

УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА



Для учащихся медицинских училищ

Г. В. Морозов
В. А. Ромасенко

**Нервные
и психические
болезни**

УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Для учащихся медицинских училищ

Г. В. Морозов
В. А. Ромасенно

НЕРВНЫЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

ИЗДАНИЕ СЕДЬМОЕ,
ПЕРЕРАБОТАННОЕ И ДОПОЛНЕННОЕ

Допущено Главным управлением учебных
заведений Министерства здравоохранения
СССР в качестве учебника для учащихся
медицинских училищ



Москва «Медицина» 1987

ББК 56.14
И80
УДК 616.8+616.891(075.8)

Рецензент **Н. Я. Колосова,**
преподаватель нервных и психических болезней
Московского медицинского училища № 5

Морозов Г. В., Ромасенко В. А.
М80 **Нервные и психические болезни: Учебник — 7-е изд., перераб. и доп.— М.: Медицина, 1987 — 336 с.: ил.— (Учеб. лит. Для учащихся мед. училищ).**

В седьмом издании учебника (шестое вышло в 1982 г.) приведены современные сведения об этиологии, патогенезе, клинике и лечении наиболее часто встречающихся нервных и психических заболеваний. Включены новые главы: «Общая симптоматология нервных болезней», «Психические нарушения при травматических поражениях головного мозга»; внесены изменения и дополнения в разделы, посвященные алкоголизму, наркомании, сифилису нервной системы.

М $\frac{4118000000-279}{039(01)-87}$ КБ 61-4-86

ББК 56.14

© Издательство «Медицина», Москва, 1976
© Издательство «Медицина», Москва, 1987,
с дополнениями и изменениями

ПРЕДИСЛОВИЕ

В 7-е издание учебника внесен ряд изменений и дополнений. Изъят раздел «Медицинская психология». В раздел «Невропатология» включена дополнительно глава «Симптоматология нервных болезней»; изменена последовательность изложения основ анатомии и физиологии в главе «Болезни нервной системы». Раздел дополнен за счет описания аллергического (антирабического) полиневрита, синдрома плечелопаточного периартрита (синдром Дюплея), полиомиелитоподобных заболеваний, преходящих нарушений мозгового кровообращения, поражений бассейна сонной и позвоночной артерий, осложнений травм черепа, в том числе травм черепа в детском возрасте. Систематизировано изложение наследственно дегенеративных заболеваний нервной системы, дополнительно внесено описание факоматозов, хромосомных синдромов, а также перинатальных поражений ЦНС, аномалий развития нервной системы, аллергических расстройств, синдрома вегетативно-сосудистой дистонии. Переработана глава «Инттоксикационные поражения нервной системы».

В разделе «Психиатрия» (общая часть) систематизировано изложение общей психопатологии. Приведена современная классификация заболеваний. Глава «Психические болезни» дополнена за счет описания нарушений при хронических инфекционных заболеваниях, расстройств периода биологических сдвигов, слабоумия (деменция) пресенильного возраста, судорожных состояний в детском возрасте, психопатоподобных состояний. Переработана часть учебника, касающаяся описаний алкоголизма, наркоманий, сифилиса нервной системы, эпилепсии.

В учебник включена глава «Психические нарушения при травматических поражениях головного мозга».

В соответствии с требованиями программы сокращен объем ряда глав: «Шизофрения», «Маниакально-депрессивный психоз», «Основы психотерапии».

Значительно расширен раздел «Приложения» за счет

введения нового материала — «Методика некоторых лечебно-диагностических манипуляций», «Неотложные состояния в невропатологии и психиатрии».

Пересмотрен ряд рекомендаций по лечению психических заболеваний. В приложении лекарственные средства расположены по принципу их фармакологического воздействия на организм.

С целью оптимизации учебного процесса в конце основных разделов даны контрольные вопросы по темам.

Авторы выражают благодарность преподавателям медицинских училищ, приславшим свои замечания и добрые советы.

ВВЕДЕНИЕ

Невропатология и психиатрия — две смежные дисциплины, весьма близко соприкасающиеся друг с другом. Это прежде всего объясняется тем, что главным объектом изучения и той, и другой является нервная система.

Невропатология занимается изучением преимущественно таких поражений нервной системы, которые выражаются нарушением движений, чувствительности, расстройством функций органов чувств и разработкой лечебных и профилактических мероприятий при этих нарушениях.

Психиатрия (греч.— лечение души) — отрасль клинической медицины, изучающая этиологию, патогенез, клинику и распространенность психических болезней, разрабатывающая методы их диагностики, лечения и профилактики.

Важной стороной работы невропатолога и психиатра является выяснение причины заболевания (инфекция, интоксикация, нарушение кровообращения, травма, нарушение обмена веществ и др.).

Знание основ невропатологии и психиатрии необходимо медицинскому работнику среднего звена любой специальности, так как раннее распознавание болезней нервной системы способствует более эффективному лечению и предупреждению осложнений. Кроме того, у больных с различными заболеваниями могут возникнуть нервно-психические расстройства. Например, у больных острыми инфекционными заболеваниями, гипертонической болезнью, болезнями печени, сердца и других внутренних органов могут появиться нервно-психические расстройства разной степени выраженности. Иногда такие больные не нуждаются в переводе в специальные психоневрологические учреждения: лечение и уход за ними организуется в том лечебном учреждении, где они находились по поводу основного заболевания.

Фельдшер, медицинская сестра или акушерка обязаны оказать квалифицированную доврачебную помощь в ост-

ром периоде первых или психических болезней, например, при нарушениях мозгового кровообращения, черепно-мозговой травме, судорожном припадке (особенно, при так называемом эпилептическом статусе), организовать уход и надзор за больным с нарушением сознания, особенно, когда больной находится в состоянии двигательного возбуждения, опасном для его здоровья или окружающих и т. д.

Достижения современной невропатологии и психиатрии связаны с трудами великого русского физиолога И. П. Павлова, выдающихся ученых И. М. Сеченова, А. Я. Кожевникова, С. С. Корсакова, Н. Е. Введенского, В. М. Бехтерева и др., а также ряда зарубежных ученых. Как и представители других медицинских специальностей, советские невропатологи и психиатры уделяют большое внимание разработке методов профилактики нервно-психических заболеваний.

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НЕВРОПАТОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

Развитие невропатологии и психиатрии как самостоятельных клинических дисциплин тесно связано с достижениями в области анатомии и физиологии нервной системы, а также с развитием других отраслей знаний. Фундаментом отечественной невропатологии и психиатрии является материалистическое учение И. М. Сеченова и И. П. Павлова. Естественно-научные и философские взгляды этих выдающихся ученых формировались под влиянием русской материалистической философии XIX века (Н. Г. Чернышевский, Н. А. Добролюбов, А. И. Герцен, В. Г. Белинский и др.).

Иван Михайлович Сеченов (1829—1905) является, как его называл И. П. Павлов, «отцом русской физиологии». Он впервые в истории науки обосновал сущность психических явлений с точки зрения рефлекторной теории. В своей книге «Рефлексы головного мозга» (1863) И. М. Сеченов писал, что в основе психической деятельности человека лежат рефлекторные процессы в ЦНС. Иными словами, И. М. Сеченов показал, что деятельность головного мозга всецело зависит от воздействий раздражителей окружающей среды. Таким образом, прежние взгляды о существовании особой «души», которая ведает мыслями,

волей и чувствами, были опровергнуты. И. М. Сеченов доказал, что сложные психические процессы есть не что иное, как результат деятельности головного мозга.

Гениальный продолжатель основных идей И. М. Сеченова Иван Петрович Павлов (1849—1936) создал учение о высшей нервной деятельности, которое является основой современной медицины и, в частности, невропатологии и психиатрии. Учение И. П. Павлова о безусловных и условных рефлексах, возбуждении и торможении как о процессах, лежащих в основе деятельности коры большого мозга, является материалистической базой изучения деятельности ЦНС в норме и патологии.

Много ценного внесли в науку о мозге и другие русские ученые, занимавшиеся изучением физиологии нервной системы: Н. Е. Введенский, А. А. Ухтомский, В. Я. Данилевский, А. С. Догель, Л. А. Орбели и др.

Невропатология как самостоятельная научная дисциплина начала развиваться в России в 60-е годы XIX века. Основоположителем отечественной невропатологии является выдающийся ученый — клиницист Алексей Яковлевич Кожевников (1836—1902). Впервые в России в 1869 г. он организовал кафедру нервных болезней при медицинском факультете Московского университета, где начал читать курс нервных болезней (до этого преподавание невропатологии велось в клинике внутренних болезней). Своими блестящими клинико-анатомическими работами А. Я. Кожевников снискал мировую известность. Описанная им форма заболевания, основными признаками которого являются своеобразные припадки, получила название кожевниковской эпилепсии. В то время курс нервных и психических заболеваний преподавался на одной кафедре. В дальнейшем по инициативе А. Я. Кожевникова и по его плану в 1887 г. была построена самостоятельная психиатрическая клиника, а вскоре и преподавание курса психиатрии было им поручено одному из его учеников — С. С. Корсакову. Учениками А. Я. Кожевникова были также известные клиницисты-невропатологи В. К. Рот, Л. О. Даркевич, Г. И. Россолимо и др.

Во второй половине XIX и в начале XX века были сделаны важные открытия в области анатомии нервной системы (В. А. Бец, В. М. Бехтерев и др.). Так, В. А. Бец (1834—1894) впервые обнаружил гигантопирамидальные нейроны — гигантские пирамидные клетки в двигательной зоне коры больших полушарий, изучил их топографию и развитие. Им были проведены также исследования по

изучению нервных центров, расположенных на поверхности больших полушарий головного мозга. В. А. Беца по праву считается основоположником учения о цитоархитектонике головного мозга. Выдающимся невропатологом и психиатром был В. М. Бехтерев (1857—1927), который оставил большое научное наследие как в области клинической невропатологии и психиатрии, так и в области анатомии и физиологии нервной системы.

Ряд образований головного и спинного мозга был описан им впервые, тщательно изучены их строение и функции. Он первым описал ряд заболеваний нервной системы и симптомов различных нервно-психических болезней. Широко известен рефлекс Бехтерева. Много работ В. М. Бехтерев посвятил разработке методов лечения гипнозом. Будучи крупнейшим организатором науки, он впервые в России создал Научно-исследовательский психоневрологический институт (в настоящее время Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева).

Ценный вклад в развитие отечественной невропатологии за годы Советской власти внесли и вносят невропатологи М. И. Аствацатуров, М. Б. Кроль, М. С. Маргулис, В. К. Хорошко, А. М. Гринштейн, Е. К. Сепп, С. Н. Давиденков, Г. И. Маркелов, Н. И. Гращенко, Н. В. Коновалов, И. Н. Филимонов, Е. В. Шмидт, Н. К. Боголепов, П. М. Сараджишвили, В. В. Михеев и др.

Большое значение имеют выполненные советскими учеными исследования в области нейроинфекций, в частности изучение эпидемиологии, клиники и лечения клещевого энцефалита, проведенные еще в 30-х годах, а затем исследования, посвященные полиомиелиту. В результате этих работ удалось создать эффективную систему мер профилактики клещевого энцефалита. Большим вкладом в развитие невропатологии явились труды основоположника отечественной нейрогенетики С. Н. Давиденкова. Ленинской премии удостоена фундаментальная работа Н. В. Коновалова, посвященная гепатоцеребральной дистрофии — болезни Вильсона — Коновалова. Государственная премия СССР присуждена Н. К. Боголепову за монографию «Коматозные состояния». Важное значение имеют научные исследования, позволившие установить, что в 30—40% случаев инсультов поражаются не артерии головного мозга, как представлялось раньше, а магистральные сосуды (сонные и позвоночные артерии), несущие кровь к голове. За цикл научных исследований, посвященных этой пробле-

ме, Е. В. Шмидт, Л. К. Брагина, Н. В. Верещагин и А. Н. Колтовер удостоены Государственной премии СССР.

Истоки психиатрии в России относятся к времени Древней Руси. Имеются документальные сведения о том, что в Киевской Руси в X—XI веках при монастырях осуществлялась помощь психически больным. В то время господствовали религиозные взгляды на происхождение и сущность психических заболеваний. Следует отметить, что в России отношение к психически больным всегда было более гуманным, чем в странах Западной Европы, где жестоко обращались с ними, рассматривая их болезнь как проявление «дьявольской порчи». Многих больных сжигали на кострах, считая их колдунами и ведьмами, «одержимыми дьяволом». В России же психически больных считали «жертвами божьего наказания» и помещали в монастыри.

В XVII веке в Московской Руси стал утверждаться взгляд, что «помешательство» — это болезнь. Первый психиатрический госпиталь был открыт в Петербурге в 1779 г. Такое же учреждение, получившее впоследствии название Преображенской психиатрической больницы, было открыто в Москве в 1809 г.

Положение больных в психиатрических больницах в то время было очень тяжелым. Широко использовались всевозможные меры стеснения больных: их связывали, надевали на них цепи и смирительные рубашки.

Работа русских врачей первой половины XIX века оказала благотворное влияние на развитие научной психиатрии. К выдающимся представителям отечественной психиатрии второй половины XIX века относятся И. М. Балинский, И. П. Мержеевский, В. Х. Кандинский и др. И. М. Балинский (1827—1902) впервые в России в 1857 г. начал преподавание курса психиатрии в Петербургской медико-хирургической академии. В 1867 г. при академии была открыта психиатрическая клиника. И. М. Балинский много внимания уделял вопросам организации ухода и лечения психически больных.

Ученик И. М. Балинского И. П. Мержеевский (1838—1908) развивал материалистические идеи своего учителя. И. П. Мержеевский широко известен своими исследованиями патологической анатомии прогрессивного паралича и других психозов. Видным клиницистом-психиатром этого периода был В. Х. Кандинский (1849—1889), который занимался исследованиями галлюцинаций, бреда и ряда дру-

гих симптомов психических заболеваний, а также работал в области судебной психиатрии.

Научные достижения психиатрии конца XIX века прежде всего связаны с именем С. С. Корсакова. С. С. Корсаков (1854—1900) — выдающийся отечественный ученый-врач, передовой общественный деятель, один из основоположников отечественной психиатрии, основатель московской психиатрической школы, которая славилась гуманным подходом к психически больному. С его именем связано введение в России системы нестеснения психически больных. Огромным достижением явился предложенный С. С. Корсаковым постельный режим для некоторых психически больных. Тем самым они приравнивались к соматическим больным и психиатрические учреждения превращались в больницы, где оказывалась лечебная помощь. С. С. Корсаков ввел в психиатрических больницах должность медицинских сестер, осуществляющих уход за больными.

С. С. Корсаков считал, что психические заболевания являются следствием повреждения мозга, что они — болезни всего организма. В 1887 г. он впервые описал сочетание полиневрита с особыми нарушениями памяти, названное корсаковским психозом. Это заболевание получило в мировой практике название болезни Корсакова. Так было подтверждено материалистическое понимание сущности психозов и была открыта новая эпоха в психиатрии. До опубликования трудов С. С. Корсакова господствовало симптоматическое направление в психиатрии, когда отдельные симптомы или их сочетания рассматривались как самостоятельные заболевания, например мания, депрессия, меланхолия и др. С. С. Корсаков является основоположником нозологического направления, предусматривающего выделение причины, клинической картины, течения и исхода заболеваний. Например, корсаковский психоз является самостоятельной нозологической единицей.

Таким образом, заслугой основоположников отечественной психиатрии (С. С. Корсаков, И. П. Мерзеевский, В. М. Бехтерев и др.) было то, что они заложили основы для материалистического понимания нервно-психических болезней. Эти идеи в дальнейшем развивали их ученики и последователи С. А. Суханов, В. П. Сербский, П. Б. Ганнушкин, Н. Н. Баженов, В. П. Осипов, А. Н. Бернштейн, В. А. Гиляровский, Т. И. Юдин, Е. К. Краснушкин и др.

Повышение уровня народного хозяйства, неуклонный рост материального и культурного уровня жизни трудя-

щихся, общегосударственные меры по охране здоровья населения, достижения советской медицинской науки и практики — все это привело к снижению заболеваемости нервно-психическими болезнями в СССР. Советские психиатры и невропатологи постоянно уделяют большое внимание мероприятиям, которые обеспечивают предупреждение заболеваний и укрепление нервно-психического здоровья всех трудящихся. Максимальное приближение медицинской помощи к населению (амбулатории, медико-санитарные части при заводах и фабриках, диспансеры), строгая профилизация лечебно-профилактических учреждений способствуют ранней диагностике и оказанию эффективной помощи больному.

Советская психиатрическая наука крепла в борьбе с идеалистическими взглядами (фрейдизм, психоморфологизм, бихевиоризм) ряда западных исследователей. Много сделали и делают для развития отечественной психиатрии советские ученые В. А. Гиляровский, В. П. Протопопов, В. П. Осипов, М. О. Гуревич, М. М. Асатиани, Е. А. Попов, А. Г. Иванов-Смоленский, О. В. Кербиков, А. В. Снежневский, Т. П. Симсон, Г. Е. Сухарева, А. Д. Зурабашвили, В. Н. Мясичев, И. Ф. Случевский, А. А. Меграбян и др.

НЕВРОПАТОЛОГИЯ

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

ОСНОВЫ АНАТОМИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Все живое в природе, в том числе и человек, постоянно находится под воздействием множества факторов окружающей среды. На разнообразные внешние раздражения нервная система дает соответствующую ответную реакцию. Такой реакцией, например, является отдергивание руки при соприкосновении с горячим предметом, мигание или зажмуривание глаз при попадании инородного тела или при взгляде на яркий источник света, выделение слюны при попадании пищи в рот и т. п.

