

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской
психологии (зав.кафедрой – профессор М.Л.Аграновский)

Лекция

для студентов 6 курса лечебного факультета на тему:
**«Психопатология сознания. Психические нарушения
при ЧМТ»**

Андижан - 2005

Глубокое психологическое и физиологическое изучение сознания больного человека имеет огромное теоретическое и практическое значение. В врачебной деятельности умения оценить уровень ясности сознания помогает врачу тактика обследования больного, общения с ним и всех последующих этапов лечебно-диагностического процесса. Понятие сознания само по себе настолько многообразно и сложно, что не имеет просто-го определения. Каждая из комплексов его наук вносит определенную специфику и подход к определению сознания. В физиологии сознание означает определенный уровень бодрствования, оптимальное состояние нервной системы способствующие нормальную осуществленную психическую деятельность человека. В психиатрии зачастую, сознание понимается в узком клиническом смысле, способность человека ориентироваться в окружающем и собственной личности.

Философы, историки, социологи, изучают в основном, общественное сознание, выражающие духовную сторону жизни человечества в целом: определенные идеи, теории, правовые, нравственные и другие взгляды. В том смысле сознание, как подчеркивали классики марксизма, есть «общественный продукт» осознанное бытие.

Общественное сознание, обусловлено, влияет на сознание каждого человека, на его развитие. Врачу приходится в ряде случаев касаться проблемой медицинской психологии является индивидуальное сознание которое представляет собой целостный процесс отражения действительности, превращение ее объективного содержания в субъективное содержание психической деятельности человека (ощущения, восприятия, представлений, мышления, памяти и эмоции и др.) Субъективность является свойством отражении действительности как у человека, так и

животных .Однако , субъективность отражении внешнего мира животными торжес-твенно у человека . У животных она не существует в форме умственных образов . непосредственно сливается о объектив-ным процессом их жизнедеятельности и лишь переживается особью. Для человека отражение выделяется из процесса жизнедеятельности , а субъективность , как момент отражения не только переживается , но и сознается им, Человек осознает себя как деятеля и как обладателя определенными психичес-кими свойствами состояниями, как обладателя определенны-ми психическими свойствами , состояниями как субъекта соз-нания. Содержаниям сознание является система исторический сложившихся и непрерывно пополняемых знание переломных через призму личного опыта каждого человека . СОЗНАНИЕМ и ЗНАНИЕМ есть единство , но может тождества. Сознание предполагает именно сознание или декларативное знание , это есть такое знание которое может быть передано другим. Декларативное знание включает фиксацию индивидуального опыта , чувства «знакомства» с ним , информацию о том , когда и где происходили хранящиеся в памяти события , и возмож-ность внутреннего воспроизведения их в форме воспоминаний. Чтобы сделать вся эту информацию люди использует язык. Мы пользуемся словами даже для того , чтобы классифицировать предметы и события , которые никогда прежде не были объек-том нашего чувственного опыта и не осозновались нами . Стоит дать наименования новым восприятием и мы можем по-местить их в ячейку памяти , соответствующие их содержания . Все это означает , что мы используем язык для наименования и описания вещей появляющихся в нашем сознании. Язык- это основное орудие , с помощью которого человек структурирует свой опыт , следовательно сознание зависеть от языка. Разуме-

ется , у каждой науки должен быть какой-то особый ракурс во взгляде на осознание , подчеркивание в нем особой грани . Однако , сущность сознания , как специфического феномена духовной жизни человека одна. И общее философскопсихологическое определение должно быть единым. Итак , сознание- это высшая с речью функция мозга , заключающаяся в обобщенном и оценочном отражении и конструктивно-творческом преобразовании действительности, в предварительном мысленном построении действий и предвидении их результатов , в разумном регулировании самоконтролировании поведения человека. РАЗВИТИЕ СОЗНАНИЯ В ОНТОГЕНЕЗЕ. Во время внутриутробного плод лишен видов чувствительности. Деятельность мозга же в значительной мере зависит от внешнего сенсорного притока, причем не только сразу после рождения , но по мере физического и психического развития возникает вместе с совершенствованием всех форм психической деятельности, приобретением жизненного опыта, расширением словарного запаса. До 4-х месячного возраста личность и окружающий ее мир абсолютно дифференцированы . Для ребенка в этот период окружающие предметы лишь как его ощущению , они как бы слиты с действиями которые по отношению к ребенку производит. Лишь в возрасте 4-6 месяцев дети выполнять действия уже более определенно – направленные на предметы и события существующие вне их . Вероятно именно в этом возрасте и появляется пока что недифференцированное неосознаваемое чувства своего существования вообще , которое лишь последующем будет развиваться и все более осознаваться . Формирование сознательных психических актов начинается а конце 2-го начале 3-го жизни года , ребенка одновременно с возникновением развитием фразовой речи. Поступившая в мозг информации , в форме образов

впечатления , синтезируется в мозг , в частности , за счет сопоставления , сличения ранее сформированных образов представления обогащая субъективный опыт человека и обеспечивая возможность направленных действий , ответных по человеку и обеспечивая возможность направленных действий , ответных по отношению к внешним и внутренним раздражителям.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЗНАНИЯ.

