

**ГБОУ ВПО «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ С КУРСОМ ПО.**

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

Симптоматические психозы

Проверила:

доц., д.м.н.,

Березовская Марина Альбертовна

Выполнил:

клинический ординатор

2 года обучения

Козловский П.С.

Красноярск, 2018 год.

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ: Психиатрия и право.....	1
КЛАССИФИКАЦИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ.....	3
КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ	3
СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ ПРИ НЕКОТОРЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	5
ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.....	8
ДИАГНОСТИКА	9
ЛЕЧЕНИЕ.....	9
ПРОГНОЗ	10
Список литературы.....	10

Симптоматические психозы — психотические состояния, возникающие при некоторых соматических заболеваниях. Эта группа заболеваний включает инфекционные и неинфекционные болезни, интоксикации, эндокринопатии, сосудистую патологию. Острые симптоматические психозы, как правило, протекают с явлениями помрачения сознания; протрагированные формы обычно имеют клинические проявления психопатоподобных, депрессивно-параноидных, галлюцинаторно-параноидных состояний, а также стойкого психоорганического синдрома. Начальные и завершающие стадии симптоматических психозов характеризуются астенией.

Отдельным соматическим заболеваниям и интоксикациям свойственны различные неспецифические типы реакций. Структура симптоматического психоза зависит также от интенсивности и продолжительности воздействия вредности. Большое значение имеет возраст: в младенчестве реакция на вредность ограничивается судорожным синдромом, в детстве наиболее часто развивается эпилептиформное возбуждение, в зрелом возрасте — практически все виды экзогенных и эндоформных реакций, старческому возрасту присущи картины делирия. Особенности психических нарушений в известной мере зависят от соматического страдания, вызвавшего психоз.

КЛАССИФИКАЦИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ

Выделяют различные клинические типы симптоматических психозов.

Острые симптоматические психозы с помрачением сознания (оглушение, делирий, аменция, эпилептиформные и онирические состояния, острый вербальный галлюциноз).

Протрагированные симптоматические психозы — переходные синдромы, по Вику (депрессивные, депрессивно-бредовые, галлюцинаторно-параноидные состояния, апатический ступор, мании, псевдопаралитические состояния, транзиторный корсаковский психоз и конфабулез).

Органический психосиндром вследствие длительного воздействия вредности на мозг.

В большинстве случаев острые симптоматические психозы проходят бесследно. После соматических заболеваний с картиной протрагированных психозов могут развиваться явления астении или изменения личности по органическому типу.

Распространенность. Точных данных о распространенности симптоматических психозов нет. Это связано с отсутствием единой концепции их происхождения и клинических границ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

Острые симптоматические психозы

В продромальном периоде и после выхода из симптоматического психоза наблюдается эмоционально-гиперестетическая слабость с лабильностью

аффекта, непереносимостью незначительного эмоционального напряжения, а также громких звуков, яркого света.

Острые психотические состояния протекают в форме оглушения различной степени глубины, аменции, сумеречного помрачения сознания, делирия, ониризма, онейроида, а также острого вербального галлюциноза.

Продолжительность такого психоза составляет от нескольких часов до двух-трех суток.

Сумеречные помрачения сознания начинаются внезапно, часто сопровождаются эпилептиформным возбуждением, страхом, бессмысленным стремлением убежать. Заканчивается психоз тоже внезапно, продолжительность его составляет от 30 мин до 2 ч. В ряде случаев вслед за сумеречным помрачением сознания возникает сопор или аментивное состояние.

Делирий обычно развивается ночью, ему, как правило, предшествуют нарушения сна. В тяжелых случаях делирий может смениться аментивным синдромом либо аментиформным состоянием.

Аментиформные состояния клинически проявляются астенической спутанностью с выраженной истощаемостью и непоследовательностью мышления. Глубина помрачения сознания колеблется, что в значительной степени связано с утомлением или отдыхом. Спутанность усиливается даже во время непродолжительной беседы. Больные дезориентированы, присутствует аффект страха, тревоги, растерянности.