Без постоянного и тесного взаимодействия с окружающим миром невозможна жизнь человеческого организма. Приспособление к этим внешним влияниям, уравнивание организма с окружающей средой осуществляются с помощью нервной системы.

И. П. Павлов по этому поводу писал, что нервная система — «...невыразимо сложнейший и тончайший инструмент сношений, связи многочисленных частей организма между собой и организма как сложнейшей системы с бесконечным числом внешних влияний»¹.

Связь человека с окружающим его миром осуществляется посредством органов чувств (слух, зрение, обоняние и др.). Раздражения нервных окончаний (рецепторы) органов чувств передаются по периферическим нервам в ЦНС. Так организм получает сигналы о происходящем в окружающей среде.

Таким образом, нервная система осуществляет связь организма с окружающей средой, что выражается образованием весьма тонких и сложных форм его взаимодействия с внешним миром. Кроме того, нервная система регу-

¹ Павлов И. П. Полн. собр. соч., т. 3, с. 323.

дирует всю деятельность организма, обеспечивая также связь его внешних проявлений и внутренней жизнедеятельности.

Нервная система человека подразделяется на центральную и периферическую (рис. 1). ЦНС состоит из головного и спинного мозга. Отходящие от них нервы с многочисленными разветвлениями и сплетениями образуют периферическую нервную систему. В головном мозге находятся центральные среды вегетативной нервной системы, регулирующие деятельность внутренних органов.

Спинальный мозг расположен в позвоночном канале. Он короче позвоночника: начинается на уровне верхнего края I шейного позвонка — атланта (выше этого места он переходит в продолговатый мозг) и заканчивается на уровне нижнего края I или верхнего края II поясничного позвонка.

От каждой половины спинного мозга отходят передние и задние корешки спинномозговых нервов. Анатомическая связь нервных корешков со спинным мозгом видна при изучении его поперечного разреза (рис. 2). На поперечном разрезе спинного мозга внутри обнаруживается серое вещество (скопление нейронов — нервных клеток), окруженное белым веществом (скопление нервных волокон), в котором различают передние, боковые и задние столбы.

Серое вещество имеет характерное расположение и на срезе напоминает форму развернутой бабочки или буквы «Н». В нем различают передние, задние и боковые рога. В центре серого вещества имеется отверстие — это центральный канал. Обе половины серого вещества соединены между собой серой спайкой. Передние рога — передний выступ серого вещества — содержат двигательные ядра, отсюда выходят передние корешки спинномозговых нервов, которые состоят из двигательных нервных волокон; задние рога — задний выступ серого вещества — состоят из ядер, связанных с чувствительными нервными волокнами, образующими задние корешки. В боковых рогах, хорошо выраженных в грудном и поясничном отделах, расположены ядра симпатической части вегетативной нервной системы. Передние и задние корешки проходят через твердую мозговую оболочку, соединяются в межпозвоночных отверстиях, образуя смешанный (чувствительный и двигательный) спинномозговой нерв. Всего от спинного мозга отходит 31 пара таких нервов. При этом задний корешок у места соединения образует спинномозговой ганглий. В связи с тем что спинной мозг короче позвоноч-

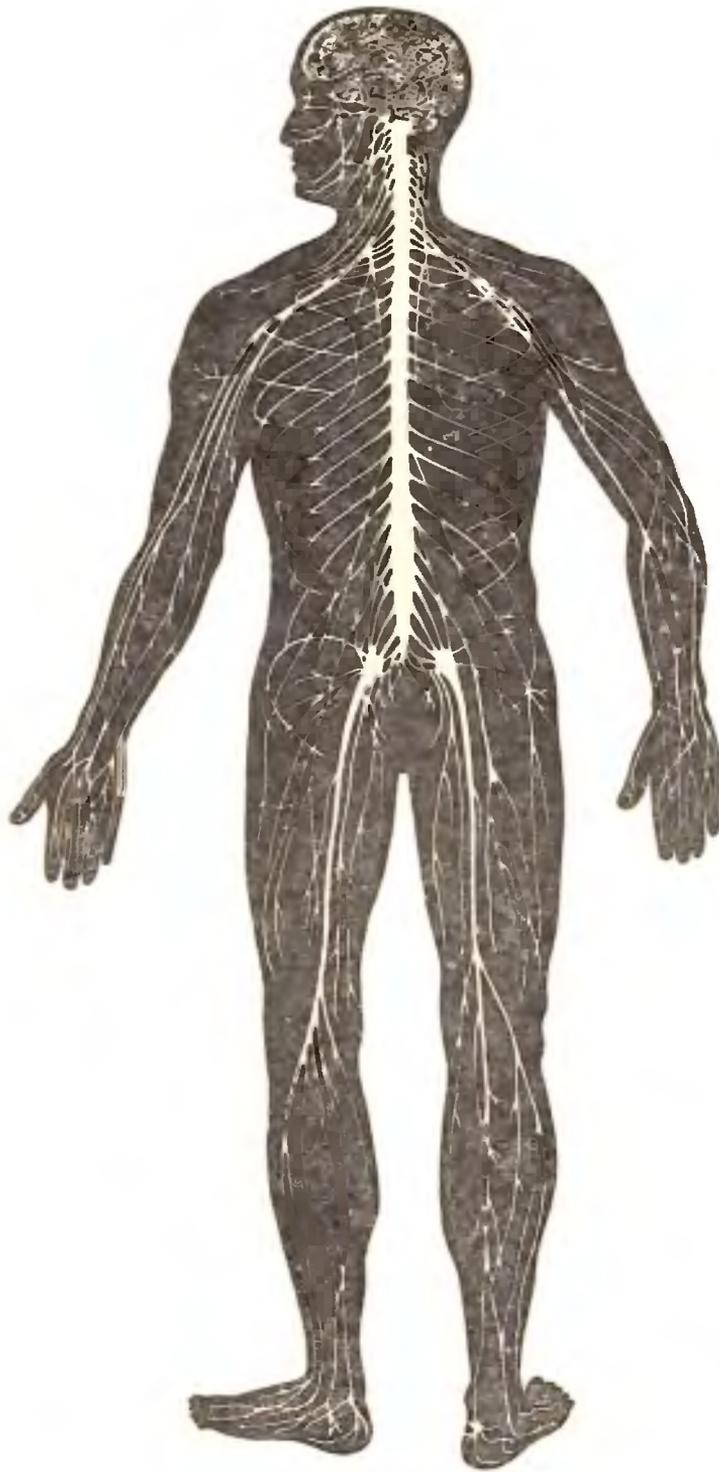


Рис. 1. Нервная система (схематическое изображение).

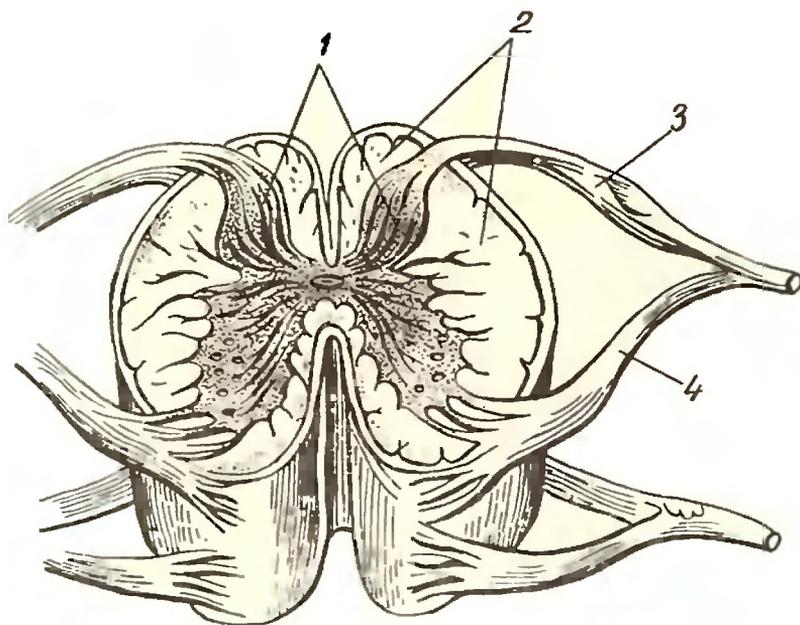


Рис. 2. Поперечный разрез спинного мозга.

1 - серое вещество; 2 - белое вещество; 3 - задний корешок; 4 - передний корешок.

ного канала, отходящие сбоку спинного мозга нервные корешки не имеют строго горизонтального расположения: в верхних отделах они идут горизонтально, по мере же приближения к нижнему отделу уклоняются все более и более вниз, принимая вертикальное положение и образуя так называемый конский хвост (*cauda equina*). За пределами позвоночного канала нервы образуют сплетения (шейное, плечевое, пояснично-крестцовое), от которых спинномозговые нервы направляются к мышцам и коже конечностей и туловища.

Участок серого вещества спинного мозга, дающий начало одной паре спинномозговых нервов, составляет сегмент спинного мозга. Всего выделяют 31 сегмент (рис. 3), из них 8 шейных, 12 грудных, 5 поясничных, 5 крестцовых и 1 копчиковый. Отдельные сегменты спинного мозга иннервируют соответствующие участки кожной поверхности и определенные мышцы. Установлены соотношения между сегментами спинного мозга и мышцами: I—IV шейные сегменты иннервируют мускулатуру шеи; V—VIII шейные и I—II грудные — мышцы верхних конечностей; III—XII грудные и I — поясничный — мышцы туловища; II—V поясничные и I—II крестцовые — мышцы нижних конечностей; III—IV крестцовые и копчиковый сегменты — мышцы промежности.

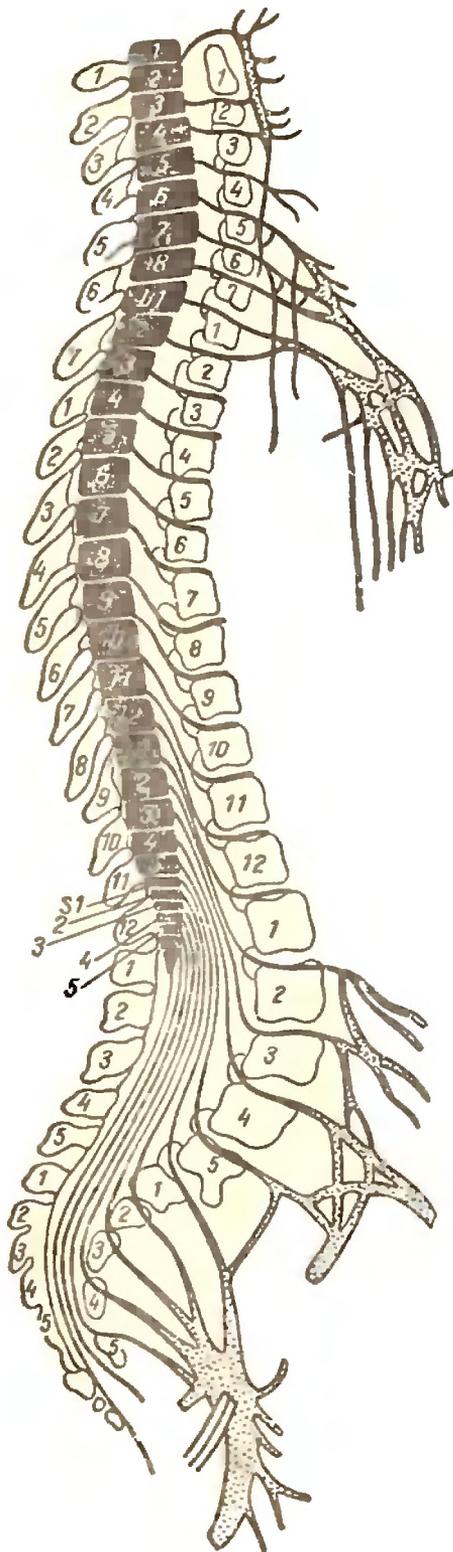


Рис. 3. Топографические соотношения между сегментами спинного мозга и позвонками.

Головной мозг состоит из: 1) двух полушарий, соединенных между собой спайкой (мозолистое тело); 2) промежуточного мозга (зрительные бугры и подбугорная область); 3) среднего мозга (пластинка крыши — четверохолмие и ножки большого мозга); 4) заднего мозга (мозжечок и мост); 5) продолговатого мозга (рис. 4). Головной мозг расположен в черепной коробке, как и спинной мозг, он покрыт тремя оболочками. Снаружи головной мозг имеет выпуклую форму, основание его уплощенное. Масса мозга взрослого человека в среднем составляет 1300—1350 г. На основании мозга выходят черепные нервы (рис. 5). Большинство черепных нервов берет начало в ядрах (скопление нейронов), расположенных в различных участках ствола мозга, главным образом в продолговатом мозге. Среди них имеются двигательные, чувствительные и смешанные нервы. Различают следующие 12 пар черепных нервов: I пара — обонятельные нервы; II пара — зрительные нервы. На основании мозга зрительные нервы образуют неполный перекрест между собой —

это так называемый зрительный перекрест — хиазма (*chiasma opticum*); III пара — глазодвигательные нервы; IV пара — блоковые и VI пара — отводящие нервы. Пос-

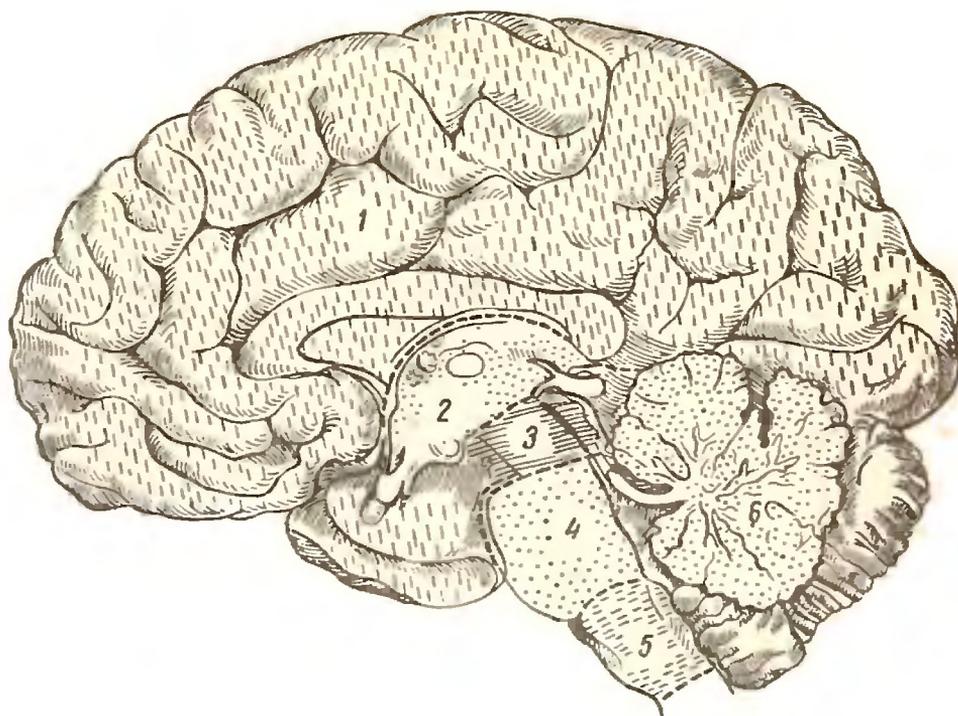


Рис. 4. Продольный разрез головного мозга человека.

1 — передний мозг; *2* — промежуточный мозг; *3* — средний мозг; *4* — мост головного мозга; *5* — продолговатый мозг; *6* — мозжечок.

ледние три пары нервов — чисто двигательные нервы, они направляются к мышцам глазного яблока и обеспечивают его движения. III пара нервов в своем составе содержит парасимпатические нервные волокна, обеспечивающие сужение зрачка и аккомодацию глаза; V пара — тройничные нервы, самый толстый из черепных нервов. Тройничный нерв состоит из трех ветвей, содержит двигательные и чувствительные волокна. Чувствительные нервные волокна направляются к коже лица и к слизистым оболочкам глаза, полости носа и рта, а двигательные — к жевательным мышцам; VII пара — лицевые нервы. Волокна лицевого нерва направляются к мышцам лица и обеспечивают все движения мимической мускулатуры. К нему присоединяется промежуточный нерв, содержащий вкусовые и парасимпатические нервные волокна, иннервирующие слезную, поднижнечелюстную и околоушную слюнные железы; VIII пара — преддверно-улитковые (слуховые) нервы. Во внутреннем слуховом проходе этот нерв разделяется на нерв улитки (собственно слуховой) и нерв преддверия (нерв равновесия). IX пара — языкоглоточные нервы. Волокна его идут к мышцам глотки. От желобоватых сосоч-

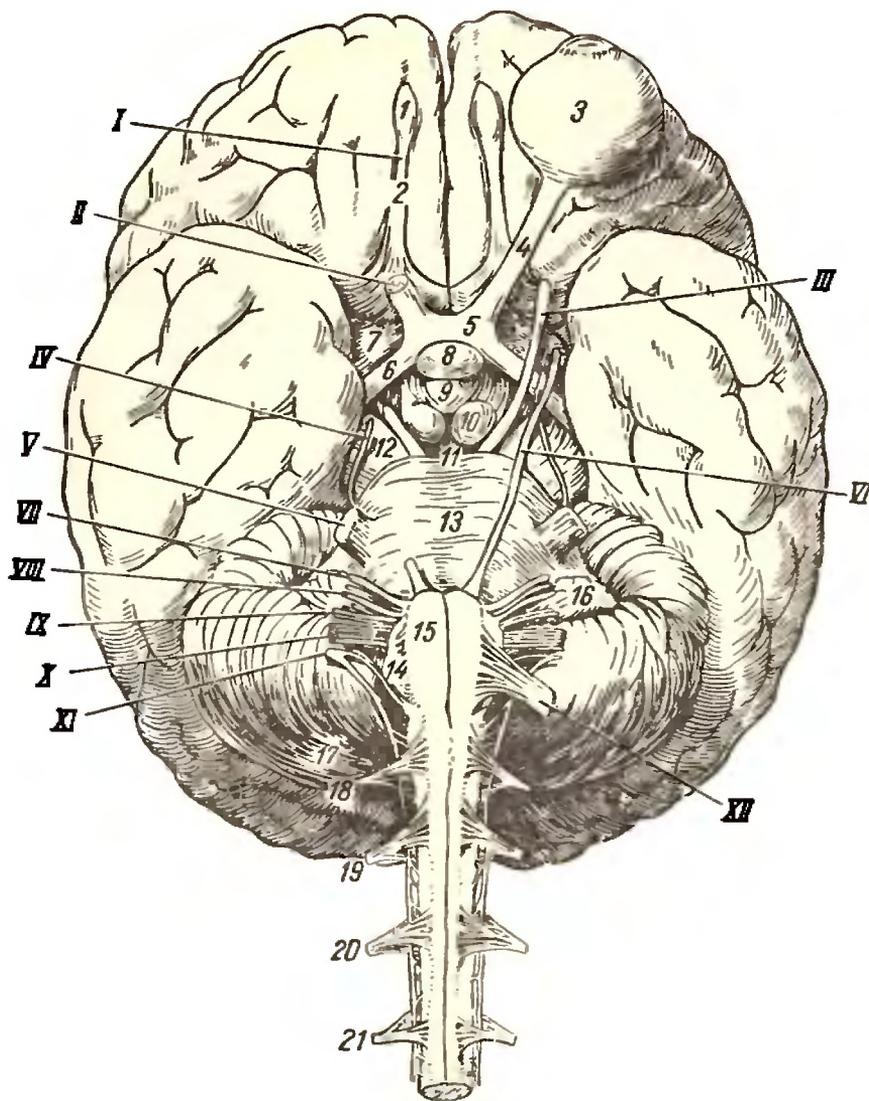


Рис. 5. Основание (нижняя поверхность) головного мозга.