Следует признать , что вопрос о физиологических механизмах сознания до сих пор остается открытым.

Существует множества гипотез, пытающихся объяснить сущность процессов происходящих в головном мозге, лежащих в основе сознания .Наиболее обще-принятой является гипотеза о системной деятельности головного мозга . Согласно ей каждый из участков мозга принимает в определенное время различное участие в деятельности системы , обеспечивая единства психических процессов . Сознательная деятельность всегда протекает при участии трех основных функциональных блоков мозга:

1 Блок регуляции тонуса и бодрствования .Аппараты этого блока, лежащие в стволовых и подкорковых отделах мозга (таламус, ретикулярная формации. и.др.) обеспечивают и регулируют тонус коры , в свою очередь испытывая ее регулирующее влияние.

2. Блок приема ,переработки и хранения информации. Этот блок составляют корковые отделы анализаторов , расположенных в затылочных , височных и теменных отделах коры больших полушарий. Здесь происходит не только тончайший анализ поступающей наглядной информации, но и переход к уровню символических процессов для операций значениями слов, сложными грамматическими и логическими структурами.

3. Блок программирования , регуляции и планирования деятельности . Этот блок находится в коре лобных долей больших полушарий . Именно эти отделы наиболее

развиты у человека. Они участвуют в сознании замыслов , формировании планов и программ действий, следят за их выполнением , сличая эффект действий с исходными намерениями и исправляя допущенные ошибки. Однако, каждый иную форму сознательной деятельности, которая осуществляется опираясь на работу всех трех блоков мозга , каждый из которых вносит свой вклад в ее осуществлении.

ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА СОЗНАНИЯ.

Сознание , как высшее проявления психики , способное отображать бесконечное многообразие внешнего мира и самого себя , в свою очередь также обладает многими гранями и свойствами. Внешние

из них: 1. Динамическое проявления психики в бодрственном состоянии.

2. Обладание способностью правильной ориентировки в пространстве времени , конкретной ситуации (аллопсихическая ориентировка)

3. Правильная ориентировка в собственной личности (аутопсихическая), в собственном теле (соматопсихическая)

4. Умение управлять своими привычными автоматизмами в сенсорной , мыслительной и моторной областях.

5. Наличие привычных навыков к логическое правильное осмыслению и пониманию окружающих действительности и самого себя.

6. Постоянная готовность в бодрственном состоянии отдавать себе критический ответ в своем отношении к миру и других .

7. Умение рационально регулировать свои эмоции , влечения в практике личной жизни

СООТНОШЕНИЕ ОСОЗНОВАЕМЫХ И НЕСОЗНОВАЕМЫХ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

Человеческий разум нес бы на себе непременно тяжелый груз , если бы он вынужден бы был контролировать каждый пси-хический акт, каждое движение и действие . Человек не мог бы ни результативно думать, ни разумно действовать ,если бы все эле-менты его жизни деятельности одновременно потребовали осоз-нание . Несомненно , что наряду с осознаваемой в данный момент деятельностью у человека множество реакции. Которые не осознаются, хотя и регулируются нервной системой . Совокупность психических явлений и действий лежащих вне фо-куса сознание , безотчетных и не поддающихся в данный моме-нт контроль ,охватывается понятием БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО . Не осознаваемые могут быт все сфере психической деятель-ности: ощущение, восприятия, представления, память, мышление и т.д.т, что обуславливает структурное строение бессознательно-го.

1. Вне сферы сознание оказывается прежде всего приспособитель-ное реакции: процессы регуляции деятельности внутренних орга-нов, неосознаваемые детали движений, оттенки эмоций и их внеш-нее выражение , влечения некоторые ощущение , восприятия.

2. Вторую группу неосознаваемых форм психической деятельнос-ти составляют практически все знания накопленные человеком из непроизвольно могут вновь стать несознательными.

3. Третью группу не осознаваемых механизмы творчества , фор-мирования гипотез , догадок, предположений, эту группу называ-ют еще «сверх сознанием»

4. К еще одной группе бессознательное психики относят деятель-ность головного мозга во время сна, сновидения.