Онейроидные состояния при симптоматических психозах отличаются такими особенностями, как изменчивость содержания фантастических переживаний (обыденная тематика сменяется приключенческой, сказочной); отмечается заторможенность, отрешенность от окружающего, произвольные фантазирования. Ориентировка не теряется.

Острый вербальный галлюциноз. На фоне тревожного ожидания, неопределенного страха внезапно появляются комментирующие вербальные галлюцинации, обычно в виде диалога. В дальнейшем галлюцинаторные расстройства приобретают императивный характер. Под влиянием голосов больные могут совершать агрессивные действия. Длительность психоза от нескольких дней до месяца и более.

Протрагированные симптоматические психозы

Эти виды психозов протекают более продолжительное время, чем острые, в виде депрессий, депрессий с бредом, галлюцинаторно-бредовых состояний, маниакальных синдромов, а также псевдопаралитических состояний, конфабулеза и транзиторного корсаковского синдрома. Все перечисленные синдромы оставляют после себя длительные астенические состояния. В ряде случаев заболевания, сопровождаемые протрагированными симптоматическими психозами, оставляют после себя органические изменения личности (психопатоподобные изменения, иногда психоорганический синдром).

Депрессии отличаются от фазы МДП отсутствием циркадного ритма, выраженной астенией, слезливостью.

Депрессия может смениться депрессией с бредом, что указывает на прогрессиентность соматического состояния. В структуре депрессивно-бредовых состояний присутствуют вербальные галлюцинации, бред осуждения, нигилистический бред, делириозные эпизоды.

Галлюцинаторно-бредовые состояния имеют черты острого параноида с бредом преследования, вербальными галлюцинациями, иллюзиями, ложными узнаваниями. Они могут исчезать при перемене местопребывания больного.

Маниакальные состояния представляют собой непродуктивные эйфоричные мании без психомоторного возбуждения и стремления к деятельности. Они сопровождаются выраженными астеническими расстройствами. На высоте их нередко развиваются псевдопаралитические состояния с эйфорией, но без бреда величия.

Конфабулез выражается в рассказах больных о событиях, в действительности не происходивших (подвиги, героические и самоотверженные поступки). Состояние внезапно возникает и столь же внезапно заканчивается.

Органический психосиндром — состояние, характеризующееся необратимыми изменениями личности со снижением памяти, ослаблением воли, аффективной лабильностью и снижением трудоспособности и способности к адаптации.

Периодические симптоматические психозы. В отдаленном периоде травматических, инфекционных и интоксикационных заболеваний, вызвавших органический психосиндром, могут развиваться периодические органические психозы. Они протекают с сумеречным помрачением сознания, сопровождающимся стереотипным возбуждением, нередко с элементами пропульсии, или эпилептиформным возбуждением. В ряде случаев отмечается неполная амнезия психотического состояния. Психоз сопровождается разнообразными дизэнцефальными расстройствами (гипертермия, колебания артериального давления, повышенный аппетит, чрезмерная жажда).

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ ПРИ НЕКОТОРЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Инфаркт миокарда. В острой стадии отмечаются страх, беспокойство, нередко аментивные или делириозные состояния. В подострой стадии — легкое оглушение, обилие сенестопатий, часто наблюдается двойная ориентировка (больной утверждает, что находится и дома, и в больнице). Поведение больных может быть различным. Они могут быть внешне безразличны, неподвижны, при этом лежат, не меняя позы. Другие больные, наоборот, возбуждены, суетливы, растеряны. Для инфаркта миокарда очень характерна астеническая симптоматика. В остром периоде

преобладает соматогенная астения, затем нарастают симптомы психогенного характера. В отдаленном периоде можно наблюдать патологическое развитие личности.

Сердечная недостаточность. При остро развившейся сердечной декомпенсации наблюдается картина оглушения, а также аментивные состояния. Больные с хронической сердечной недостаточностью обнаруживают вялость, апатию, дисмнестические расстройства. Симптоматика «мерцает» в зависимости от соматического состояния больного.