1 — обонятельная луковица; *2* — обонятельный тракт; *3* — глазное яблоко; *4* — зрительный нерв; *5* — зрительный перекрест; *6* — зрительный тракт; *7* — обонятельный треугольник; *8* — гипофиз; *9* — серый бугор; *10* — сосочковое тело; *11* — ямка между ножками мозга; *12* — ножка мозга; *13* — мост; *14* — олива; *15* — пирамида продолговатого мозга; *16* — ножка моста; *17* — мозжечок; *18, 19, 20, 21* — верхние спинномозговые нервы; *I—XII* — черепные нервы.

ков языка по этому нерву в мозг поступают вкусовые раздражения. В его составе идут парасимпатические волокна, направляющиеся к околоушной железе; X пара — блуждающие нервы. Блуждающий нерв содержит чувствительные, двигательные и парасимпатические нервные волокна. Это самый длинный из черепных нервов. Волокна этого нерва направляются к ряду органов: глотке, пищеводу, сердцу, легким, желудку и др.; XI пара — добавочные нервы. Начинаются в сером веществе продолговатого и спинного

мозга. Оттуда волокна нерва идут в полость черепа, а затем, выходя из черепа, иннервируют грудиноключично-сосцевидную и трапецевидную мышцы; XII пара — подъязычные нервы, иннервируют мышцы языка.

Средний мозг, мост и продолговатый мозг объединены под общим названием «ствол мозга».

Кратко опишем анатомию перечисленных выше отделов головного мозга.

Продолговатый мозг (см. рис. 5) расположен в полости черепа, лежит на скате черепа (блюменбахов скат). Книзу продолговатый мозг переходит непосредственно в спинной мозг. На передней поверхности продолговатого мозга имеется продольная щель, по сторонам которой расположены два возвышения в форме валиков — это пирамиды и оливы. На задней поверхности проходят продольная борозда и два задних канатика, которые являются продолжением задних столбов спинного мозга.

В продолговатом мозге различают серое и белое вещество. Серое вещество — скопление нейронов (ядра продолговатого мозга), оно расположено внутри; белое вещество (проводящие пути), образованное нервными волокнами, находится снаружи.

Задний мозг состоит из моста и мозжечка. Мост (см. рис. 5) располагается над продолговатым мозгом в виде утолщения. Боковые отделы моста постепенно суживаются и уходят к мозжечку — это ножки моста: они соединяют мост с мозжечком. На передней поверхности моста расположены пучки нервных волокон, которые направляются в большие полушария, переходят в ножки большого мозга (см. рис. 5). В глубине моста, так же как и в продолговатом мозге, расположены ядра. Основная часть их — это ядра, от которых берут начало некоторые черепные нервы. В продолговатом мозге и мосту расположены также вегетативные и (парасимпатические) ядра, регулирующие жизненно важные функции (сердечно-сосудистый и дыхательный центры), а также слюноотделение.

Мозжечок состоит из двух полушарий, соединенных между собой так называемым червем. При помощи трех пар ножек (верхние, средние и нижние) мозжечок связан со средним мозгом, мостом и продолговатым мозгом. Различают наружное серое вещество мозжечка — его кору и белое вещество, расположенное внутри, в котором заложены ядра мозжечка, например зубчатое ядро.

Верхний отдел продолговатого мозга принимает участие в образовании четвертого желудочка головного мозга,

дном которого является ромбовидная ямка; четвертый желудочек соединяется с центральным каналом спинного мозга, а также сообщается с подпаутинным (субарахноидальным) пространством.

Средний мозг состоит из ножек мозга и пластинки крыши (четверохолмия). Ножки мозга — это значительное скопление нервных волокон, которые имеют вид двух толстых нервных пучков. Через них осуществляется связь продолговатого мозга и моста с лежащими выше отделами головного мозга. В ножках выделяют основание и покрывку, между которыми заложена черная субстанция. Кроме того, в них лежат красные ядра и ядра III и IV пары черепных нервов. Рядом с ядром III пары нервов располагается добавочное (парасимпатическое) ядро глазодвигательного нерва (ядро Вестфала — Эдингера), которое обуславливает сужение зрачка и аккомодацию глаза. Черная субстанция и красное ядро, так же как зубчатое ядро мозжечка и полосатое тело больших полушарий, относятся к экстрапирамидной системе, участвующей в регуляции тонуса мышц.

Пластинка крыши (четверохолмие) имеет четыре возвышения в форме небольших бугорков; два из них верхние и два нижние. Между верхними бугорками расположено шишковидное тело (эпифиз, шишковидная железа). В верхних бугорках имеются скопления нейронов, которые относятся к подкорковым зрительным центрам; нейроны нижних бугорков являются подкорковыми слуховыми центрами.

Промежуточный мозг состоит из таламуса (зрительный бугор) — это два больших образования, состоящих из скопления серого вещества. (Между внутренними поверхностями бугров расположен третий желудочек головного мозга, который через водопровод мозга (Сильвиев водопровод) соединен с четвертым желудочком головного мозга и через межжелудочковые отверстия — с боковыми желудочками.) Таламус содержит первичные зрительные центры. Кроме того, сюда сходятся все чувствительные пути, поэтому считают, что таламус — подкорковый чувствительный центр, откуда чувствительные проводники направляются в кору большого мозга.

Гипоталамус (подбугорная область) расположена книзу от таламуса. Главными образованиями ее являются серый бугор и сосочковые тела. В них лежат ядра, участвующие в регуляции обмена веществ в организме (подкорковые вегетативные центры).

Полушария большого мозга состоят из серого и белого вещества. Серое вещество полушарий расположено снаружи в виде тонкого слоя и называется корой большого мозга. Основную массу полушарий составляет белое вещество, расположенное под корой. В глубине его имеются скопления серого вещества в форме отдельных подкорковых ядер или центральных узлов; главными из ядер являются хвостатое и чечевицеобразное, объединенные под общим названием полосатое тело и бледный шар. Узкая полоска белого вещества, расположенная между подкорковыми узлами, называется внутренней капсулой. На поверхности коры большого мозга хорошо выражены многочисленные складки, которые отделяются друг от друга то более, то менее глубокими бороздами. Участок поверхности полушарий большого мозга, ограниченный бороздами, называется извилиной. Форма и размер извилин весьма разнообразны. Толщина коры большого мозга взрослого человека неодинакова и в среднем составляет 4 мм.

Вся поверхность коры благодаря многочисленным складкам достигает в среднем 2250 см². Полушария большого мозга разделяются на следующие доли: лобные, теменные, височные и затылочные. Расположение долей примерно соотносится с соответствующими костями черепа. Границей между долями являются наиболее постоянные и выраженные борозды. Так, например, латеральная (силвиева) борозда (*fissura cerebri lateralis*), проходящая по наружной поверхности полушария спереди назад и несколько вверх, отделяет височную долю от лобной и теменной долей. Центральная, роландова, борозда (*fissura centralis*) отделяет лобную долю от теменной. Каждая из упомянутых долей больших полушарий в свою очередь разделяется бороздами на различное число извилин. Например, наружная поверхность височной доли двумя горизонтальными бороздами разделена на три извилины: верхнюю, среднюю и нижнюю. Белое вещество представляет собой скопление нервных волокон. Благодаря этим волокнам осуществляется связь коры большого мозга со всеми остальными отделами ЦНС и периферией, а также связь различных областей полушарий между собой и внутри каждого полушария.

При изучении мозговой ткани под микроскопом установлено, что она образована скоплением нейронов (нервных клеток) и нейроглии.

Нейрон состоит из тела с многочисленными отростка-

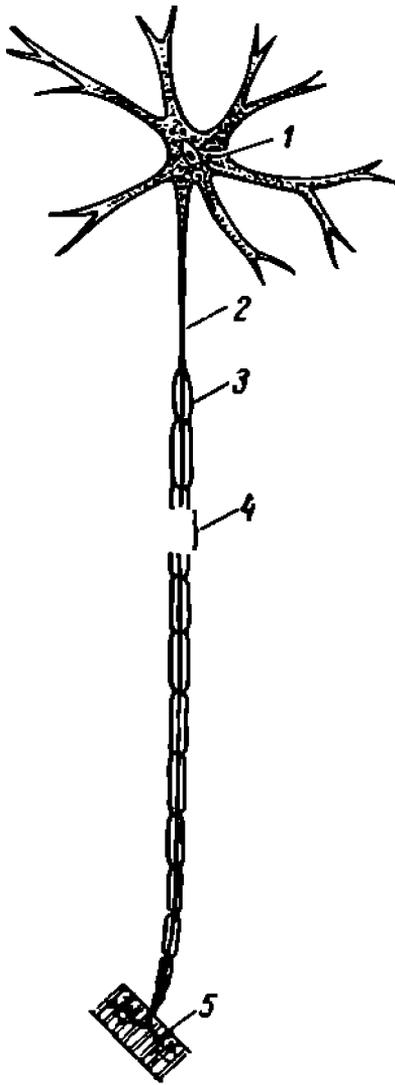


Рис. 6. Строение нейрона (схематическое изображение).

1 — ядро; 2 — аксон; 3 — слой миелина; 4 — перерыв в изображении аксона; 5 — конечное разветвление аксона в мышечном волокне.

ми. Как и во всякой клетке, в нем имеются цитоплазма, ядро и ядрышко. Через все тело нейрона и его отростки проходят тончайшие волокна — нейрофибриллы. Среди многочисленных отростков нейрона выделяют один длинный отросток, отходящий от его основания, — так называемый аксон, или осевидный отросток, нейрит (рис. 6). Короткие древовидные, ветвящиеся отростки нейрона называются дендритами. По дендритам нервный импульс направляется к телу нейрона, а по аксону — от нейрона к периферии.

Нейроны находятся в контакте между собой, образуя цепь нейронов. Место контакта нейронов между собой или нейрона с иннервируемыми образованиями называется синапсом, представляет собой специализированную структуру, обеспечивающую передачу нервного импульса с нервного волокна на какую-либо клетку или мышечное волокно, а также с клетки на нервное волокно.

Кроме нейронов, в веществе мозга имеется особая межклеточная ткань — так называемая нейроглия, или глия. Нейроглия является как бы опорой, остовом, в котором содержатся все клеточные элементы нервной ткани, за исключением нейронов. Кроме того, будучи посредницей между нейронами и кровеносными сосудами, она обеспечивает обмен веществ в нервной системе.

Нервные волокна одеты в специальную оболочку, внутренний слой которой состоит из миелина. Аксоны, имеющие миелиновую (жировидную) оболочку, называются миелиновыми (мякотными), не имеющие ее — безмиели-

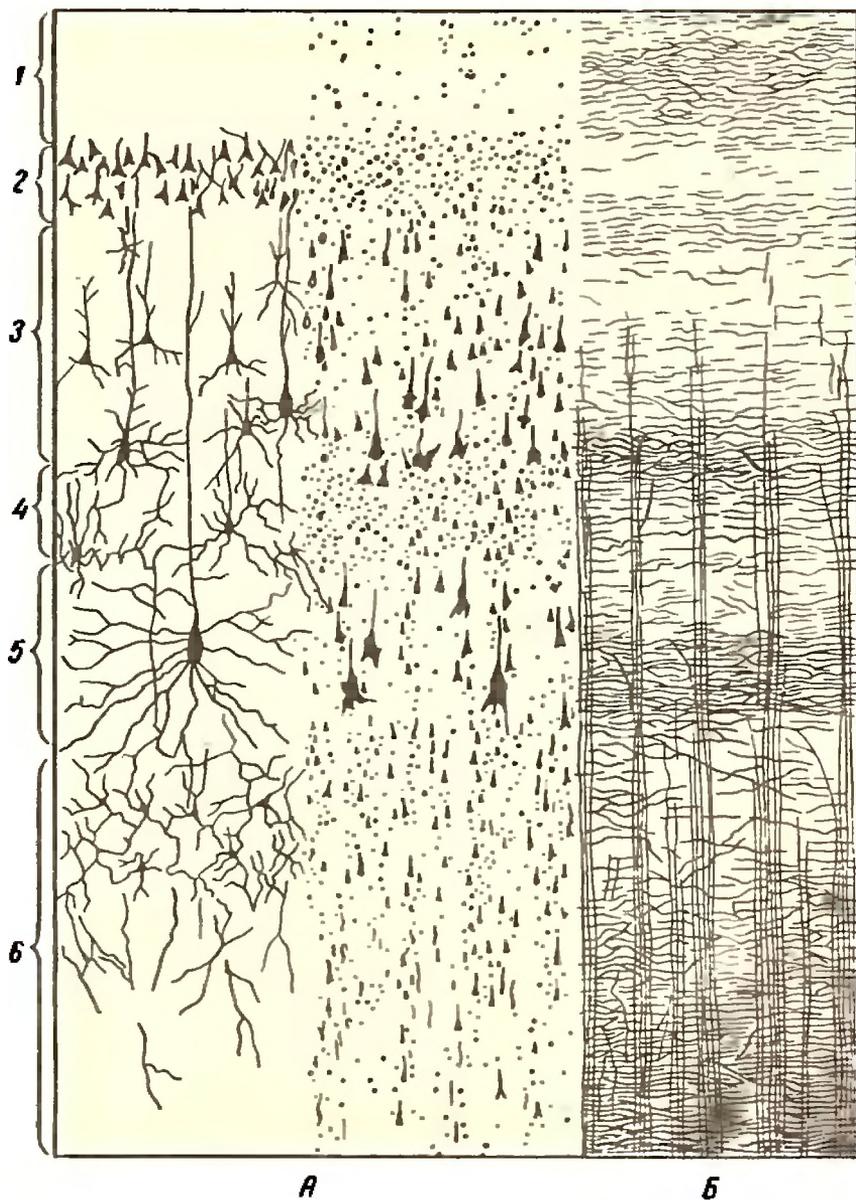


Рис. 7. Строение коры большого мозга (схематическое изображение). А — расположение нейронов в коре (цифрами 1, 2, 3, 4, 5, 6 обозначены слои клеток); Б — расположение нервных волокон в коре.

повыми (безмякотными). Аксоны нейронов, выходящие за пределы ЦНС, кроме миелиновой оболочки, имеют еще поверх нее оболочку из леммоцитов (шванновских клеток). Такие нервные волокна и составляют собственно периферические нервы, которые направляются к мышцам, коже, железам и другим структурам, образуя специальные нервные окончания.

Нейроны коры большого мозга и миелиновые нервные волокна расположены в определенном порядке (рис. 7).