5. Кардинальной формой проявления бессознательного является установка. Установка представляет собой целостное состояние человека, выражающие динамическую определенность психической жизни, направленность личности на активность в какой-либо деятельности, устойчивую ориентацию по отношению к определенным объектам. Иногда установка принимает негибкий, чрезвычайно устойчивый, болезненно навязчивый характер, имеющий фиксацию. Человек может испытывать непреодолимый страх, перед мышью, осознавая всю нелепость этого чувства.

6. И, наконец, еще одну особую категорию бессознательного составляет то, что не приемлемо для сознания человека - так называемое вытесненное, научную концепцию которого претворил австрийский врач психиатр Зигмунд Фрейд (1856-1939 гг.).

С психологической точки зрения вытеснение это механизм сдерживания и подавления определенных влечений, побуждений, мыслей и чувств. Но идеи, изгнанные из сферы сознания, не теряют своих динамических сил: продолжают активно воздействовать на сферу сознания, имеют свой специфический заряд. Если вытесненное влечение не может преодолеть сопротивление разума, то стремится пробраться к сознанию обходными путями, в замаскированной форме.

Вытеснение, по Фрейду, не ведет «беспричинной» борьбы с идеями и аффектами вообще, а выполняет важные жизненные функции: биологическое охранение сознания от неприятных воспоминаний; социальную подавляет неприемлемые влечения.

Процесс вытеснения наблюдается уже в раннем детстве, когда формируются первые представления о недозволенном.

УРОВНИ БОДРОСТВОВАНИЯ.

Сознание человека весьма чувствительно . Оно непрерывно испытывает различные воздействия и адекватно , избирательно и тонко реагирует на малейшие раздражения , исходящие из вне и изнутри организма . В ободенной жизни человека, нередко , при благоприятных ситуациях отмечается кратковременно протекающие , легко обратимые нарушения психической деятельности. Наше сознание реагирует на такие состояние как длительное голодание , сильное переутомление , отсутствие сна, различные телесные боли , аффективные переживания , опьянение. При этом возникновение выраженных оптиковестибулярных , галтических , кинестетических, interoцептивных и др. вегетативных функции немедленно отражается в различной степени на темпе, объеме и адекватной направленности сознания.

При всех острых, тяжелых и затяжных соматических заболеваниях, в особенности инфекциях и интоксикациях, в какой-то мере изменяется деятельности сознания . Конечно нужно учесть, что при наличии компенсаторных механизмов головного мозга диапазон колебаний ясности сознания в пределах нормы достаточно высок . Сознание имеет в норме несколько степеней ясности или различные уровни бодрствования.

1. Сознание в момент бурных эмоциональных разрядов.
2. Сознание в процессе наиболее деятельности.
3. Сознание при ослабленном внимании.
4. Легкая сонливость.
5. Поверхностный сон.
6. Глубокий сон.

**СОН, ПРИЧИНЫ , МЕХАНИЗМЫ И
РАЗНОВИДНОСТИ**

СНА

К трудности единого определения сна проводит несоответствие между пассивностью внешней деятельности головного мозга и всего организма другой. Во время сна многие функции организма меняют свою интенсивность. Уменьшается и сердечных сокращений, снижается уровень артериального давления, интенсивность обмена веществ и возбудимость нервной системы. Однако активность некоторых процессов во время сна возрастает: увеличивается кровообращение в стволовых части мозга и гипоталамусе, что сопровождается повышением температуры мозга, увеличивается потребление кислорода, возрастает некоторых ферментов. Электрофизиологические исследования показывает на электрическую активность многих структур мозга. Таким образом, сон это целостная функция всего организма и мозга. В организацию сна вносят вклад различные структуры центральной нервной системы. Сон, по видимому регулируется взаимодействием групп нейронов, находящихся в различных участках мозга, в том числе в ретикулярной формации, в ядрах шва и голубом пятне. Серотонин основной медиатор ядер шва, вероятно и является тем фактором путем торможения ретикулярной формации индуцирует сон. Норадреналин с другой стороны, стимулирует пробуждение, а голубое пятно – одна из областей мозга - это главное скопление нейронов, содержащих норадреналин. Исследования последних лет показали, что сон является активным состоянием мозга, а не периодам угнетения его деятельности. Активность генерирования нейронами импульсов не уменьшается, лишь происходит рассогласование электрической активности различных структур мозга, что в конечном итоге приводит к «потере сознания» во время сна. Нормальной физиологической сон по характеру и амплитуде волн электрической активности

головного мозга состоит из нескольких фаз или стадий ,
основные из которых:

1.Фаза

медленного сна – характеризуется снижением амплитуды и замедлением колебаний потенциала электрической

активности 2.Фаза быстрого сна – электрическая активность головного мозга при этом напоминает таковую при состоянии бодрствования и появлением так называемых быстрых движений глаз. По

поведенческим признакам сон в это время глубокий и разбудить в это время человек не легче чем из состояния медленного сна. Последовательность циклов « медленных быстрый сон »повторяется во время ночного сна несколько раз, образуя своеобразный биологический ритм. У взрослого человека период этого ритма равен в среднем 90-100 минут . Кроме нормального (физиологического) сна различают еще форм сна:

1Гипнотический.2.Наркотический.3Патологический.4.условно-рефлекторный , возникающий при неизменных обстоятельствах в одно и тоже время.