Ревматизм. Активная фаза ревматизма сопровождается астенией с явлениями раздражительной слабости. Возможно возникновение истериформных проявлений, оглушенности, психосенсорных расстройств, тревожно-тоскливых состояний, делириев.

Злокачественные опухоли. Острые симптоматические психозы проявляются, как правило, картиной делирия с резким возбуждением, немногочисленными галлюцинациями, иллюзиями, развитием на высоте делирия онирических состояний. В тяжелых, нередко претерминальных, состояниях развиваются картины мусситирующего делирия или аменции. Реже возникают протрагированные симптоматические психозы в виде депрессий или бредовых состояний.

Пеллагра. При нетяжелой пеллагре отмечаются пониженный фон настроения, повышенная утомляемость, гиперестезия, раздражительная слабость. Перед развитием кахексии возникает делирий, аменция, сумеречное состояние, при кахексии — депрессия с бредом, агитация, бред Котара, галлюцинаторно-параноидные состояния и апатический ступор.

Почечная недостаточность. При компенсации и субкомпенсации хронической почечной недостаточности наблюдаются астенические расстройства. Адинамические варианты астенического синдрома свойственны декомпенсации соматического состояния. Острые симптоматические психозы в виде оглушения, делирия, аменции указывают на резкое ухудшение соматического статуса. Оглушение сопровождается тяжелыми формами уремического токсикоза, делирий развивается в начале уремии. Эндоформные психозы с картинами нестойкого интерпретативного бреда, апатическим ступором или кататоническим возбуждением развиваются, как правило, при нарастании уремии.

Симптоматические психозы при отдельных инфекционных заболеваниях Бруцеллез. В начальных стадиях болезни наблюдается стойкая астения с гиперестезией и аффективной лабильностью. В ряде случаев возникают острые психозы, делириозные, аментивные или сумеречные расстройства сознания, а также эпилептиформное возбуждение. Протрагированные психозы представлены депрессиями и маниями.

Вирусные пневмонии. В остром периоде заболевания развиваются делириозные и онейроидные состояния. Если пневмония затягивается, то

возможно развитие протрагированных симптоматических психозов в виде депрессий с ажитацией или галлюцинаторно-параноидных психозов с бредом обыденного содержания.

Инфекционный гепатит. Сопровождается выраженной астенией, раздражительностью, дисфорией, адинамическими депрессиями. При тяжелом сывороточном гепатите возможно развитие органического психосиндрома.

Туберкулез. Больным свойствен повышенный фон настроения с эйфорическим оттенком. Астенические расстройства проявляются резкой раздражительной слабостью, слезливостью. Психозы редки, среди них чаще встречаются маниакальные состояния, реже — галлюцинаторно-параноидные.

Психические расстройства при отравлении промышленными ядами Анилин. В легких случаях развиваются явления обнубиляции, головные боли, тошнота, рвота, отдельные судорожные подергивания. В тяжелых случаях — делириозные состояния, возможно развитие мусситирующего делирия.

Ацетон. Наряду с астенией, сопровождающейся головокружением, шаткой походкой, тошнотой и рвотой, возникают затяжные делириозные состояния с резким ухудшением в вечерние часы. Возможно развитие депрессий с тревогой, тоскливостью, идеями самообвинения. Менее типичны галлюцинозы комментирующего или императивного содержания. При хроническом отравлении ацетоном возможно развитие органических изменений личности различной глубины.

Бензин. При остром отравлении наблюдаются эйфория или астения с головными болями, тошнотой, рвотой, затем делирий и онейроид, в последующем сопор и кома. Возможны судороги, параличи; тяжелые случаи могут закончиться летально.

Бензол, нитробензол. Психические нарушения близки к расстройствам, описанным при интоксикации анилином. Характерен выраженный лейкоцитоз. При отравлении нитробензолом выдыхаемый воздух имеет запах горького миндаля.