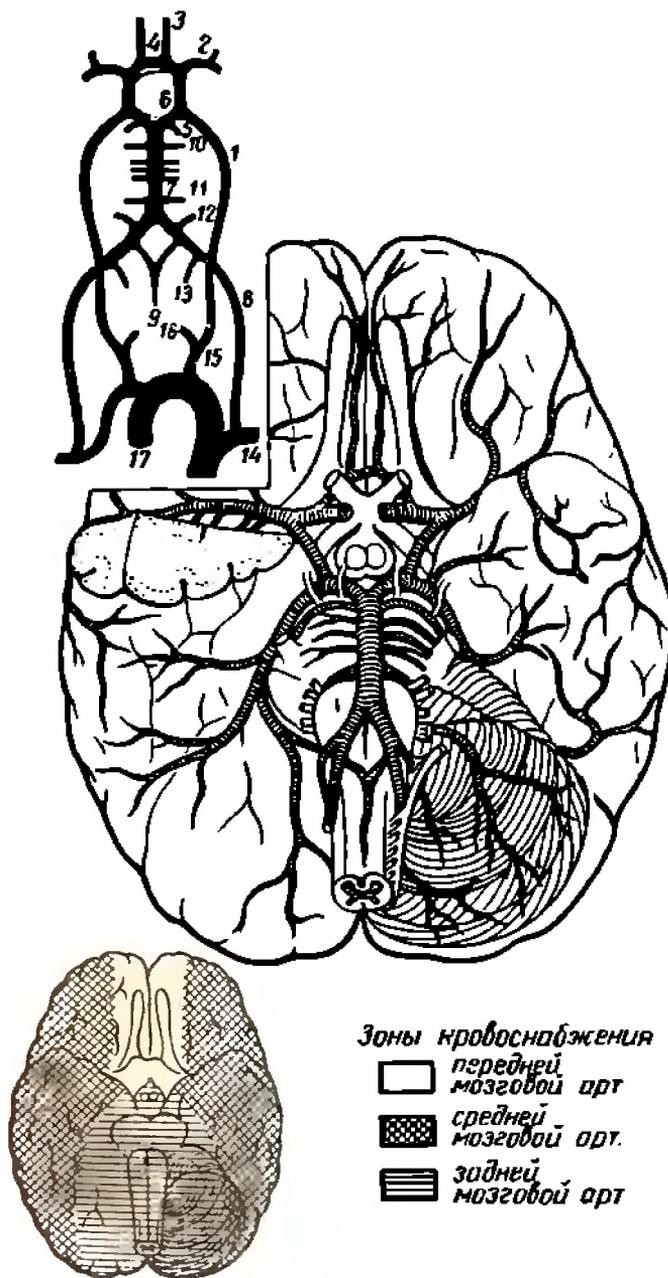


Рис. 8. Артериальный круг большого мозга (схематическое изображение).

Артерии: 1 — внутренняя сонная; 2 — средняя мозговая; 3 — передняя мозговая; 4 — передняя соединительная; 5 — задняя мозговая; 6 — задняя соединительная; 7 — базилярная; 8 — позвоночная; 9 — передняя спинномозговая; 10 — верхняя мозжечковая; 11 — передняя нижняя мозжечковая; 12 — задняя нижняя мозжечковая; 13 — задняя спинномозговая; 14 — подключичная; 15 — общая сонная; 16 — наружная сонная; 17 — аорта.

Установлено, что почти все отделы коры большого мозга человека состоят из шести слоев: 1) молекулярного (поверхностного); 2) наружного зернистого; 3) пирамидного; 4) внутреннего зернистого; 5) ганглиозного; 6) полиморфного. Каждый слой имеет некоторые особенности строения, которые проявляются главным образом в различной степени выраженности того или иного слоя, неодинаковом количестве клеток. Например, в двигательной зоне, в области передней центральной извилины, преимущественно развит слой больших гигантопирамидальных нейронов. На

основании цитоархитектонических исследований особенностей строения различных отделов коры большого мозга в настоящее время в коре выделяют 47 полей. Различия строения коры большого мозга связаны с многообразием функций головного мозга.

Кровоснабжение головного мозга (рис. 8) осуществляется за счет внутренних сонных и позвоночных артерий. Внутренние сонные артерии в полости черепа делится каждая на глазную артерию, переднюю и среднюю мозговые артерии. Позвоночные артерии на основании мозга соединяются, образуя базилярную артерию, которая затем делится на две задние мозговые артерии, кровоснабжающие затылочный отдел головного мозга. На основании мозга в результате анастомозирования артериальных ветвей внутренних сонных и позвоночных артерий образуется артериальный круг большого мозга (виллизиев круг). Его аномалии нередко служат причиной нарушений кровоснабжения головного мозга. Передняя, средняя и задняя мозговые артерии в области коры также имеют анастомозы, однако они, как правило, недостаточны для развития коллатерального кровообращения в случаях его нарушения с одной из сторон.

Основное значение имеют нарушения кровообращения в бассейне средней мозговой артерии, которая кровоснабжает практически полностью наружную поверхность коры большого мозга, подкорковые образования. Отток крови от головного мозга осуществляется через венозную сеть и синусы, расположенные в твердой мозговой оболочке (рис. 9).

Кровоснабжение спинного мозга осуществляется за счет артерий, подходящих к мозгу с передними и задними корешками.

Головной и спинной мозг покрыты тремя оболочками: твердой (*dura mater*) паутинной (*arachnoidea*) и мягкой (*pia mater*). Паутинная и мягкая оболочки объединены общим названием «лептоменингс» (*leptomeninges*). Твердая мозговая оболочка состоит из двух листков (см. рис. 9). Ее наружный листок плотно прилегает к костям черепа и позвоночника, являясь их надкостницей. Мягкая мозговая оболочка плотно прилегает к веществу головного и спинного мозга и срастается с ним. Пространство между паутинной и мягкой мозговыми оболочками называется подпаутинным или субарахноидальным, оно наполнено цереброспинальной (спинномозговой) жидкостью. Подпаутинное пространство в некоторых местах, преимуществен-

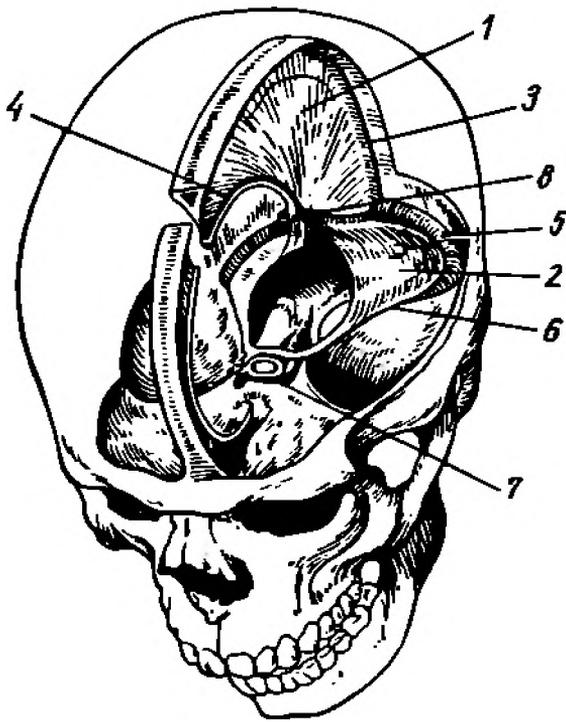


Рис. 9. Твердая мозговая оболочка.

1 — серп большого мозга; 2 — палатка мозжечка; 3 — верхний сагиттальный синус; 4 — нижний сагиттальный синус; 5 — поперечный синус; 6 — верхний каменистый синус; 7 — пещеристый синус; 8 — прямой синус.

но на основании головного мозга, особенно развито, образуя широкие и глубокие вместилища, заполненные цереброспинальной жидкостью.

Такие полости называются цистернами. Наиболее мощными являются большая цистерна, расположенная между мозжечком и продолговатым мозгом, — мозжечково-продолговатомозговая (бульбарная) и основная, лежащая на основании мозга. Большим количеством цереброспинальной жидкости окружен ствол головного мозга, вокруг него расположены цистерна моста, зрительного перекреста и др. Подпаутинное пространство окружает весь спинной мозг. У места окончания спинного мозга (на уровне II поясничного позвонка) подпаутинное пространство расширяется, образуя конечную цистерну, в которой находится конский хвост.

Значительные скопления цереброспинальной жидкости находятся в центральных полостях головного мозга — желудочках (правом и левом боковых, третьем и четвертом). Цереброспинальная жидкость продуцируется сосудистыми сплетениями, расположенными в мозговых желудочках. В образовании сосудистых сплетений основное участие принимает мозговая оболочка. Общая поверхность сосудистых сплетений превышает 1 м^2 . Эти сплетения имеют чрезвычайно богатую сеть сосудов, которые отличаются

широким просветом и тонкими, как у капилляров, стенками. Сосудистые сплетения выделяют цереброспинальную жидкость в полость желудочков. Из боковых желудочков через межжелудочковые (монроевы) отверстия она переходит в третий желудочек, откуда через водопровод мозга попадает в четвертый желудочек, в центральный канал спинного мозга, а через срединную апертуру четвертого желудочка (отверстие Мажанди) и латеральную апертуру (отверстие Люшка) — в большую цистерну и подпаутинное пространство. Отток цереброспинальной жидкости происходит путем фильтрации главным образом в венозную систему через посредство так называемых грануляций (выросты паутинной оболочки), а также и в лимфатическую систему через влагалища нервов, в которые продолжают мозговые оболочки. Всего в организме взрослого человека 150—200 мл цереброспинальной жидкости, в желудочках головного мозга — 40—60 мл, в цистернах — 50 мл, остальное количество содержится в подпаутинном пространстве спинного мозга.

Вегетативная (автономная) нервная система (рис. 10) определяет связь головного и спинного мозга с внутренней средой организма (см. раздел «Основы физиологии и патофизиологии нервной системы»). Вегетативная нервная система, состоящая из симпатической и парасимпатической частей, иннервирует все внутренние органы, железы, кровеносные и лимфатические сосуды, гладкую и частично скелетную мускулатуру. Как правило, органы обеспечены как симпатической, так и парасимпатической иннервацией. Однако скелетная мускулатура, большинство кровеносных сосудов, мочеточники, потовые железы, волосяные фолликулы кожи имеют лишь симпатическую иннервацию.

Выделяют центральный и периферический отделы вегетативной нервной системы. Центральный отдел симпатической части вегетативной нервной системы образован нейронами боковых рогов грудного и поясничного отделов спинного мозга.

Аксоны указанных нейронов, выходя из позвоночника, заканчиваются в ганглиях, которые соединены между собой и расположены вдоль позвоночника в виде цепочки — так называемый симпатический ствол (*truncus sympathicus*). Правый и левый симпатические стволы состоят из 3 шейных симпатических ганглиев, 10—12 грудных, 4—5 поясничных, 3—4 крестцовых и 1 копчикового. Часть аксонов заканчивается в предпоз-

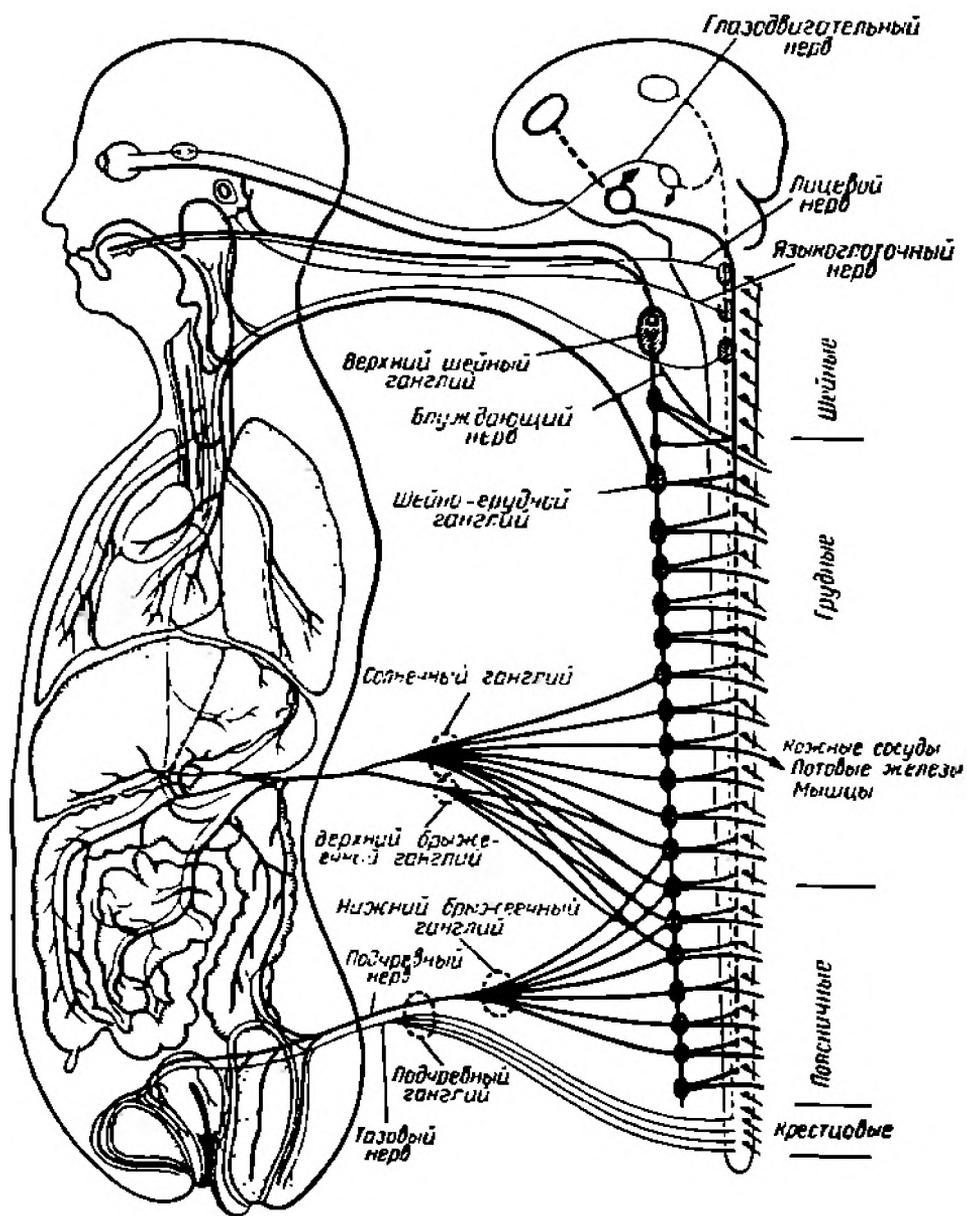


Рис. 10. Вегетативная нервная система.

Сплошной линией изображены первые центры, ганглии и нервные волокна симпатической части вегетативной нервной системы; прерывистой линией — парасимпатической части вегетативной нервной системы.

воночных (превертебральных) ганглиях, расположенных в грудной и брюшной полостях. От этих узлов (симпатические стволы, превертебральные ганглии) отходят так называемые симпатические постганглионарные волокна, направляющиеся к внутренним органам, сосудам, железам и др. Все перечисленные анатомические образования (нервные волокна, ганглии) составляют перифериче-

ский отдел симпатической части вегетативной нервной системы.

Центральный отдел парасимпатической части вегетативной нервной системы состоит из ядер, расположенных в среднем, продолговатом мозге, а также в крестцовом отделе спинного мозга. Периферический ее отдел включает в себя ганглии и нервные волокна, входящие в состав III, VII, XI, X пары черепных нервов, а также нервов, обеспечивающих иннервацию тазовых органов.

Симпатические и парасимпатические нервные волокна в грудной, брюшной, тазовой полостях образуют и смешанные по составу нервные сплетения, иннервирующие соответствующие внутренние органы. Наиболее крупным из них является чревное (солнечное) сплетение.

Все описанные выше образования (нейроны, ганглии, нервные волокна и др.) иногда объединяют под общим названием сегментарной части вегетативной нервной системы в отличие от надсегментарной (вегетативные центры головного мозга). Последняя расположена в головном мозге и представлена анатомо-функциональными системами ствола мозга (в первую очередь ретикулярной формацией), гипоталамуса (нейроны, связанные с гипофизом, продолжение ретикулярной формации), лимбической системы (миндалевидное тело, гиппокамп, медиально-базальная часть коры височной области). Указанные образования входят в систему глубинных структур мозга, составляют лимбико-ретикулярный комплекс, обеспечивающий адаптацию организма к условиям среды.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Какова роль нервной системы в жизнедеятельности организма?
2. Назовите основные анатомо-физиологические структуры нервной системы.
3. Что понимают под сегментом спинного мозга?
4. Назовите основные анатомические образования головного мозга.
5. Назовите черепные нервы. Каковы их функции?
6. Каким образом осуществляется кровоснабжение головного мозга?
7. Что представляет собой подпаутинное пространство?
8. Каковы основные анатомические образования вегетативной нервной системы?
9. Что составляет лимбико-ретикулярный комплекс?

ОСНОВЫ ФИЗИОЛОГИИ И ПАТОФИЗИОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Вся деятельность нервной системы является рефлекторной.

Рефлекс — это ответная реакция организма на раздражение, осуществляемая при участии нервной системы. Следовательно, различные раздражения из окружающей среды: звуковые, световые, механические, температурные, обонятельные, вкусовые и др., а также импульсы, исходящие из внутренней среды организма (внутренних органов, мышц, суставов), постоянно оказывают воздействие на различные воспринимающие (рецепторные) нервные приборы. Возникшее нервное возбуждение по нервным проводникам — афферентным нервным волокнам — передается в ЦНС, откуда нервные импульсы после соответствующей обработки в центральных звеньях рефлекторных дуг по другим проводникам — эфферентным нервным волокнам — направляются к рабочему органу, который отвечает на данное раздражение.

Функции спинного мозга

Выделяют сегментарно-рефлекторную и проводниковую функции головного мозга. Рассмотрим вначале как осуществляется сегментарно-рефлекторная функция спинного мозга. На рис. 11 представлена наиболее простая схема рефлекторной дуги спинного мозга. Если уколоть кожу руки, то болевое раздражение, воспринятое первыми окончаниями — рецепторами, в виде нервных импульсов направится по чувствительному нерву к спинному мозгу. По заднему корешку спинного мозга нервный импульс достигает нейронов заднего рога, откуда возбуждение передается дендритам нейронов переднего рога (двигательные клетки). Через передний корешок по двигательному нерву импульс направляется к мышцам руки, вызывая их сокращение: происходит рефлекторное отдергивание руки. Таков же физиологический механизм сухожильных рефлексов, рефлексов с конъюнктивы глаза и др.