ФУНКЦИИ СНА.

Фазы медленного и быстрого сна различается не только по электрической активности головного мозга, но и своей функциональной значимости.

Функциональная значимость медленного сна изучена недостаточно. Предполагают ,то во время медленного сна происходит реорганизация звученного перед сном материала по степени значимости, что способствует устранению информационной перегрузки. Понятно для такой переработки информации необходима максимальное отключение от вновь поступающей информации поэтому так высок порог пробуждения и медленном сне и при пробуждении. Из него характерна дезориентации и спутанность , а поступающая в этот период информация

быстро забы-вается.

У взрослых людей быстрый сон, периодически возникая, препятствует чрезмерному углублению сна , снижение общего тонуса мозга, доводя возбудимость нейронов почти до уровня бодрствования ,выполняя тем самым « сторожевую функцию» . Только , в отличие от животных у человека защитная функция быстрого сна касается не внешних, а главным образом внутрен-них опасностей в сновидениях «предсказывается» заболевании на 1-3 месяца раньше их внешнего проявления.

Активация мозга происходящая во время стадии быстрого сна является также главным условием для фиксации памятного следа на уровне « информационной молекул» (ДНК и РНК) Именно во время быстрого сна в основном возникают с н о в е д е н и я особая форма деятельности головного мозга , играющие роль механизмов психической защиты , когда человек во сне не воспринимает информации , которая может активировать прием-ные молитвы.

К сожалению нет пока единого мнения о сущности восстано-вительных процессов во время сна , регулирующих психическую продуктивность мозга носит активный характер, т.е. мозгу в это время происходит активная реорганизация , поступившей в пе-риод бодрствования информации, что приводит к появлению чувства психической разрядки , « свежести» , « отдыха» после сна. Именно в связи этим настоящее время не принимается еще не давно популярная гипнопедия обучения во время сна,. Так как при этом не остается времени для нормального физиологи-ческого сна. необходимого разработки и качественного усво-ением новой информации.

НАРУШЕНИЯ СНА.

При патологических изменениях сознания уровень бодрство-вания ,но сравнить патологическое изменения

сознания с фазами нормального сна было бы неверно. Здесь другие причины и иной характер изменения процессов в клетках мозга. Общим является только то, что нарушаются условия, необходимые для создания оптимальной возбудимости физиологического субстрата сознания. Причинами патологических изменений сознания могут быть травматические поражения мозга, интоксикации, кислородное голодание, инфекционные заболевания с резким повышением температуры тела, психические заболевания.

Общим для всех случаев нарушения сознания является осознание себя к своему положению во времени и пространстве (дезинтировка в месте, времени и собственности личности) Вообще же нарушения сознания весьма различны как по глубине выключения сознания, так и по качественным изменениям. По глубине выключения различают три степени сознания:

ОГЛУШЕНИЕ характеризуется повышением порога восприятия для всех внутренних и внешних раздражителей. Больные в той и иной степени реагируют на обычные раздражители.

СОПОР – больные реагируют на сильное болевое раздражение, сохраняются двигательные рефлексы.

КОМА – сознание полностью выключено, из рефлекторных актов сохраняются только дыхание и сердцебиение.

Качественные изменения сознания проявляются при различных видах помрачения сознания, когда наряду с утратой ориентировки имеются нарушения всех сфер психической деятельности (ощущений, восприятия, представлений, мышления, памяти и др.) Подробно нарушения сознания изучают по курсу психиатрии.

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской
психологии (зав.кафедрой – профессор М.Л.Аграновский)

Лекция

для студентов 6 курса лечебного факультета на тему:

«Соматогенные психозы»

Андижан - 2005

САМОТОГЕННЫЕ И ИНФЕКЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ

Психические расстройства особенно часто встречаются при инфекционных заболеваниях.

В частности, у пациентов до 20 летнего возраста, перенесших какое-либо инфекционное заболевание, психические расстройства встречаются в 27.6% случаев.

ЭТИОЛОГИЯ:

Этиологическим фактором вызвавшим психическое расстройство является основной инфекционный процесс.