Марганец. При хронических интоксикациях наблюдаются астенические явления, алгии, психосенсорные расстройства, беспокойство, страхи, аффективные нарушения в виде депрессий, нередко с суицидальными мыслями, преходящие идеи отношения.

Мышьяк. При остром отравлении — оглушение, переходящее в сопор и кому. Первыми симптомами отравления бывают рвота с кровью, диспепсические расстройства, резкое увеличение печени и селезенки. При хроническом отравлении мышьяком развивается органический психосиндром.

Оксид углерода. В остром периоде интоксикации наблюдается картина оглушения, возможно возникновение делирия. Спустя несколько дней или неделю после отравления на фоне кажущегося здоровья развиваются психопатоподобные расстройства, корсаковский синдром, явления афазии и агнозии, паркинсонизм.

Ртуть. При хронической интоксикации появляются органические психопатоподобные расстройства с выраженной аффективной лабильностью, слабодушием, иногда эйфорией и снижением критики, в наиболее тяжелых случаях — с аспонтанностью и вялостью. Отмечаются дизартрия, атаксическая походка, тремор.

Свинец. Начальные проявления интоксикации — головные боли, головокружения, астенические расстройства в виде повышенной физической и психической утомляемости и выраженной раздражительной слабости. При тяжелой острой интоксикации наблюдаются делирий, эпилептиформное возбуждение. Хроническая интоксикация вызывает развернутый органический психосиндром с эпилептиформными припадками и грубыми расстройствами памяти.

Тетраэтилсвинец. Наблюдаются брадикардия, снижение артериального давления, гипотермия, а также головные боли, тошнота, рвота, поносы, резкие боли в животе, потливость. Отмечаются гиперкинезы различной выраженности и интенционный тремор, подергивания отдельных мышечных групп, хореоформные движения, мышечная слабость, гипотония, атаксическая походка, симптом «постороннего тела во рту». Часто отмечается ощущение во рту волос, тряпок и других предметов, и больные постоянно пытаются освободиться от них. Возможно развитие эпилептических припадков, а также синдромов помрачения сознания (оглушение, делирий).

Фосфор и фосфорорганические соединения. Характерны астенические расстройства, эмоциональная неустойчивость, светобоязнь, тревога, судорожные явления с брадикардией, гипергидрозом, тошнотой, дизартрией, нистагмом; возможно развитие оглушения, сопора, коматозных состояний. Возникает неукротимая рвота, рвотные массы пахнут чесноком и светятся в темноте.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Этиология связана с тремя основными группами взаимодействующих факторов: соматическими заболеваниями, инфекциями и интоксикациями. Действие экзогенных факторов реализует, по мнению И.В. Давыдовского и А.В. Снежневского, существующую в организме предрасположенность к формированию тех или иных психических расстройств.

К. Шнайдер полагал, что развитие соматогенных психозов обуславливается сочетанием ряда характерных признаков. К ним он относил наличие верифицированного соматического заболевания, существование заметной связи во времени между соматическими нарушениями и психической патологией, наблюдающийся параллелизм в течении и нарастании

психических и соматических расстройств, а также возможное появление органической симптоматики.

Патогенез остается все же малоизученным, одно и то же вредное воздействие может вызвать и острые, и затяжные психозы, а в тяжелых случаях привести к органическому поражению головного мозга.

Интенсивная, но непродолжительная экзогенная чаще вызывает острые психозы. Длительное воздействие более слабой вредности приводит к формированию затяжных симптоматических психозов, структура которых может приближаться к эндогенным психозам.

Важную роль играет возраст, по мере которого усложняются психопатологические расстройства.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика симптоматических психозов основана на распознавании соматического заболевания и картины острого или протрагированного экзогенного психоза. Симптоматические психозы следует отличать от эндогенных заболеваний (приступы шизофрении или фазы МДП), спровоцированных экзогенно. Наибольшие диагностические трудности возникают в дебюте, который может быть сходным с картиной острого экзогенного психоза. Однако в дальнейшем эндогенные черты становятся все более очевидными.