Рефлексы разделяются на безусловные (врожденные) и условные (приобретенные). В образовании условных рефлексов у человека главную роль играет кора большого мозга. Безусловные рефлексы замыкаются в низших отделах нервной системы, в спинном мозге, стволе мозга, в подкорковых узлах. Описанный выше спинномозговой

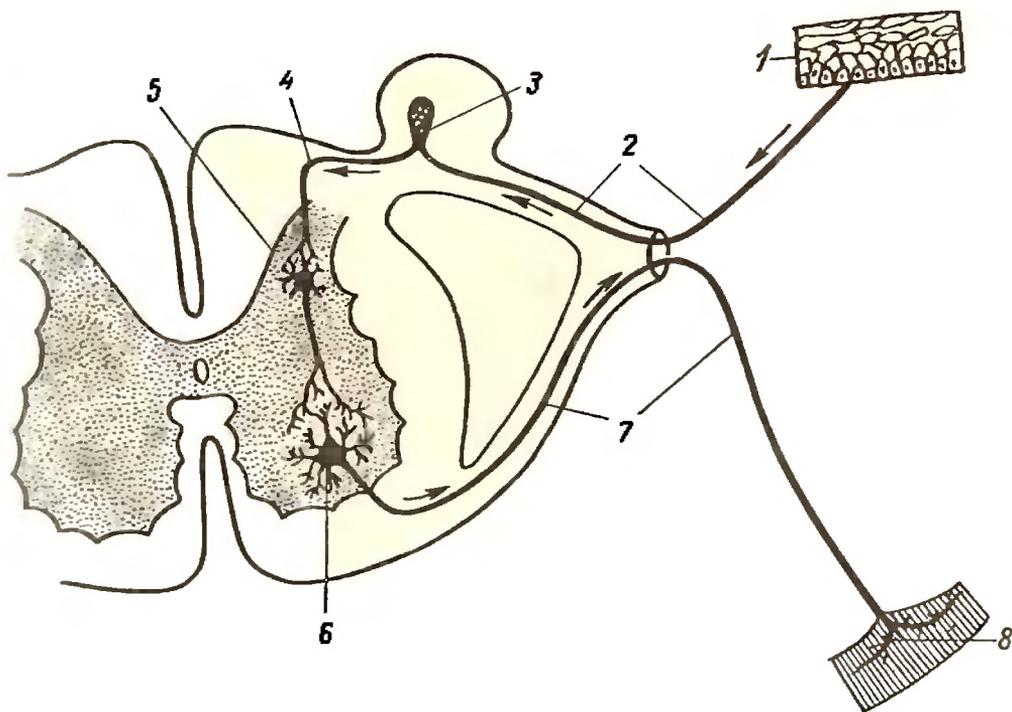


Рис. 11. Схема рефлекторной дуги.

1 — кожный рецептор; 2 — афферентное нервное волокно; 3 — афферентный нейрон; 4 — центральный отросток афферентного нейрона; 5 — вставочный нейрон; 6 — мотонейрон; 7 — эфферентное нервное волокно; 8 — окончание нервного волокна в мышце.

рефлекс может возникнуть лишь при целостности всех отделов рефлекторной дуги. В случае, если в каком-то месте эта дуга повреждена, ответной рефлекторной реакции либо не будет, либо она проявится в меньшем объеме.

Проводниковая функция обеспечивается системой проводящих (восходящих и нисходящих) путей ЦНС, которые составляют передние, задние и боковые столбы спинного мозга. Волокна всех нисходящих проводников заканчиваются у клеток передних рогов спинного мозга. По нисходящим проводникам идут импульсы, оказывающие как возбуждающее, так и тормозящее действие.

Функции головного мозга

И. М. Сеченов и И. П. Павлов доказали, что деятельность высших отделов нервной системы (кора большого мозга), так же как и остальных ее отделов, является рефлекторной. Без участия коры осуществляются только безусловные рефлексы. Для них характерно постоянство: они существуют с момента рождения ребенка. К таким

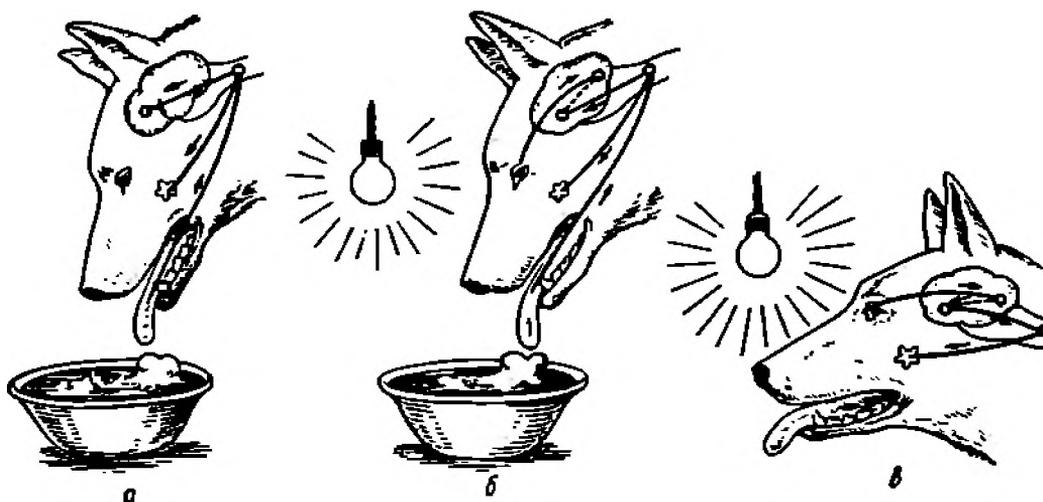


Рис. 12. Выработка условного рефлекса у собаки в эксперименте (а, б, в).

рефлексам относятся сосательный, глотательный и др. Сложными безусловными рефлексами являются также и инстинкты: пищевой, самосохранения, половой. При помощи безусловных рефлексов животные обеспечивают себе ограниченное приспособление к окружающей среде: спасаются от опасности, добывают пищу и др.

Условные рефлексы формируются на основе безусловных или прочно образовавшихся в прошлом условных рефлексов. Эти рефлексы названы условными потому, что для образования их необходимы определенные условия, подкрепление условного раздражителя безусловным. Приведем классический пример выработки условного рефлекса (рис. 12) в эксперименте. Собака помещена в специальный станок. Из слюнной железы собаки наружу выведен слюнной проток (фистула). Когда пища попадает собаке в рот, в пробирку начинает капать слюна. Это безусловный рефлекс слюноотделения (рис. 12,а). Раздражение полости рта пищей в данном случае вызывает возбуждение центра слюноотделения. Перед животным периодически вспыхивает лампочка. Собака реагирует на это постороннее раздражение, настораживается, поворачивает голову. Через несколько секунд после загорания лампочки собаке дают пищу. При этом наблюдается отделение слюны (рис. 12,б). Если такое сочетание (свет — кормление) повторить несколько раз, в дальнейшем достаточно светового раздражителя, чтобы вызвать выделение слюны (рис. 12,в). Следовательно, условный пищевой рефлекс на свет образовался. В данном случае электрический свет для собаки стал условным раздражителем, сигналом начала

кормления. Таким образом, условный рефлекс есть не что иное, как ответная реакция на такой раздражитель, который сам по себе не вызывает эту реакцию, но может стать сигналом другого, вызывающего ее.

Благодаря условным рефлексам (временным связям) организм приспособляется к различным изменяющимся условиям окружающей среды. На протяжении всей жизни постоянно происходит выработка новых условных рефлексов. Старые условные рефлексы, если они не подкрепляются, угасают. При повторении прежних условий угасшие рефлексы восстанавливаются.

Угасание условного рефлекса происходит вследствие развития в коре большого мозга внутреннего торможения. Это торможение в отличие от внешнего, безусловного, возникает не сразу, а вырабатывается путем превращения положительного раздражителя в тормозной, когда он не подкрепляется безусловным.

Вся разнообразная деятельность человека, поведение его обуславливаются сочетанием и взаимодействием бесчисленного множества различных условных рефлексов, сформировавшихся на основе безусловных рефлексов и инстинктов. В то же время вся деятельность человека осуществляется под непосредственным влиянием коры большого мозга.

Как отмечалось выше, нервная система для восприятия, анализа и синтеза того или иного раздражителя имеет специальные анатомо-физиологические образования, которые И. П. Павлов назвал анализаторами. Различают кожный, слуховой, зрительный, обонятельный, вкусовой и двигательный анализаторы.

Анализаторы

Кожный анализатор. Кожные покровы человека весьма обильно снабжены чувствительными окончаниями различной структуры и предназначены для восприятия различных внешних воздействий (тепло, холод, давление, прикосновение).

Проследим ход нервного импульса. При нанесении болевого раздражения на кожу возникает импульс, который с кожных рецепторов по нервному афферентному волокну направляется в спинномозговой (межпозвоночный) ганглий. От нейронов этого ганглия по волокнам заднего корешка импульс достигает нейронов заднего рога спинного мозга. Аксоны нейронов заднего рога через пе-

реднюю серую спайку направляются на противоположную сторону, там вступают в боковой столб спинного мозга и в составе латерального спиноталамического пути (*tractus spinothalamicus lateralis*) достигают ядер таламуса. Из таламуса нервные волокна поднимаются через внутреннюю капсулу в заднюю центральную извилину коры большого мозга, нейроны которой и составляют центральный (корковый) конец данного анализатора. Здесь, в коре, происходит анализ и синтез импульсов, поступающих с периферии. При условии целостности всего описанного выше пути происходит нормальное ощущение боли, температуры прикладываемого предмета и др. Если этот путь повреждается на любом уровне, то выявляются расстройства болевой и температурной чувствительности.

Слуховой анализатор. От звучащего предмета по воздуху распространяются звуковые волны, которые, достигая барабанной перепонки, вызывают в ней колебательные движения. Эти движения через слуховые косточки передаются упругой перепонке окна преддверия (овальное окно), колебания которой обуславливают колебательные движения в перилимфе, а затем и в эндолимфе. Это приводит к раздражению нервных окончаний улитки. Отсюда нервный импульс по слуховому нерву направляется в мост головного мозга, а затем к задним буграм пластинки крыши и к таламусу. Оканчивается слуховой путь в верхних отделах коры височной доли мозга. Здесь, в корковом конце анализатора, осуществляется анализ и синтез звуковых ощущений. Вследствие неполного перекреста центральных слуховых путей в мосту периферический аппарат слухового анализатора оказывается связанным с корковыми центрами обоих полушарий, поэтому поражение центральных слуховых путей на одной стороне не сопровождается резко выраженными расстройствами слуха.

Зрительный анализатор. Световые волны, достигая сетчатки глаза, вызывают физико-химическую реакцию в ее палочках и колбочках, в результате которой возникает нервный импульс. По зрительным нервам импульс направляется к передним буграм пластинки крыши и в таламус. Следует отметить, что зрительные нервы, до того как вступают в мозг, совершают неполный перекрест, в результате чего часть волокон в каждом зрительном нерве идет от сетчатки другого глаза (рис. 13). От таламуса нервные волокна направляются через внутреннюю капсулу к нейронам коры затылочной доли мозга. Здесь

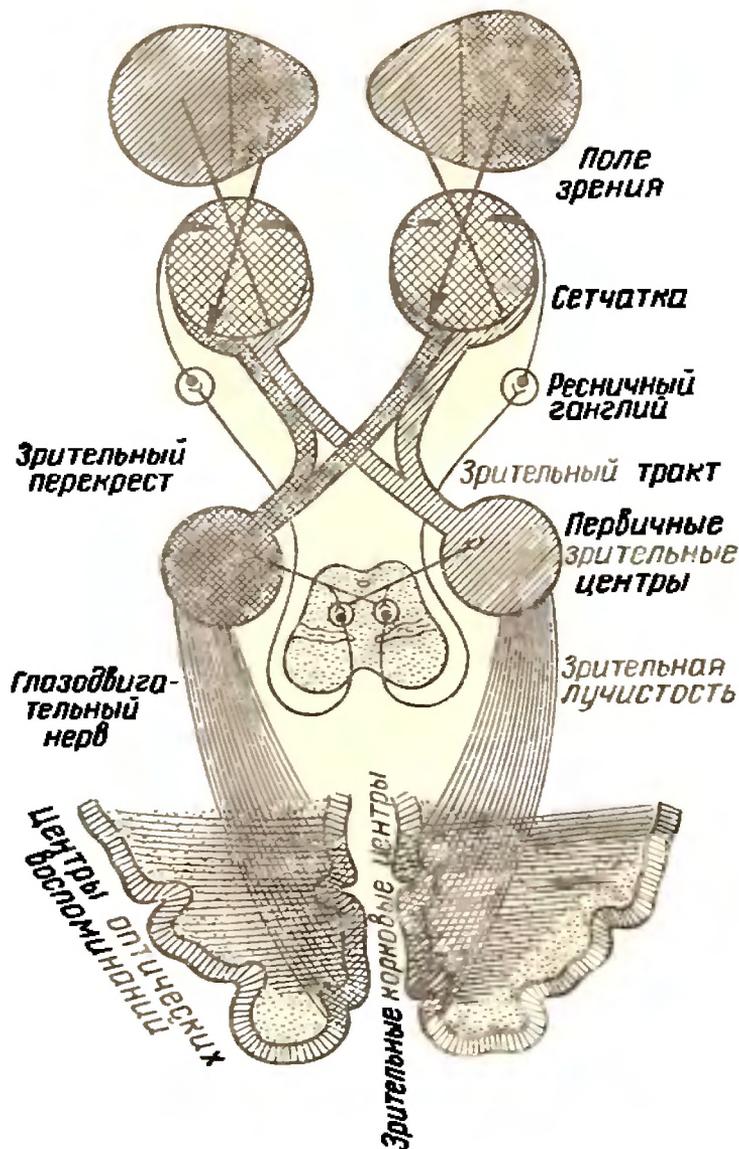


Рис. 13. Схематическое изображение зрительных путей человека.

в области шпорной борозды расположен центральный конец зрительного анализатора. При поражении зрительного пути у больного наступает полная или частичная потеря зрения.

Обонятельный анализатор. Рецепторы, воспринимающие раздражения от веществ, действующих на слизистую оболочку полости носа, расположены в слизистой оболочке верхних отделов полости носа. Отсюда аксоны этих клеток идут в полость черепа и поступают в обонятельные луковицы. От них нервные волокна направляются к височной доле головного мозга (внутренняя поверхность), где находятся нейроны обонятельного анализатора.

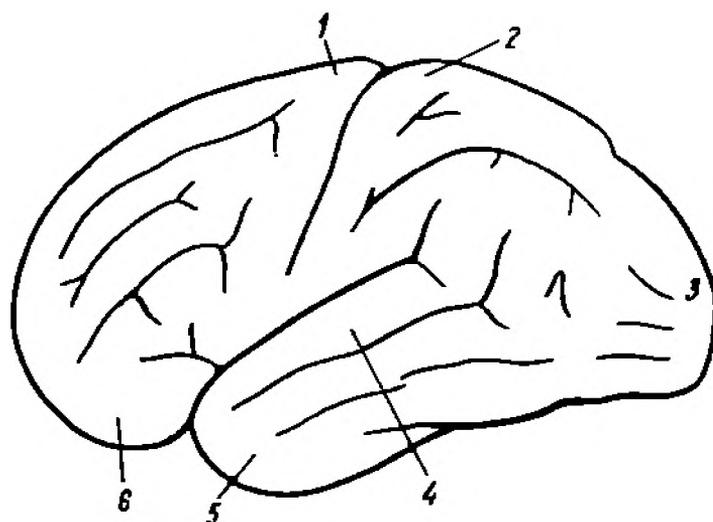


Рис. 14. Двигательная и сенсорные зоны коры больших полушарий. 1 — двигательная область; 2 — область, обеспечивающая восприятие температуры, болевой, осязательной чувствительности; 3 — зрительная область; 4 — слуховая область; 5 — вкусовая область; 6 — обонятельная область.

Вкусовой анализатор. Начинается этот анализатор вкусовыми рецепторами, локализующимися главным образом в сосочках языка; представлены эти рецепторы вкусовыми почками (вкусовыми луковицами). Отходящие от вкусовых почек нервные волокна направляются в головной мозг и оканчиваются, как и нервы обонятельного анализатора, на внутренней поверхности височной доли.

Схема большого полушария головного мозга в зависимости от функций представлена на рис. 14.