Все инфекции делятся на 2 большие группы:

- а) интракраниальные, поражающие ткани мозга и вызывающие энцефалиты и менингиты;
- б) экстракраниальные, локализующиеся в других органах

Однако некоторые экстракраниальные инфекции называются вторичными параинфекционными процессами (корь, оспа, ангина, паротит)

ПАТОГЕНЕЗ: Развитие психических расстройств при инфекционных заболеваниях. В патогенезе имеет значение скорость и степень поражения органов, его роль в жизнеобеспечении головного мозга, имеет значение состояние мозгового и общего обмена веществ, нарушение газообмена и, что особо важно, нарушение гемо- и ликвородинамики, нарушение водно-электролитного обмена, развитие явления отека мозга, иммуноаллергические факторы.

В патогенезе развития играют роль 2 момента:

- 1) это стереотип развития психоза, который всегда обусловлен видом инфекции, то есть он определяется экзогенным фактором.

2) тип клинического нарушения определяемые особенностями организма , то есть внутренними факторами.

В психиатрии четко прослеживается такая связь между экзоген-ным и эндогенным факторами.

Индивидуальные особенности организма , играющие роль в раз-витии психических расстройств:

- 1) возраст (острые психозы часто развиваются у детей , проп-ронерованные психозы у взрослых , а психозы с необратимы-ми изменениями у пожилых);
- 2) реактивность организма (например , у людей с низкой реак-тивностью организма часто развиваются аменция и кома);
- 3) тип ВНД (например , при возбудимом типе ВНД отмечается эретативность , астения и дисфории);
- 4) психические особенности личности (например , у психасте-ников – тревожна ипохондрические состояния);

Классификация психических расстройств при инфекцион-ных заболеваниях:

- 1) Острые психозы;
Хронические психозы;

- 2) С необратимыми изменениями личности;

Говоря об психических расстройствах при инфекционных забо-леваниях , следует вспомнить теорию экзогенного типа реакций Карла Бонгейфера (нем. психиатр К.Бонгейфер в 1908-1912гг в серии работ обосновая теорию об экзогенного типа реакциях при экзогенных заболеваниях).

Сущность этой теории заключается в том что при различных эк-зогенных заболеваниях в этиологии которых ведущую роль игра-ют экзогенные факторы , головной мозг реагирует довольно огра-ниченным набором

неспецифических реакций. В основном эти синдромы помрачения и отключения сознания.

В 1956 г Вик дополнил эту теорию психическими расстройствами при хроническом развитии экзогенных заболеваний.

Современная теория психических расстройств при инфекционных заболеваниях включает следующее:

- 1) при острых инфекциях наблюдаются следующие остро возникающие психозы, делирий, аменция, оглушение, сопор, кома, эпилептические судорожные припадки, сумеречное помрачение сознания.
- 2) при хроническом развитии инфекционного процесса встречаются переходные синдромы: маниакальный, депрессивный синдромы, галлюцинаторно параноидные расстройства и кататоно-подобные.
- 3) психические расстройства с необратимыми изменениями личности: органическая деменция.

Клиника психических расстройств инфекционного генеза.

В динамике их выделяют 3 фазы:

- 1) продромальный период;
- 2) острый период;
- 3) период реконвалесценции;

1) На первом периоде болезни основным синдромом является инфекционная астения. Отличается 3 фазы в зависимости от тяжести инфекционного процесса:

а) фаза повышенной слабости, астении, при которой отмечается возбудимость, гиперестезия, раздражительность.

б) гиподинамическая фаза – в клинике преобладают вялость, апатичность, гиподинамия, истощаемость.

в) астения со спутанностью , отмечается при самых тяжелых ин-фекционных заболеваниях . Отмечаются периоды оглушенности , речь становится смазанное большие с трудом ориентируется в ок-ружающим.

2)острый период характеризуется наиболее частой встреча-емостью оглушения (особенно у детей). Отмечаются снижение порога , больной с трудом отличает ситуацию, ориентировка в окружающем, движения и жесты замедлены.

Синдром наблюдаемый в остром периоде это судорожный синдром (особенно часто встречается у детей). Это могут быть абсансы , парциальные припадки , миоклонические припадки , акинетические , фокальные приступы , нередко развивается и большой припадок

3) Следующие психическое расстройство – это делирий (у детей стоит третьем месте, у взрослых – на первом) В детском возрасте делирий имеет ряд особенности , очень быстро развива-ется вторая стадия (иллюзия с фантастическими компонентами) что в дальнейшем сказывает в развернутой стадии делирия (сце-ны из сказок прочитанных книг, сцены из мультфильмов) У вз-рослых содержание делирия иное здесь преобладают сцены наси-лия : убийства и ранения .длительность делирия от нескольких ча-сов до нескольких дней .

