных и вестибулярных расстройств, нарушении внимания и сна, снижении аппетита, повышении потливости. Больные плохо переносят жару, изменение барометрического давления, езду на транспорте. Эта симптоматика усиливается при утомлении больного, при воздействии дополнительных вредностей - травм, инфекций, интоксикаций, соматических заболеваний и может значительно уменьшаться после отдыха или, в более тяжелых случаях, адекватной терапии.

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЧМТ

Травматическая энцефалопатия - обязательно включает в себя разнообразные очаговые неврологические рас-стройства. Могут отмечаться и эпилептиформные припадки. Часто наблюдаются эпизодические состояния нарушения сознания по типу сумеречных и аментивных с психомоторным возбуждением и последующей амнезией. Для больных характерны более отчетливые нарушения памяти, некоторое снижение интеллекта, психопатоподобное поведение. Наблюдаются следующие:

Изменения личности при травматической энцефалопатии:

эксплозивный - с взрывчатостью, резкой раздражительностью, грубостью, склонностью к агрессии;

эйфорический - с повышенным фоном настроения и снижением критики;

апатический - с вялостью, аспонтанностью.

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЧМТ

Травматическая эпилепсия - чаще встречается ранениях черепа и проявляется в виде повторяющихся эпилептических припадков. Судорожные приступы могут быть генерализованного и джексоновского типа. В отличие от припадков при эпилептической болезни они обычно начинаются без предвестников и ауры. При травматической эпилепсии могут отмечаться также психические эквиваленты (сумеречное помрачение сознания, дисфории), а также формироваться изменения личности по эпилептическому типу. Наряду с пароксизмальными расстройствами имеют место все клинические проявления травматической энцефалопатии.

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЧМТ

Травматическое слабоумие - формируется на фоне травматической энцефалопатии. При этом наряду с выраженной астенией, неврологической симптоматикой, вегетативными расстройствами, личностными изменениями выявляется значительное снижение интеллекта с грубым нарушением памяти и мышления (конкретность, обстоятельность, инертность) при отсутствии критического отношения к своему состоянию.

Резидуально – органическими нервно – психическими расстройствами называют группу разнообразных нарушений у детей и подростков, обусловленных относительно стойкими последствиями поражений головного мозга разной этиологии. Основное место среди них принадлежит нарушениям, обусловленным внутриутробными и ранними постнатальными поражениями мозга. Нервно-психические расстройства, являющиеся результатом органического поражения головного мозга по своим проявлениям зависят от того в каком возрасте имело место поражение. Если патологический процесс протекал на фоне незавершенного формирования основных мозговых структур и физиологических механизмов регулирования (до 3 – 4 лет), следствием могут быть умственная отсталость, эпилепсия, расстройства личности и другие разнообразные нарушения эмоциональной, когнитивной и поведенческой сфер. В случае органического процесса после завершения созревания и формирования мозговых структур последствия выражаются преимущественно энцефалопатическим синдромом.

Классификация резидуально-органических нервно-психических расстройств

I. Преимущественно дизонтогенетические формы:

1. Синдромы нарушения развития отдельных систем мозга: речи, психомоторики, пространственных представлений, чтения, письма, счета и др;
2. Синдромы психического и психофизического инфантилизма;
3. Синдром «органического аутизма»
4. Синдром резидуальной олигофрении

II. Преимущественно энцефалопатические формы

1. Церебрастенические синдромы;
2. Неврозоподобные синдромы;
3. Психопатоподобные синдромы;
4. Диэнцефальные (гипоталамические) синдромы – вегето-сосудистые, нервно-трофические и др.;
5. Синдромы гидроцефалии;
6. Эпилептиформные синдромы;
7. Синдромы резидуально-органической деменции;

III. Формы смешанного (энцефалопатически-дизонтогенетического) генеза.

1. Нервно-психические расстройства при ДЦП;
2. Атипичные резидуально-органические олигофрении