Эфферентная система головного и спинного мозга

Главным путем эфферентной (двигательной) системы является пирамидный путь. Он связывает кору большого мозга со спинным мозгом. Начинается от гигантопирамидальных клеток (клеток Беца) передней центральной извилины коры большого мозга. В самых верхних отделах этой извилины расположены нейроны, иннервирующие мышцы нижних конечностей; ниже — мышцы туловища и руки; в самой нижней части — клетки, иннервирующие мышцы лица, гортани и др. Отсюда аксоны этих клеток направляются вниз, в глубинные отделы мозга, и, пройдя через внутреннюю капсулу, вступают в ножки мозга, далее — в мост мозга и в продолговатый мозг. На месте перехода продолговатого мозга в спинной мозг пирамидный путь совершает перекрест, так что нервные волокна из левого по-

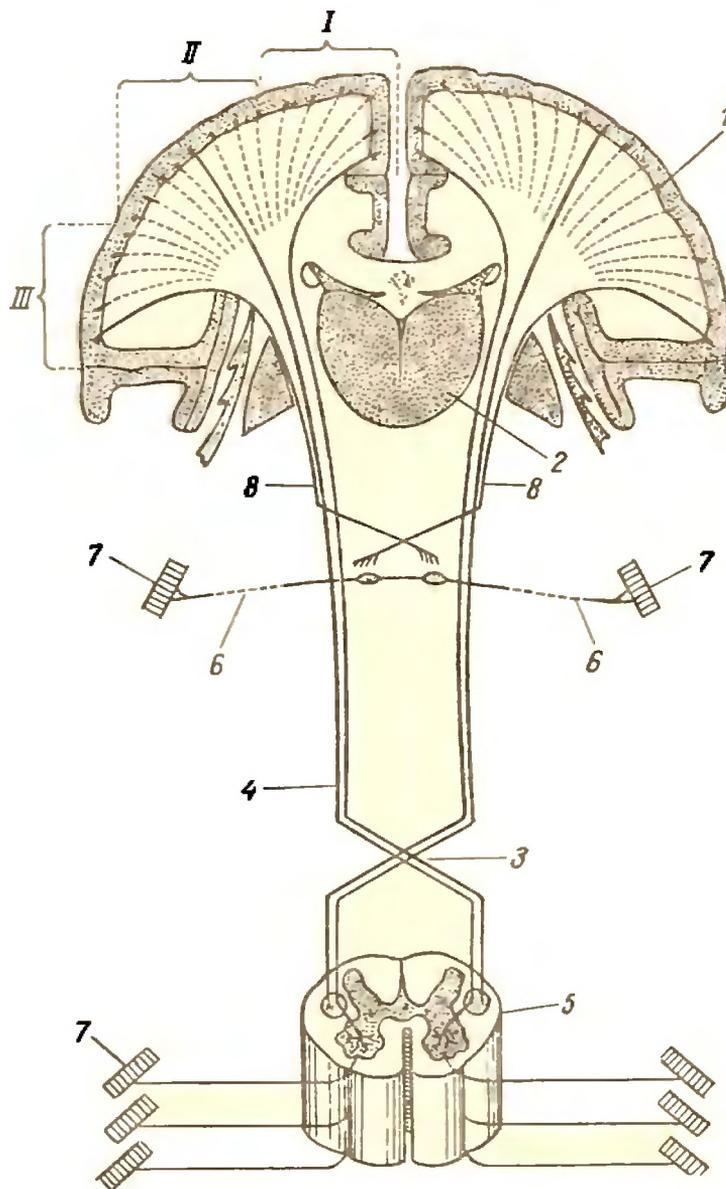


Рис. 15. Эфферентные проводящие пути спинного и головного мозга (схематическое изображение).

I, II, III — двигательная область коры большого мозга; *1* — кора большого мозга; *2* — таламус; *3* — перекрест пирамидного пути; *4* — пирамидный путь; *5* — часть спинного мозга; *6* — черепной нерв; *7* — мышцы; *8* — корково-ядерные волокна.

лушария направляются в правые боковые столбы спинного мозга, а волокна из правого полушария — в левые. После перекреста волокна идут в боковых столбах спинного мозга и заканчиваются в нейронах передних рогов спинного мозга (рис. 15).

От передних рогов нервные волокна в составе переднего корешка выходят из спинного мозга и направляются

к мышцам туловища и конечностей (периферические нервные волокна). Таким образом, пирамидный путь имеет двухнейронное строение. Первый, центральный, нейрон начинается в гигантопирамидальных нейронах коры больших полушарий, второй, периферический,— в клетках передних рогов спинного мозга. При повреждении пирамидного пути наблюдаются различные двигательные расстройства. Более подробно они будут изложены при описании общей симптоматики нервных болезней.

Большую роль в осуществлении движений играют чувствительные пути, по которым в кору большого мозга направляются импульсы от суставов, связок, сухожилий, суставных сумок, сигнализирующие о состоянии мышц, положении конечностей и туловища. Сложные, целенаправленные произвольные движения могут быть обеспечены только в результате восприятия импульсов, идущих в кору большого мозга с периферии. Лишь таким путем человек получает правильное представление о положении своих конечностей.

Важное значение в регуляции движений имеет также мозжечок. Тремя парами ножек он связан с различными отделами головного мозга. В мозжечок постоянно поступают импульсы от суставов и мышц конечностей, туловища, глаза, вестибулярного аппарата. Эти импульсы сигнализируют об изменении положения тела и его частей в пространстве. В ответ на эти сигналы из мозжечка импульсы автоматически направляются в передние рога спинного мозга и далее по периферическим нервам к мышцам. Кроме того, мозжечок связан с подкорковыми центрами движения (с экстрапирамидной системой), а также с корой большого мозга, главным образом с ее лобными долями. Наличие такого большого количества связей мозжечка с различными системами само по себе свидетельствует о многообразии и сложности его функций.

Главнейшей функцией мозжечка является автоматическая координация движений, которая обеспечивает сохранение равновесия тела, точность и соразмерность сложных двигательных актов. Кроме того, мозжечок участвует в регуляции мышечного тонуса.

Цереброспинальная жидкость

Как уже было сказано, сосудистые сплетения продуцируют цереброспинальную жидкость, заполняющую все подпаутинное пространство головного и спинного мозга.

Через влагалища черепных и спинномозговых нервов цереброспинальная жидкость поступает в лимфатическую и венозную системы.

Цереброспинальная жидкость, окружая головной и спинной мозг, служит добавочной механической защитой от внешних воздействий, толчков и сотрясений, ей принадлежит определенная роль в создании осмотического равновесия в тканях мозга, она участвует также в питании и обмене веществ мозга. Некоторые продукты обмена мозговой ткани выводятся с цереброспинальной жидкостью в венозную систему. Аппарат, продуцирующий цереброспинальную жидкость, обладает свойством пропускать в нее одни вещества и задерживать другие (гематоэнцефалический барьер), что имеет большое значение для предохранения мозга от воздействия вредных влияний. Патологические процессы в нервной системе в той или иной степени отражаются на свойствах и составе цереброспинальной жидкости, поэтому ее исследование имеет очень большое значение в диагностике заболеваний нервной системы.

Наиболее принятым способом извлечения цереброспинальной жидкости является поясничная (люмбальная) пункция. Ее проводят в условиях стационара в положении больного лежа или сидя. Специальную иглу с мандреном вводят между остистыми отростками III и IV или IV и V поясничных позвонков, что исключает возможность травматизации иглой спинного мозга, оканчивающегося выше — на уровне I—II поясничных позвонков.

В норме цереброспинальная жидкость бесцветная, прозрачная; содержит белок 0,2—0,3‰, форменные элементы (лимфоциты) — до 5 в 1 мл. В положении лежа давление цереброспинальной жидкости равняется 100—180 мм вод. ст., в положении сидя — 200—300 мм вод. ст.

Гипертензивный синдром (синдром повышенного внутричерепного давления) возникает при увеличении содержимого полости черепа (наличие гематомы, опухоли, абсцесса), повышении продукции цереброспинальной жидкости, нарушении ее всасываемости, сдавлении путей циркуляции цереброспинальной жидкости, при отеке головного мозга. В развитии гипертензивного синдрома большое значение имеет увеличение количества цереброспинальной жидкости, которое может быть следствием повышенного образования ее, нарушения всасываемости, закрытия отверстий между желудочками го-

лового мозга или между четвертым желудочком и подпаутинным пространством. При менингизме (синдром раздражения мозговых оболочек при отсутствии патологических изменений цереброспинальной жидкости) повышение внутричерепного давления связано с увеличением количества цереброспинальной жидкости, при менингите (воспаление мозговых оболочек) — с повышением секреции и нарушением всасываемости, при опухолях головного мозга — с нарушением циркуляции цереброспинальной жидкости. Известно, что опухоли головного мозга, расположенные далеко от путей прохождения цереброспинальной жидкости, могут иногда долго не вызывать гипертензивный синдром: головную боль, рвоту, застойные соски зрительных нервов. Головная боль чаще беспокоит по утрам, на высоте ее нередко возникает рвота, также чаще по утрам, не связанная с приемом пищи. Наиболее убедительным симптомом повышения внутричерепного давления являются застойные соски зрительных нервов (увеличена площадь и объем диска, он выстоит в стекловидное тело, отмечается отечность краевых отделов, вены резко расширены и извиты). Частым признаком гипертензивного синдрома является нарушение психической деятельности. Характерны нарушения сознания: от некоторой заторможенности, оглушения до сопорозного, даже коматозного состояния или психомоторного возбуждения.

Большое значение для диагностики ряда заболеваний нервной системы имеют исследования белка в цереброспинальной жидкости, форменных элементов, проведение серологических реакций.

Так, при менингитах наблюдается увеличение количества белка и клеток, при подпаутинном кровоизлиянии — наличие крови в цереброспинальной жидкости, при опухолях, абсцессах, арахноидитах — увеличение количества белка. Исследование цереброспинальной жидкости с помощью коллоидного золота на реакцию иммобилизации бледных трепонем, серологические реакции Вассермана, Кана и др. используется для диагностики сифилитического поражения ЦНС.

Функции вегетативной нервной системы

¹ Деятельность всех внутренних органов подчинена регулирующему влиянию высшего отдела головного мозга — его коры. Это положение, выдвинутое И. П. Павловым, было в дальнейшем разработано его учеником

К. М. Быковым. Наряду с корковой регуляцией внутренних органов (кортико-висцеральные взаимоотношения) имеется и обратная связь: от внутренних органов в кору большого мозга постоянно идут нервные импульсы, информирующие о состоянии внутренних органов (висцеро-кортикальные взаимоотношения). Во всех внутренних органах содержатся нервные окончания, которые служат воспринимающим аппаратом для разнообразных раздражителей (механические, термические, химические и др.). Эти нервные окончания называются интероцепторами.

Физиологической основой деятельности вегетативной нервной системы является рефлекс, дуга которого может быть представлена следующим образом: нервные импульсы от органа по задним корешкам спинного мозга достигают нейронов боковых рогов, от которых они направляются к соответствующему органу. Рефлекторная деятельность вегетативной нервной системы имеет ряд особенностей, что определяет характер вегетативных реакций. Так, например, известно, что раздражение одного из органов может оказывать рефлекторное влияние на другой. Это явление обозначается как аксон-рефлекс и объясняется тем, что эти два разных органа иннервируются разветвлениями аксона одного нейрона. Нередко заболевание в одной части тела сопровождается различного рода нарушениями в другой. Этот феномен (отражение) объясняется характерным для вегетативной нервной системы большим числом связей. Подобная рефлекторная деятельность характерна для сегментарной части нервной системы. Надсегментарная ее часть с лимбико-ретикулярным комплексом как функциональной основой обеспечивает соматовегетативную, нейроэндокринную регуляцию, необходимую для целенаправленного, приспособленного к конкретной ситуации поведения индивида. Выделяют две функциональные системы — трофотропную и эрготропную. Первая из них является ответственной за гомеостаз — сохранение равновесия внутренней среды, вторая — за приспособление организма к условиям окружающей среды. Первая система функционирует преимущественно в состоянии покоя, ее деятельность связана в основном с парасимпатической частью вегетативной нервной системы, вторая — в состоянии психического или физического напряжения. Активная деятельность симпатической части вегетативной нервной системы при этом сказывается на усилении кровообращения, учащении ды-

хания, повышении внимания, угнетении деятельности кишечника, выделении адреналина в кровь. Указанные системы действуют в определенной степени антагонистически. В зависимости от конкретной ситуации (покой или напряжение) преобладает активность одной из них.

Установлена специфичность отдельных анатомо-физиологических структур, составляющих лимбико-ретикулярный комплекс. Гипоталамус считается центром нейрогуморальной координации, он включает нейроэндокринную систему в целостную организацию поведения. Например, в ситуации стресса, требующей мобилизации всех сил, происходит активация деятельности гипоталамуса. Благодаря его тесной связи с гипофизом, последний начинает усиленно выделять адренокортикотропный гормон, который в свою очередь активизирует деятельность надпочечников, выделение ими кортикостероидов, необходимых для усиления обмена в организме. При поражении гипоталамуса возникают многообразные вегетативные расстройства, изменения поведения, эмоциональных реакций. Ретикулярная формация осуществляет преимущественно регулирующее влияние на уровень возбудимости различных отделов ЦНС, обеспечивает регуляцию сна и бодрствования, активного внимания. Лимбическая система обозначается еще и как «эмоциональный мозг», так как обеспечивает соответствующий ситуации эмоциональный настрой, эмоциональную память. Кроме того, при ее поражении наблюдаются расстройства мотивации, целенаправленного осмысленного поведения.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Что является основой деятельности нервной системы?
2. Как осуществляется сегментарно-рефлекторная деятельность спинного мозга?
3. В чем суть проводниковой функции спинного мозга?
4. Чем отличаются условные и безусловные рефлексы?
5. Что понимают под анализаторами?
6. Каким образом осуществляются функции эфферентной системы?
7. Какова роль мозжечка?
8. Какова роль цереброспинальной жидкости?
9. Какова роль вегетативной нервной системы?
10. Каковы функции лимбико-ретикулярного комплекса?
11. Каковы функции отдельных составляющих лимбико-ретикулярный комплекс структур?

СИМПТОМАТОЛОГИЯ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Знание анатомо-физиологических особенностей нервной системы позволяет понять неврологические расстройства, встречающиеся в клинике нервных заболеваний, освоить принципы топической диагностики, т. е. выявления локализации очага поражения.

Напомним, что функциональной единицей нервной системы служит рефлекс, как ответная реакция организма на раздражение из окружающей или внутренней среды. Схематически образование безусловного и условного рефлексов показано на рис. 11, 12.

Дуга простейшего безусловного рефлекса состоит, как правило, из двух нейронов и замыкается на уровне спинного мозга либо ствола мозга. Его часть, идущая от рецептора в ЦНС называется афферентной (центростремительной); другая часть, передающая импульс к исполняющему органу, носит название эфферентной (центробежной).

В клинической неврологии представление о состоянии афферентной части рефлекторной дуги может быть получено путем исследования поверхностных и глубоких реф-

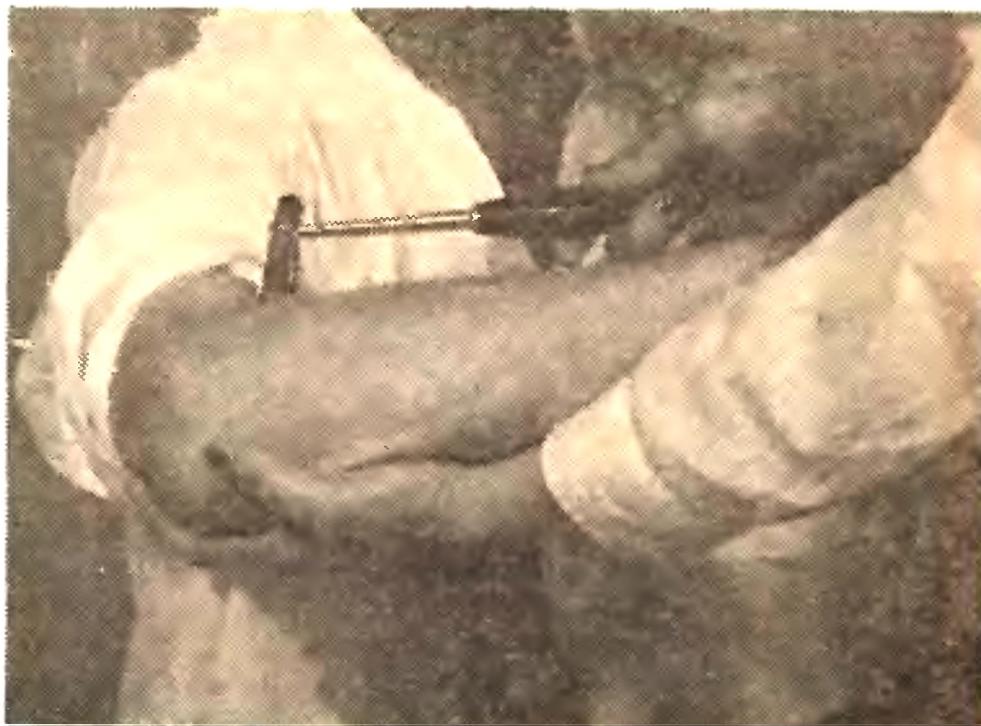


Рис. 16. Методика исследования рефлекса с двуглавой мышцы плеча.

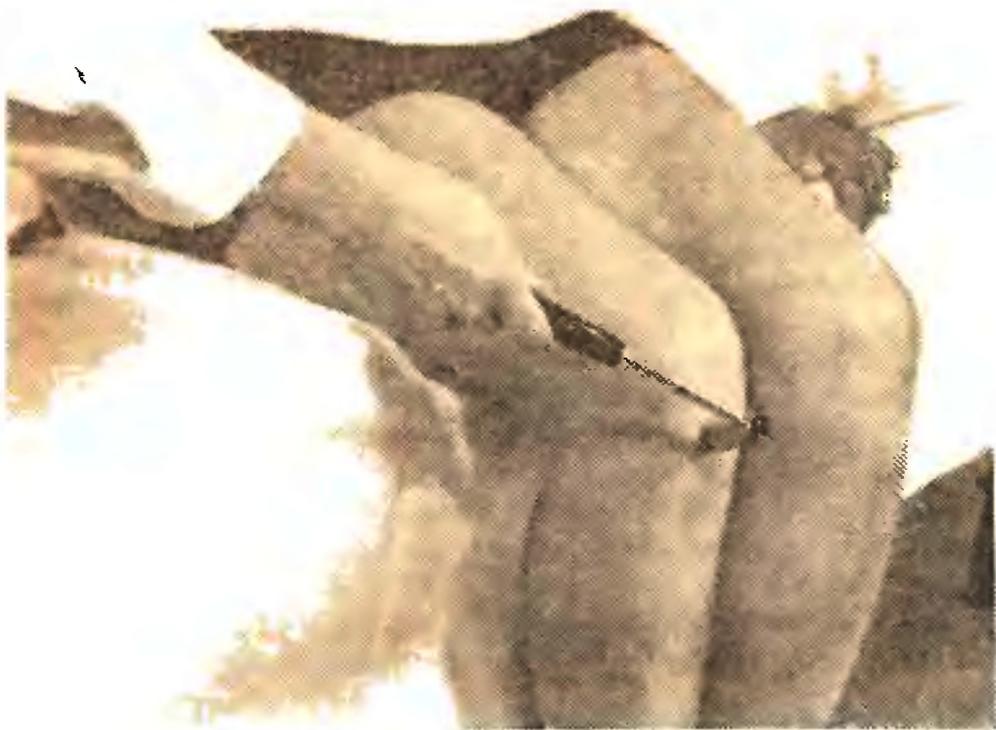


Рис. 17. Методика исследования коленного рефлекса в положении сидя.