В отдельных случаях необходима дифференциальная диагностика с фебрильной шизофренией. Для фебрильной шизофрении характерен дебют с кататоническим возбуждением или ступором, а также онейроидным помрачением сознания, что не свойственно дебюту симптоматических психозов. Если кататонические расстройства и наблюдаются при симптоматических психозах, то на отдаленных этапах. Обратное развитие симптоматических психозов сопровождается астеническими расстройствами.

ЛЕЧЕНИЕ

Больные с симптоматическими психозами подлежат госпитализации в психиатрическое отделение соматической больницы или в психиатрическую больницу. В последнем случае больные должны находиться под постоянным наблюдением не только психиатра, но и терапевта, а при необходимости — инфекциониста.

Больные инфарктом миокарда, а также после операции на сердце и с подострым септическим эндокардитом нетранспортабельны. При развитии у них психоза перевод в психиатрическую клинику категорически противопоказан. Таких больных лечат в стационаре общего типа, где надлежит обеспечить круглосуточный надзор, особенно при возбуждении и депрессии для предотвращения суицида.

Больным с выраженными органическими изменениями личности рекомендуется лечение в психиатрической больнице.

Терапия симптоматических психозов направлена на устранение их причины. При соматических инфекционных заболеваниях следует лечить основное заболевание, а также проводить дезинтоксикационную терапию. Острые симптоматические психозы с помрачением сознания, а также галлюцинозы лечат нейролептиками. При протрагированных симптоматических психозах применяют препараты в зависимости от клинической картины. При галлюцинаторно-параноидных и маниакальных состояниях, а также конфабулезе показаны нейролептики с выраженным седативным действием (пропазин, клопиксол, сероквель). Депрессии следует лечить антидепрессантами с учетом клинических особенностей (депрессии с заторможенностью, депрессии с ажитацией и др.).

Терапевтические мероприятия при интоксикационных психозах направлены на устранение интоксикации. Детоксицирующие препараты: унитиол — до 1 г/сут внутрь или по 5-10 мл 50%-ного раствора внутримышечно ежедневно в течение нескольких дней при отравлении соединениями ртути, мышьяка (но не свинца!) и других металлов; тиосульфат натрия (10 мл 30%-ного раствора внутривенно). Показаны подкожное введение изотонического раствора хлорида натрия, переливание крови, плазмы, кровезаменителей.

При острых отравлениях снотворными наряду с общими мероприятиями (сердечные средства, лобелиин, кислород) делают промывание желудка, внутривенно вводят стрихнин (0,001-0,003 г каждые 3-4 ч), подкожно коразол.

ПРОГНОЗ

Прогноз при симптоматических психозах зависит от основного заболевания или интоксикации. При благоприятном исходе основного заболевания острые симптоматические психозы проходят бесследно. Если соматическое заболевание становится подострым или хроническим и сопровождается протрагированным симптоматическим психозом, то могут развиваться черты органического психосиндрома.

Список литературы.

1. Психиатрия. Учебник. Коркина М.В.Лакосина Н.Д. Личко А.Е. М. ,2005.

2. История и эпистемология пограничной психиатрии. Овсянников С. А ., М., 2005.
3. Клиническая психиатрия под ред. Т.Б.Дмитриевой Руководство для врачей. М., 2009.
4. Диагностика психических нарушений Практикум Ю.Г.Демьянов СПб., 2009.
5. Общая психопатология А.О.Бухановский, Ростов - на – Дону,- 2008.
6. Гиндикин. В.Я. Психиатрия М., 2001.
7. Авербух Е.С. Авербух И.Е. Краткое руководство по психиатрии Л., 2012.
8. Нарушения и патологии психики. Р. Комер. М., 2002.
9. Каплан Г.И. Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия М.,2004.
10. Карл. Ясперс. Общая психопатология. Практика. М., 2011.
11. Гиляровский В.А. Руководство для врачей и студентов.- М., 2008.
12. Оценка и документация психопатологических данных. Учебно-методическое пособие Яковлев В.А. Москва 2009
- 13.