4) Аменция встречается при самых тяжелых заболеваниях. Это глубокое помрачение сознания , больной находятся в пределах постели с полной дезориентировкой , инкогеренцией мышления : речь состоит из существенных и глаголов , преобладают зритель-ные галлюцинаций . с угрозжающим содержанием, Длится до 1 месяца

5) Период реконвалесценции .На этом этапе отличается постин-фекционная астения со слабостью , истощаемостью

колебаниями настроения. Продолжается от нескольких месяцев до полугода и больше.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СПИДЕ.

На начальном этапе заболевания отличаются неврологические расстройства, затем присоединяются амнестические расстройства. Далее, сверхценные идеи (отношения, преследования, ревности) На первом плане выходит обстоятельность мышления, эмоциональная несдержанность на поздней стадии- психоорганический синдром.

ЛЕЧЕНИЯ:

- 1) Этиотропная терапия – лечения основного заболевания .
- 2) Дегидратационная терапия: 25% раствор сернокислой магне-зии, диуретики.
- 3) Дезинтоксикационная терапия : 40% раствор глюкозы , гемо-дез, реополиглюкин и т.др.
- 4) Десенсибилизационная терапия
- 5) Антипсихотическая терапия в зависимости от вида психических расстройств:
- 6) Общесоматическая терапия

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СИФИЛИСЕ

МОЗГА. Начальная стадия болезни определяется сифилитической неврастенией отличительной особенностью которой является появление органической симптоматики. Это сонливость в дневное время, оглушенность, вялость, зрачковых реакции положительная реакция Вассермана, коллоидная реакция Ланге. На следующем этапе болезни отличается сифилитический менингит, который определяется в первую очередь неврологической симптоматикой, поражением оболочек черепно-мозговых нервов. Из психических расстройств отличаются: оглушения, делирий, сумеречное помрачение

сознания . эпилептиформенный синдром , реакция Вас-сермана может быть отрицательной. 2) Сифилитические менинго-васкулит: могут отличаться галлюцинаторные, галлюцинаторно-параноидные , депрессивные маниакальный, пароксизмальный расстройства, кататоническая симптоматика , синдром Корсакова, явления псевдодеменции . невроза и психопатологоподобные расстройства, обязательно отличается неврологическая симптома-тика. При поражении крупных сосудов отличается инсульты.

3) Гуммозная форма (псевдотумарозная) характеризуется сильны-ми головными болями . ошущенности эпилептоформными прис-тупами. У детей – врожденный сифилис, который проявляется олигофренией

ЛЕЧЕНИЯ

СИФИЛИСА МОЗГА:

- 1) специфической лечение: препараты висмута, мышьяка, рту-ты, пенициллинотерапия .
- 2) антипсихотическая терапия : нейролептики, антидепрессан-ты. Транквилизаторы, психостимуляторы, противосудорожные препараты.

ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ (БОЛЕЗНИ БЕЙЛЯ.

1822 г.) Первое в психиатрии описанное самостоятельной заболева-нии. Это сифилитический менингоэнцефалит с быстро прогресс-сирующим , тотальным распадом личности и психической дея-тельности , различными психотическими расстройствами , пато-логической неврологической симптоматикой , а также типичными серологическими изменениями в крови и спинномозговой жид-кости. Нелеченый прогрессивный паралич ведет к маразму и смерти. Распространенность его составляет 0,3-0,5% .

ЭТИОЛОГИЯ:

Возбудитель – бледная спирохета. Мужчины в 3-5 раз болеют чаще женщин, в возрасте 40-50 лет, через 10-20 лет после заражения, т.е. третичном периоде сифилиса.

КЛИНИКА: выделяют 3 стадии.

Первая стадия – начальная стадия определяется паралитической невротизацией, т.е. псевдоневрозоподобной симптоматикой. Затем появляется экзогенная симптоматика: сонливость, делириозная расстройство, явления спутанности рано отличается признаки снижения личности, больные рассеяны, забывчивы, отличается расторможенности влечение – гиперсексуальность.

Вторая стадия – период разгара или расцвета болезни определяется разлитием паралитической деменции. Основной синдром – это тотальная паралитическая деменция. Выделяют следующие клинические формы прогрессивного паралича:

1. Экспансивная форма. Удельный вес ее составляет 10-20%, при этом на фоне деменции у больных отличается приподнятое настроение и парафренный бред, больные держится с достоинством

2. Эйфорическая форма. Удельный вес составляет 20-30%. Преобладает повышенное настроение, эйфория, бредовые идеи занимают значительном меньше места.

3. Простая или дементная форма. Удельные вес 40-60%. Клиника характеризуется тотальной паралитической деменцией без паралитической симптоматики..