лексов. К первым из них относят кожные рефлексы, рефлексы со слизистых оболочек, например, брюшные поверхностные рефлексы (сокращение брюшных мышц при раздражении кожи той же половины живота), подошвенный — сгибание пальцев стопы при штриховом раздражении кожи ее подошвенной поверхности у наружного края и др. Глубокие рефлексы — это ответ той или иной группы мышц на раздражение (сухожильные рефлексы).

Глубокие рефлексы исследуются на конечностях. Методика исследования рефлекса с двуглавой мышцы плеча приведена на рис. 16. В ответ на удары молоточком по сухожилию мышцы в области локтевой ямки происходит ее сокращение.

При исследовании коленного рефлекса (рис. 17) наносят удар молоточком по сухожилию четырехглавой мышцы бедра под коленной чашечкой. При этом происходит разгибание голени за счет сокращения четырехглавой мышцы.

Практическое значение имеет исследование и других сухожильных рефлексов (рефлекс с трехглавой мышцы плеча, ахиллов рефлекс и др.).

Двигательные нарушения

Произвольные движения человека осуществляются за счет одновременного сокращения одной группы скелетных мышц и расслабления другой. Эта деятельность направляется нервной системой. Локализация двигательных функций в коре большого мозга, эфферентные (двигательные) проводящие пути представлены на рис. 14, 15.

Рассмотрим характер двигательных нарушений при поражении пирамидного пути, являющегося, как уже было сказано, главным образованием эфферентной системы.

Если очаг поражения возникает на участке от коры большого мозга до передних рогов (двигательная область коры большого мозга, внутренняя капсула, ножка мозга, мост мозга, продолговатый мозг, боковые столбы спинного мозга), то развивается картина так называемого центрального паралича. Кстати, под параличом понимают полное выпадение произвольных движений, в то время как их ослабление обозначается парезом. При повреждении периферического нейрона, передающего непосредственно импульс к мышце, выявляются симптомы периферического паралича: утрата рефлексов (арефлексия), снижение тонуса мышц (атония), их массы (атрофия) и др.

Центральный, или спастический, паралич в отличие от периферического (вялого) паралича характеризуется следующими основными признаками. Тонус парализованных мышц значительно повышен — гипертонус (отсюда название спастический), сухожильные рефлексы резко повышены — гиперрефлексия. Появляются характерные патологические рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо.

Рефлекс Бабинского (рис. 18) вызывается штриховым раздражением кожи наружного края подошвенной поверхности стопы в направлении от пятки к пальцам. У больного с центральным параличом в ответ на такое раздражение произойдет разгибание I пальца стопы и веерообразное расхождение остальных, у здорового — сгибание всех пальцев стопы, т. е. будет наблюдаться нормальный подошвенный рефлекс.

Рефлекс Оппенгейма вызывается в ответ на проведение пальцами руки по гребню большеберцовой кости вниз к голеностопному суставу. При этом происходит разгибание I пальца стопы с веерообразным расхождением остальных пальцев.



Рис. 18. Методика исследования рефлекса Бабинского.

Рефлекс Россолимо (рис. 19) — быстрое подошвенное сгибание пальцев стопы в ответ на отрывистый удар по подушечкам пальцев.

Возникновение патологических рефлексов при центральном параличе* объясняется тем, что при перерыве двигательных проводящих путей спинного мозга снимается контроль коры большого мозга над нижележащим рефлекторным аппаратом спинного мозга. Вследствие преобладания процесса возбуждения рефлексы спинного мозга растормаживаются, усиливается мышечный тонус и появляются патологические рефлексы, которые отсутствуют у взрослых здоровых людей. Эти рефлексы вызываются у здорового ребенка в возрасте до 1 года, пока он не умеет ходить и у него еще не закончено формирование центральных отделов двигательной системы.

Существует и ряд других приемов выявления паралича (определение мышечной силы конечности, мышечного тонуса, выявление рефлексов спинального автоматизма — тонических сокращений в парализованной конечности). Легкие степени пареза центрального происхождения выявляются при проведении пробы Барре (рис. 20). Ее суть в невозможности удерживать паретичной ногой



Рис. 19. Методика исследования рефлекса Россолимо.

приданное положение; нога постепенно начинает опускаться.

В зависимости от уровня, на котором нарушается целостность пирамидного пути, отмечаются расстройства движений в руке или ноге либо в руке и ноге одновременно. Так, при очаге поражения, находящемся в спинном мозге справа, на уровне грудного отдела возникает спастический паралич правой ноги — моноплегия. Если пирамидный путь повреждается в шейном отделе с обеих сторон, развивается паралич рук и ног — тетраплегия. Поражение спинного мозга в поясничном отделе с двух сторон вызывает паралич обеих ног — нижняя параплегия. При расположении очага во внутренней капсуле (здесь чаще возникают нарушения кровообращения) правого полушария наступает паралич левой руки и левой ноги — левосторонняя гемиплегия. Если же очаг расположен в левом полушарии, то у больных наряду с гемиплегией могут наблюдаться речевые расстройства — афазия. Гемиплегия может сочетаться с параличом или парезом (неполный паралич) лицевой мускулатуры: рот перекашивается в здоровую сторону, язык при высывании отклоняется в сторону парализованных конечностей.



Рис. 20. Опускание паретичной конечности больного при проведении пробы Барре.

Эти расстройства возникают в связи с тем, что в области внутренней капсулы, кроме волокон, идущих от коры в спинной мозг, проходят проводники от коры к двигательным ядрам черепных нервов, расположенных в продолговатом мозге, образующие кортико-бульбарный путь. Перекрест нервных волокон этого пути происходит на различных уровнях ствола мозга, обычно недалеко от соответствующего двигательного ядра того или иного черепного нерва. От двигательного ядра начинается второй нейрон, который направляется к соответствующим мышцам лица, гортани, языка и др. Так как мышцы нижней части лица и языка связаны с корой только противоположного полушария, т. е. имеют одностороннюю иннервацию, при поражении кортико-бульбарного пути наблюдаются нарушения функции соответствующих нервов: перетягивание угла рта при оскале зубов в здоровую сторону и отклонение языка в сторону парализованных конечностей.

Мышцы верхней части лица, жевательная мускулатура и мышцы глотки связаны с корой обоих полушарий, т. е. имеют двустороннюю иннервацию — справа и слева, поэтому при поражении в одном полушарии не наблю-

дается нарушений функции данных мышц. При двусторонних поражениях двигательной области коры (например, после повторных кровоизлияний в мозг) могут наступить нарушения функции жевательной мускулатуры и др. При этом развивается *дизартрия* — расстройство артикуляции, *дисфагия* — нарушение глотания (больные с таким расстройством часто поперхиваются во время еды и питья). Указанные выше нарушения называются *псевдобульбарными* в отличие от истинных *бульбарных*, которые возникают при поражении второго нейрона кортико-бульбарного пути, т. е. нейрона, начинающегося в ядре черепного нерва и заканчивающегося в соответствующих группах мышц. В этих случаях наблюдается атрофия парализованных мышц.

При расположении очага поражения (опухоль, рубец, инородное тело) вблизи от передней (двигательной) центральной извилины вследствие раздражения коры у больного могут возникнуть своеобразные судорожные эпилептиформные припадки. В зависимости от положения очага эти припадки могут начинаться с судорожных подергиваний рук, мышц лица или ноги. Вначале эти подергивания происходят в ограниченной группе мышц, затем, постепенно усиливаясь, они могут захватывать все большее количество мышечных групп и иногда переходят в генерализованный судорожный припадок. Такие приступы названы *джексоновской эпилепсией* (по имени ученого Джексона, впервые описавшего эти признаки). При этом волна возбуждения, начавшаяся в каком-то изолированном пункте коры большого мозга, может распространяться (иррадиировать) на соседние участки ее, приводя к генерализованному судорожному припадку с потерей сознания. Помимо описанных нарушений произвольных двигательных актов, существует и целая группа расстройств, обусловленных поражением так называемой *экстрапирамидной системы* (подкорковые отделы головного мозга, ядра головного мозга, ретикулярная формация, некоторые участки коры большого мозга), осуществляющей координацию движений и регуляцию мышечного тонуса. Эти расстройства наблюдаются в форме либо снижения двигательной активности, либо появления произвольных автоматических движений — *гиперкинезов*. В первом случае для больных характерны ограничения количества и объема движений (*гипокинезия*), мимики, жестикуляции, мышечная ригидность (преимущественно в группе сгибателей), ритмичное дрожание

пальцев рук. Больные передвигаются медленно, мелкими шагами, руки полусогнуты, голова и туловище наклонены вперед.

Экстрапирамидные гиперкинезы характеризуются многообразными неупорядоченными произвольными движениями, спазмами отдельных групп мышц (шеи, глаз, мимических мышц). Экстрапирамидные расстройства могут быть следствием перенесенного энцефалита, опухоли головного мозга, в ряде случаев — осложнения при лечении нейролептическими средствами.

При поражении мозжечка чаще всего наблюдаются следующие нарушения: расстраивается походка, больной ходит пошатываясь, в конечностях отмечается так называемое интенционное дрожание, усиливающееся при движении, особенно при приближении к цели. Оно выявляется при проведении пальценосовой пробы: больному предлагают с закрытыми глазами дотронуться указательным пальцем до кончика носа; по мере приближения пальца к носу больной совершает все более частые размахистые движения рукой и нередко при этом промахивается. С помощью этой же пробы можно выявить и мозжечковую атаксию: рука больного совершает размахистые движения, больной вытянутым пальцем попадает не в кончик носа, а в глаз, щеку или переносицу. Аналогичное значение имеет пяточно-коленная проба: больному предлагают лечь на спину, закрыть глаза, пяткой одной ноги попасть в надколенник другой и ровно провести пяткой по передней поверхности голени вниз. При мозжечковой атаксии выполнение задания затруднено. Движения больных при сохранности силы мышц бывают неточными, несоразмерными, неуклюжими, почерк становится крупным, размахистым. Больной неустойчив в позе Ромберга (стояние с плотно сдвинутыми ступнями и вытянутыми вперед руками), особенно при закрытых глазах. Обращает на себя внимание снижение мышечного тонуса — мышечная гипотония. При исследовании движения глазных яблок — отведении глазных яблок в сторону и при попытке задержать их в данном положении наблюдаются произвольные ритмические движения глазных яблок. Этот симптом называется *нистагмом*. Перечисленные двигательные расстройства наблюдаются на стороне поражения мозжечка. При поражении мозжечковых систем речь больного теряет плавность, отдельные слова произносятся как бы разделенными на слоги — так называемая скандированная речь.

Нарушения чувствительности

Человеческий организм подвергается постоянным воздействиям многообразных раздражителей как окружающей среды, так и внутренней. Эти раздражители вызывают различные ощущения. Человек ощущает и дифференцирует температуру, боль, прикосновение, запахи, звуки, изменение положения тела и т. д. Некоторые ощущения (например, возникающие при раздражении внутренних органов) в норме человеком не осознаются.

Различают общую и специальную чувствительность. Патология специальной чувствительности (зрения, слуха, вкуса, обоняния) будет рассмотрена при описании нарушений функции соответствующих черепных нервов.

Напомним анатомо-физиологическую основу общей чувствительности. Проводящие пути носят афферентный (восходящий) характер — от рецептора к коре большого мозга. Импульс от рецептора, расположенного в коже, слизистой оболочке, внутренних органах, передается через первый нейрон (клетка спинномозгового ганглия) во второй, расположенный в подкорковых и стволовых ядрах мозга. Оттуда через третий нейрон (в ядре таламуса) информация достигает коры большого мозга в области пост- и предцентральных извилин. Аксоны второго нейрона совершают переход на другую сторону; это обстоятельство имеет значение при топической диагностике.

В коре головного мозга происходит анализ и синтез поступающих импульсов. При повреждении описанного проводящего пути чувствительность нарушается.

Общую чувствительность подразделяют на экстероцептивную (поверхностную), проприоцептивную (глубокую) и интероцептивную.

Экстероцептивная чувствительность — это чувствительность к раздражениям, исходящим из окружающей среды (болевая, температурная, тактильная). Проприоцептивная чувствительность складывается из ощущений, вызываемых раздражением рецепторов в мышцах, суставах, сухожилиях (чувство давления, вибрации, мышечно-суставное чувство). Интероцептивная чувствительность представляет собой чувствительность к раздражениям, исходящим из внутренних сред тканей и органов. Исследование экстероцептивной чувствительности проводят путем применения различных раздражителей (укол булавкой, попеременное прикосновение пробирок с горячей и холодной водой, прикосновение мягкой кисточкой и т. д.). При этом це-



Рис. 21. Методика исследования симптома Ласега (а, б).
Объяснение в тексте.

обходимо сравнивать ощущения на симметричных участках тела. При исследовании проприоцептивной чувствительности больному предлагается при закрытых глазах определить положение собственного тела, конечности при ее пассивном движении, массу предмета и др.

Нарушения экстероцептивной и проприоцептивной чувствительности, связанные с ее выпадением, обозначаются как гипестезия (понижение), анестезия (отсутствие); повышенная чувствительность носит название гиперестезии. К симптомам раздражения относят в первую очередь различные болевые ощущения: невралгия — боль по ходу ствола нерва или его ветвей, корешковые боли — боли опоясывающего характера, фантомные боли у лиц, перенесших ампутацию, отраженные боли при локализации патологического процесса в другом месте, чаще во внутренних органах (болезненность определенных участков кожи). На рис. 21 показана методика исследования симптома Ласега. Сгибание вытянутой ноги в тазобедренном суставе провоцирует боль в пояснице, по задней поверхности той же конечности (первая фаза); сгибание ноги в коленном суставе — устраняет боль (вторая фаза симптома).

В зависимости от уровня поражения могут иметь место различные варианты нарушений чувствительности. Приведем некоторые из них. При поражении периферических отделов (нервных стволов, сплетений) нарушаются все виды чувствительности в соответствующей области иннервации (см. рис. 25). При полиневритах встречаются расстройства чувствительности типа «перчаток», «чулок» (поражаются дистальные отделы конечностей). Более сложные расстройства встречаются при поражении спинного мозга. При поражении всего поперечника спинного мозга (травмы, опухоли) нарушаются все виды чувствительности ниже уровня очага поражения. При поражении половины поперечника спинного мозга на стороне поражения нарушается проприоцептивная чувствительность, на противоположной — температурная и болевая. При поражении передней спайки спинного мозга в шейном и грудном отделах, что бывает, в частности, при сирингомиелии, наблюдается диссоциированное выпадение болевой и температурной чувствительности по типу «куртки» (см. рис. 39). Очаговая патология в соответствующих отделах головного мозга приводит к нарушениям чувствительности на противоположной стороне туловища по типу гемипарестезии.

Симптомы поражения черепных нервов

Черепные нервы (см. рис. 5) с учетом их функциональных особенностей делятся на чувствительные (I, II, VIII пары), двигательные (III, IV, VI, XI, XII) и смешанные (V, IX, X пары).

Симптомы поражения I пары (обонятельный нерв) проявляются в виде пониженной чувствительности обонятельного анализатора — гипосмии, отсутствия обоняния — anosmia. Нарушение неврологического характера носит, как правило, односторонний характер. При исследовании применяются ароматические вещества, не дающие резкий раздражающий эффект.

При поражении II пары (зрительный нерв) могут быть выявлены амблиопия (снижение остроты зрения), амвроз (полная слепота на один или оба глаза), различные варианты гемианопсии (выпадение полей зрения, т. е. участков пространств, видимых неподвижным глазом). Острота зрения исследуется с помощью таблицы с изображением знаков различной величины, поля зрения проверяются особым прибором — периметром. С помощью многоцветных таблиц проверяется цветоощущение, способность различать цвета. Нарушение цветового зрения, характеризующееся неспособностью различать красный и зеленый цвета, называется дальтонизмом. При исследовании глазного дна на основании изменений диска зрительного нерва, сосудов может быть выявлен ряд заболеваний (неврит, опухоли головного мозга и др.).

Поражение нервов, иннервирующих наружные мышцы глаза (III, IV, VI пары), может быть установлено при обнаружении таких симптомов, как птоз (опущение верхнего века), отсутствие произвольных движений глазного яблока кверху, книзу, кнутри, диплопия (двоение), различные варианты косоглазия, отсутствие содружественных движений глазных яблок и др. Нарушение функций входящих в состав этих нервов симпатических и парасимпатических образований проявляется в виде расстройств реакций зрачка на свет, конвергенции, аккомодации.

Поражение чувствительных волокон тройничного нерва (V пара) сопровождается нарушениями общей чувствительности в зоне иннервации (кожа головы, лица, слизистая оболочка полости носа, рта, зубы, глазное яблоко и др.) и может быть выявлено с помощью описанных методов исследования. Поражение двигательных волокон, ответст-

венных за иннервацию жевательных мышц, вызывает атрофию последних.

Лицевой нерв (VII пара) также имеет двигательные волокна, иннервирующие мимические мышцы, и чувствительные волокна. Наиболее часто в неврологической практике приходится сталкиваться с периферическим параличом мимических мышц. Клинически это проявляется в виде неподвижности половины лица. Больной не в состоянии зажмурить глаз на стороне поражения, поднять бровь, оскалить зубы.