4. На фоне деменции отличается апатическая депрессия.

5. Циркулярная форма, Удельные вес 15%. отличается смена экспансивной симптоматики с депрессивной.

6. Галлюцинаторная или галлюцинаторно-параноидная форма. Удельные вес составляет 2-3%. На фоне деменции отличается галлюцинаторно-бредовая симптоматика.

Особой формой является табопаралич. Удельные вес, которого составляет 20%. Это прогрессивный паралич и неврологическое заболевание – спинная сухотка.

Отличается психомотор-ная атаксия, снижение сухожильных рефлексов, нарушение чув-ствительности зрачковые расстройства, часто атрофия зритель-ного нерва .

Выделяет также, прогрессивный паралич по течению:
1) стационарный паралич – это относительно медленно и относительно благоприятное течение заболевания длительность 8-10 лет

2) лиссауэровская форма или очаговая. Появляется очаговая симптоматика и афатическая расстройства.

3)галлюцирующая форма является злокачественная. Она начина-ется с эпилептических приступов и через 6 месяц приводит к летальному исходу.

4) ажитированная форма является разновидностью галлюциру-щие. Начинается с психомоторная возбуждения с бессвязимос-тью мышления , страхом и галлюцинаторными расстройства 5) ювенильный прогрессивной паралич развивается в случаях врожденного сифилиса. Проявляется в виде паренхиматозного кератита, поражения внутреннего уха, гетчингтоновские зубов, саблевидных голени приводит к развитию паралитической де-менции.

Третья стадия –исходная.

Характеризуется развитием физии-ческого и психического маразма.

Неврологического симптоматика при сифилиса:

- 1) Симптом Оргайл-Робертсона – отсутствие реакции зрачков на свет при сохранности аккомодации и конвергенции.
- 2) Миоз
- 3) Анизокория
- 4) Деформация зрачков
- 5) Дизартрия речи

- 6) Маскообразность лица
- 7) Асимметрия носогубных складок
- 8) фибриллярные подергивания языка
- 9) Повышение сухожильных рефлексов
- 10) Нарушение координации
- 11) Тремор
- 12) Изменение почерка
- 13) Очаговые расстройства , парезы , афазия.

Диагноз подтверждается на основе лабораторных исследований.

- 1) Реакция Вассермана
- 2) Реакция Ланге (с сифилитическими зубцами во второй и третий пропирках)
- 3) Альбуминовые реакции Нонне – Апальте, Ганди , Вейх-бродта.

Лечение прогрессивного паралича.

- 1) Пиротерапия: пирогенал, тетравакцинация с постепенным увеличением дозы, сульфазин (10-12 инъекция) начать с 2.5-3 мг;
- 2) Пенициллинотерапия . На курс 8-10 млн. Проводят 6-8 кур-сов с интервалом 1.5-2 месяц.

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской
психологии (зав.кафедрой – профессор М.Л.Аграновский)

Лекция

для студентов 6 курса лечебного факультета на тему:

«Неврозы и неврозоподобные состояния»

Андижан - 2005

НЕВРОЗЫ И НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ СОСТОЯНИЯ.

Неврозы и неврозоподобные состояния обусловлены тем, что больные сначала обращаются к врачам общей практики и другим специалистам и только затем при неэффективности лечения обращаются к психиатрам. Доля этих больных в амбулаториях и стационарах составляет 50%.

Неврозоподобные состояния – это состояния похожие на невроз, по обусловленные соматическим заболеванием. Распространенность невроза велика, она составляет 10-20%. Если к этим состояниям присоединить неврозоподобные состояния, то вместе они составляют 30-40%.

Неврозы – это психогенно обусловленные состояния характеризуются разнообразными неврологическими реакциями, частичностью психических расстройств и сохранностью сознания больного. Диагностируются на основе анамнеза болезни.

Неврозоподобные состояния – это такие состояния, клиника которых напоминает разнообразные невротические расстройства, по обусловленные они другими соматическими заболеваниями и возникают вне всякой связи с психогенно.

КЛАССИФИКАЦИИ НЕВРОЗОВ ПО М.К.Б-10.

F4: - невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

F4.0- тревожно фобические расстройства.

F4.1- другие тревожные расстройства.

F4.2- обсессивная –компульсивная расстройства.

F4.3- реакция на стресс и нарушение адаптации.

F4.4- диссоциативные (конверсионные) расстройства.

F4.5- соматоформные расстройства.

F4.6- другие невротические расстройства.

Наиболее часто встречающейся формой неврозов

является неврастения. Проявляется она выраженным ослаблением нервной системы, в результате перенапряжения раздражительного или тормозного процесса, либо их подвижности.

КЛИНИКА

Это состояния раздражительной слабости с сочетанием повышения раздражительности и возбудимостью с повышенной утомляемостью, истощаемостью.

Ведущим симптомом является раздражительная слабость, которая проявляется возбуждением несдержанностью, снижением нетерпеливостью, суетливостью. У больных снижается активное восприятие, вследствие чего они становятся рассеянными, снижается настроение сменяющиеся тоскливостью. Затем присоединяется ипохондричность, сосредоточенность на болезненных переживаниях снижение интереса к работе. Сужается круг интересов. Больные становятся пассивными, теряют интерес к жизни.

Основным симптомом является нарушение сна. Наиболее часто нарушается засыпание, а также цикл сон-бодрствования. Снижается аппетит, вплоть до полного отсутствия и диспептических расстройств (изжога, тошнота) Головные боли разнообразные- стягивающих или сдавливающих, в виде каски: симптом каски- неврастеника, снижается сексуальное влечение. Большой удельный вес занимают вегетативные расстройства. Они обуславливают в многообразные и многочисленные жалобы создающие впечатление какого либо соматического заболевания. Например, жалобы на расстройства со стороны сердечной сосудистой системы : тахикардия, чувства замирания и тревоги в сердце, сжимающие настолько сильно, что в некоторых случаях говорят об органических

неврозах: невроз сердца и желудка. Все эти жалобы обуславливаются вазомоторной лабильностью, колебание артериального давления, повышенной потливостью, выраженный дермографизм, бледность или гиперемия кожных покровов, подергивания отдельных групп мышц.

На высоте развития этих состояний не предъявляют такие жалобы как временное замирание мозговых мыслей.

Различают 3 стадии невращения: Первая, начальная или гиперстеническая стадия. Возникает при нарушении активности торможения и проявляется раздражительностью и возбудимостью.

Вторая, промежуточная стадия обуславливается лабильностью процессов возбуждения, При этом преобладает раздражительная слабость.

Третья, гипостеническая невращения. Возникает при развитии хронического охранительного торможения. У больного преобладает вялость, истощаемость, апатия, повышенная сонливость и снижение настроения.

ПРОГНОЗ: у 30% больных отличается полное выздоровление или стойкое улучшение, у 6-85 ухудшение состояния, у 14.5% рецидив.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА: невроз дифференцируют с этими:

1. Астеническим симптоматикой при sch.

2. Маскированной эндогенной депрессий.

3. Начальная стадиями многих органических заболеваниях, такие как прогрессивный паралич, сифилис мозга, церебральный атеро-склероз, менингоэнцефалит, инфекции соматические заболевание. 1. Неврозоподобные состояние при sch более выражены, не зависят от внешних условиях раздражителей, становятся неадекватными. Вегетативные расстройства сменяются синестопатиями, а

также обсессивными ипохондрическими расстройствами отличаются признаки прогредиентности.

2. Депрессия - нарушения очень часто стимулируемое соматический заболевании с явлениями астении.

Отличительные признаки от невроза: 1) стойкость расстройств: 2) не поддается психо-терапии: 3) не резко выраженные суточные колебания настроения: 4) больные предъявляет сенестоипохондрические жалобы без соответствующего фона: 5) лечатся хорошо антидепрессантами :

3. Неврозоподобные состояния при органические заболевания мозга: 1) прогрессивные паралич.

Наблюдается ряд неврологических признаков симптомов : Оргайел-Робертсона, На фоне неврастении развивается признаки слабоумия, снижение критики и утрата морально эстетических ус. 2) церебральной атеросклероз характеризуется слабодушием, эмоциональный лабильностью, колебаниями артериального давления: 3) другие органические заболевания характеризуется органическим снижением личности, обусловленными снижением интеллекта, памяти и личности в целом.

ОТЛИЧЕТИЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ НЕВРОЗОВ:

- 1) Психотравмирующие ситуации в анамнезе:
- 2) Отсутствие неврологических и органических симптомов и указания на перенесенные соматические заболевания.

ЛЕЧЕНИЯ зависит от стадии неврастении.

- 1) Гиперстеническая (раздражительная слабость) применяют настойки ландыша и применяются витамины группы В.
- 2) Гипостеническая стадия применяются инсулин в мелких дозах, общеукрепляющую терапию, психостимуляторы, такие как сиднокарб, к-ка

китайского лимонина, к-ка Жень-щень. При снижении настроения антидепрессанты: амитрип-тилин, пиразидол 25-50 мг в сутки.

При преобладаании в клинической практике тревоги и страха с антидепрессивной активностью- азафен, тазепам, седуксен,

3) Психотерапия.