Преддверно-улитковый нерв (VIII пара) по существу состоит из двух чувствительных нервов: нижнего слухового и верхнего вестибулярного. При поражении первого из них наблюдаются расстройства слуха — снижение (гипакузия) либо глухота (анакузия). При исследовании остроты слуха определяется расстояние, на котором больной слышит разговорную и шепотную речь (в норме оно составляет соответственно 6 и 0,2 м).

Расстройства в вестибулярной части нерва сопровождаются расстройствами равновесия и координации движений — атаксия, нарушениями ориентировки, склонностью к головокружениям. Важным клиническим симптомом является также нистагм.

Поражение двигательных волокон IX, X пар нервов, а также XI и XII пар вызывают различные нарушения функций мышц глотки, мягкого неба, гортани, пищевода, шеи, языка. Эти поражения периферических нервов носят название бульбарного паралича и включают в себя расстройства глотания (дисфагия), артикуляции (дизартрия), голоса (афония) и некоторые другие симптомы. При нарушении чувствительной проводимости выявляются расстройства вкуса. Следует указать, что блуждающий нерв (X пара) содержит в себе большое количество двигательных парасимпатических волокон к гладкой мускулатуре, сосудам внутренних органов; при их поражении могут возникать крайне опасные последствия.

Нарушения высших мозговых функций

Различают следующие нарушения высших мозговых функций — афазии (расстройство речи), агнозии (расстройство узнавания предметов и явлений), апраксии (расстройство целенаправленного действия).

Их выявление имеет большое значение для топической диагностики очага поражения, поскольку определенные

отделы, в частности, коры больших полушарий связаны с теми или иными высшими нервными функциями (см. рис. 14). Однако не следует забывать, что речь идет не о каких-либо «точках» локализации функций, а о функциональных системах. Так, например, расстройство речи может быть обусловлено нарушением ее двигательной составляющей (моторная афазия), нарушением восприятия (сенсорная афазия), памяти (амнестическая афазия).

При моторной (экспрессивной) афазии нарушается активная речь вследствие изменения кинетики речевого процесса. У больного исчезают автоматизированные навыки артикуляции, он как бы не находит нужные положения языка и губ, коверкает слова. В других случаях нарушения кинетики проявляются в застревании — больной при попытке произнести слово многократно повторяет первый его слог, не в состоянии перейти на следующий. Моторная афазия наблюдается при поражении зоны Брока (нижние отделы премоторной коры).

При сенсорной (импрессивной) афазии нарушается восприятие чужой речи, отсутствует слуховой контроль за собственной речью. При выраженной патологии чужая речь воспринимается больным как различные шумы, собственная его речь представляет набор случайных слов, слогов — «словесная крошка». Больные, как правило, крайне говорливы в отличие от больных с моторной афазией. Расстройство встречается при поражении левой верхней височной извилины. Для семантической афазии характерно непонимание смысловой связи — больной не в состоянии разобраться в похожих по звучанию, но разных по смыслу словосочетаниях. Больные, страдающие амнестической афазией, забывают наименования предметов.

В речевые функции человека входят также чтение, счет, письмо. Их расстройства соответственно называют — алексия, акалькулия, аграфия.

В соответствии с поражением того или иного анализатора выделяют следующие виды агнозий: зрительная, слуховая, обонятельная и вкусовая, агнозия общей и глубокой чувствительности. Во всех этих случаях речь идет о неспособности больного дифференцировать раздражители, различать их смысловое значение.

При апраксиях больные утрачивают приобретенные практические навыки, способность целенаправленной двига-

тельной деятельности в результате поражения определенных отделов коры большого мозга. Такие больные не могут справиться со словесным заданием выполнить несколько последовательных действий, в ряде случаев — даже повторить их.

Исследуются также чтение вслух, письмо под диктовку, обозначение отдельных предметов или понятий, выполнение жестов и т. д., анализируются спонтанная речь, поведение больного в обыденных ситуациях и др. Следует помнить, что при снижении остроты зрения, тугоухости, дизартрии и т. п. у больного могут выявляться расстройства, внешне сходные с недостаточностью высших мозговых функций.

Вегетативные расстройства

Вегетативные расстройства могут проявляться в виде нарушений тонуса сосудов, терморегуляции, трофики, нейроэндокринных обменных нарушений. Они могут быть обнаружены при осмотре, проведении проб.

Дермографизм (изменение окраски кожи) вызывается легким штриховым раздражением ее тупым предметом либо острием булавки. В первом случае исследуется состояние сосудистой стенки (местный дермографизм), во втором — спинальные вазомоторные рефлексы (рефлекторный дермографизм). Стойкое побеление кожи (белый местный дермографизм) свидетельствует о повышенном тонусе сосудов, повышенной возбудимости симпатических волокон; разлитой красный — о склонности сосудов к расширению (парасимпатическая иннервация). Отсутствие рефлекторного дермографизма говорит о поражении поперечника спинного мозга в соответствующих сегментах. Показателем повышенной возбудимости симпатического отдела вегетативной нервной системы может служить и легкое возникновение пилоomotorного рефлекса — сокращение мышц, поднимающих волосы («гусиная кожа»), при воздействии механическим или холодным раздражителем. Повышение возбудимости вегетативной нервной системы сопровождается и местным или общим гипергидрозом (повышенной потливостью). Его локализация может дать ценные сведения для топической диагностики. При давлении на глазные яблоки у больного, лежащего на спине, в норме происходит замедление пульса на 4—8 ударов в минуту — глазосердечный рефлекс (рефлекс Ашнера). При повышенной возбудимости блуждающего

нерва это замедление носит более выраженный характер; наоборот, при повышенной возбудимости симпатической части вегетативной нервной системы — замедление пульса отсутствует. Различные нарушения могут быть выявлены и при исследовании терморегуляции. Практическое значение имеет асимметрия кожной температуры. Трофические нарушения могут быть самыми разнообразными — от незначительных (сухость кожи, ломкость ногтей, местное выпадение волос) до тяжелых (язвы, гангрены, атрофии мышц, распад костной ткани). Они могут быть обусловлены поражением как сегментарной вегетативной нервной системы, так и гипоталамуса. В последнем случае нередко выявляются нейроэндокринные обменные нарушения (преимущественно жирового обмена). Характерен внешний вид больных — лунообразное лицо, общее ожирение, тонкие ноги, угри, багровые полосы на животе и бедрах и др. (синдром Кушинга); ожирение, гипогонадизм (ади-позогенитальная дистрофия) и др. В других случаях выявляется кахексия (резкое исхудание).

Расстройства функций тазовых органов

Нарушения функций органов таза (мочевой пузырь, прямая кишка) могут носить преходящий характер, например, при неврозах. Большое значение в неврологической клинике имеют те расстройства органов малого таза, которые обусловлены органическим поражением отделов нервной системы, обеспечивающей соответствующую иннервацию. Нарушения половой функции в данном разделе описаны не будут, поскольку они являются предметом изучения специальной медицинской дисциплины — сексопатологии.

Мочевой пузырь и прямая кишка имеют определенное сходство анатомо-физиологических свойств и особенностей иннервации — рефлекторный характер функционирования, соподчинение сегментарного аппарата спинного мозга с корой большого мозга, сосуществование вегетативной и соматической иннервации и др.

При растяжении мочевого пузыря по мере накопления содержимого раздражение передается в спинной мозг к парасимпатическим нейронам, откуда импульсы поступают в мышцы, сокращающие мочевой пузырь и расслабляющие его внутренний сфинктер. Поступление мочи в мочеиспускательный канал (уретру) обеспечивает рефлекторное расслабление наружного сфинктера и акт мочеиспускания.

У взрослого человека условно-рефлекторным путем формируется ощущение позыва к мочеиспусканию: вследствие формирования спинально-кортикальных связей возможна произвольная задержка мочи в неадекватной ситуации.

Наиболее часто встречающимися расстройствами функций тазовых органов являются: недержание мочи (энурез), задержка мочи, императивные позывы на мочеиспускание, дефекацию, задержка кала. Появление этих нарушений обуславливается прерыванием связей корковых отделов со спинальными, повреждением вегетативной нервной системы и т. д.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Каковы основные различия клинической картины центрального и периферического параличей?
2. Назовите симптомы экстрапирамидных двигательных нарушений.
3. Как исследуется поверхностная чувствительность?
4. Чем клинически отличается проводниковый тип расстройств чувствительности от сегментарного?
5. Перечислите виды нарушений чувствительности при поражении спинного мозга.
6. В чем основное отличие афазии от дизартрии?
7. Что понимают под нарушением кинетики речевого процесса? Какие формы речевой патологии связаны с этим нарушением?
8. Назовите вегетативные рефлексы, с помощью которых можно выявить повышенную возбудимость симпатической части вегетативной нервной системы
9. Как осуществляется рефлекторная деятельность мочевого пузыря?

ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ЛЕЧЕНИЕ, УХОД

Основные принципы обследования

Неврологическое обследование начинают с опроса больных, учета предъявляемых ими жалоб. В первую очередь следует обратить внимание на наличие и характер головной боли, ее локализацию, интенсивность. Так, головная боль распирающего характера свидетельствует о гипертензивном синдроме, резкая приступообразная головная боль может отмечаться при мигрени. Локальная головная боль может быть проявлением опухоли головного

мозга. Больные невпастией отмечают головную боль сжимающего характера («голова как будто охвачена обручем», «сдавлена панцирем»).

Особого внимания заслуживают жалобы на судорожные припадки с потерей сознания. При опросе необходимо выявить всевозможные сведения для разграничения эпилептического и истерического припадков.

Собирая анамнез, уточняют особенности развития организма больного в детском возрасте, выясняют, как он учился в школе, дублировал ли классы, переводился ли в школу для умственно отсталых детей. При органических поражениях головного мозга сведения об отставании развития в детском возрасте дают основание предполагать, что поражение нервной системы связано с ее заболеванием во внутриутробном периоде или в период новорожденности, раннего детства. Необходимо выяснить, какие инфекционные болезни перенес больной, были ли черепно-мозговые травмы, особенно сопровождающиеся потерей сознания.

При осмотре больной должен раздеться, остаться в трусах. Внимательный осмотр позволяет выявить атрофии мышц, гиперкинезы, аномалии и асимметрии строения костей черепа, деформации позвоночника, грудной клетки, верхних и нижних конечностей.

Объективное обследование неврологического статуса начинают с исследования зрачков. Определяют их форму и величину. В норме зрачки средней величины, правильной круглой формы, одинаковой величины, сужаются на свет.

Главную роль в диагностике играют изменения зрачковых реакций (реакций на свет, конвергенцию и аккомодацию). Среди этих нарушений наибольшее значение имеет синдром Аргайла Робертсона, патогномичный для сифилиса нервной системы, особенно сухотки спинного мозга (*tabes dorsalis*). Он заключается в отсутствии реакции зрачков на свет при сохранности реакций на конвергенцию и аккомодацию, сочетающиеся с сужением и неравномерностью зрачков. При спинной сухотке симптом Аргайла Робертсона, как правило, сочетается также с отсутствием ахилловых рефлексов. При обследовании больного обращают внимание на положение глазных яблок и движение их. Косоглазие (сходящееся или расходящееся) не всегда свидетельствует о поражении глазодвигательных нервов. Оно может быть и врожденным дефектом, и следствием поражения мышц глазного яблока. При

патологии одного из глазодвигательных нервов (III пара черепных нервов) больной жалуется на двоение в глазах (диплопия) при взгляде кнаружи. Поражение этого нерва ведет к опущению верхнего века, расходящемуся косоглазию; двоение в глазах возникает при фиксации взора на находящемся вблизи предмете, отмечается отсутствие конвергенции глазных яблок, зрачок на стороне пораженного нерва расширен, отсутствует реакция зрачка на свет, конвергенцию и аккомодацию. При поражении блокового нерва (IV пара черепных нервов) двоение в глазах возникает при взгляде вниз. Патология отводящего нерва (VI пара черепных нервов) сопровождается ограничением подвижности яблока кнаружи, сходящимся косоглазием, двоением в глазах, возникающим при взгляде кнаружи. Поражение обоих отводящих нервов может возникнуть при повышении внутричерепного давления в связи с прижатием отводящих нервов к костям основания черепа. Истинное двоение в глазах можно отличить от двоения, возникающего при истерии, с помощью следующего приема. Больному предлагают закрыть один глаз, после чего истинное двоение исчезает. Исследование тройничного нерва (V пара черепных нервов) включает определение болезненности при давлении на точки выхода ветвей нерва на лице. При исследовании функции лицевого нерва (VII пара черепных нервов) необходимо обращать внимание на асимметрию мышц лица, расширение глазной щели, недостаточное смыкание век при мигании, сглаженность носогубной складки, опущение угла рта. Нарушение иннервации мышц лица за счет центрального пареза касается только нижнего отдела лицевой мускулатуры и сочетается с другими, хотя бы легкими симптомами центрального пареза: повышением сухожильных рефлексов, снижением брюшных рефлексов, наличием патологических пирамидных рефлексов (симптомы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо и др.). Изолированная легкая асимметрия мышц лица или отклонение языка в сторону может рассцениваться как вариант нормы.

При исследовании глазных яблок может быть обнаружен нистагм, который чаще всего бывает горизонтальным и выявляется при взгляде в сторону. Отведение глазных яблок при исследовании нистагма должно быть максимальным. Если проявляется нистагм неотчетливо, то его проверяют в положении больного лежа. Нистагм, обусловленный поражением внутреннего уха (лабиринта), чаще горизонтальный, реже горизонтально-ротаторный, мелко-

размашистый. При поражении ствола мозга нистагм в отличие от такового, периферического, обусловленного заболеванием внутреннего уха, более постоянен и резко выражен при взгляде в сторону очага. Чаще он горизонтальный, реже ротаторный или вертикальный. Изредка наблюдается врожденный нистагм. В таких случаях грубые подергивания глазных яблок, часто ротаторные, определяются при взгляде прямо. Врожденный нистагм, как правило, сочетается со значительным снижением зрения. В отличие от нистагма, обусловленного различными поражениями нервной системы, который исчезает при взгляде вверх, врожденный нистагм при этом не прекращается.

При исследовании двигательной сферы проверяют объем активных и пассивных движений в различных суставах, мышечную силу.

Нередко возникает необходимость провести дифференциальную диагностику двигательных нарушений, обусловленных органическим поражением нервной системы и функциональным (истерическим) парезом. При истерическом парезе отсутствуют изменения рефлекторной сферы (патологические рефлексы и клonusy). В отличие от центрального (спастического) пареза при истерическом нет повышения тонуса мышц — сгибателей верхней конечности и мышц — разгибателей нижней конечности. В исследовании двигательной сферы входит определение мышечного тонуса. Повышение тонуса мышц верхних и нижних конечностей по пластическому (экстрапирамидному) типу равномерно выражено в сгибателях и разгибателях. Нарастание тонуса при повторных движениях характерно для паркинсонизма. Повышение тонуса мышц по пластическому типу у таких больных сочетается с амимией, нарушением конвергенции, ахейрокинезом (отсутствие содружественных движений рук при ходьбе), нарушением походки (ходьба мелкими шагами), своеобразной позой (голова немного наклонена вперед, ноги слегка согнуты в коленях).

При исследовании двигательной сферы необходимо обращать внимание на наличие гиперкинезов. Хореический гиперкинез заключается в быстрых беспорядочных подергиваниях разных частей тела. Движения могут напоминать произвольные двигательные акты, жесты, гримасы. Такой гиперкинез характерен для малой (ревматической) хореи, для хореи Гентингтона — хронического прогрессирующего заболевания, протекающего с хроническим гиперкинезом и слабоумием.

Кроме того, исследуют координацию движений. Статическая атаксия проявляется в невозможности сохранять равновесие, особенно в неустойчивом положении. Для выяснения статической атаксии больному предлагают стоять в позе Ромберга. Пошатывание в этом положении, которое усиливается при закрытых глазах, названо симптомом Ромберга. Динамическая атаксия проявляется в неточности и несоразмерности движений. Легкая степень динамической атаксии выявляется при пальценосовой и пяточно-коленной пробе. Нечеткое выполнение пальценосовой и пяточно-коленной пробы наблюдается при всех формах атаксии. Однако при поражении мозжечка и его систем оно принимает форму интенционного дрожания. В покое интенционное дрожание отсутствует, появляясь только при движении и усиливаясь при приближении конечности к цели. Атаксия может быть обусловлена опухолью лобной или височной доли. В таких случаях особенно сильно нарушается равновесие, расстраиваются стояние и ходьба, в связи с чем у таких больных можно предполагать поражение мозжечка. Интенционное дрожание, сочетающееся с нистагмом, дизартрией, высокими сухожильными рефлексамии, снижением или отсутствием брюшных рефлексив, патологическими рефлексамии, позволяет заподозрить рассеянный склероз.

В процессе беседы с больным выявляются нарушения речи: афазия, дизартрия, скандированная речь, заикание и др.

Исследование чувствительности сопряжено с известными трудностями. Это связано в первую очередь с субъективными ощущениями обследуемого. О нарушении чувствительности можно более уверенно судить в тех случаях, когда оно сочетается с другими объективными изменениями (двигательными, рефлекторными, трофическими) и соответствует определенному типу расстройств чувствительности (периферическому, корешково-сегментарному, проводниковому). Нарушение мышечно-суставного чувства часто сочетается с другими объективными симптомами, такими, как симптом Ромберга, отсутствие или снижение ахилловых рефлексив.

На верхних конечностях из сухожильных и периостальных рефлексив исследуют лучевой (карпорадиальный) и рефлексии с сухожилиями двуглавой и трехглавой мышц. При отсутствии одного из этих рефлексив необходимо более тщательное обследование, в частности исследование чувствительности, что помогает диагностировать,

например, начальные явления сирингомиелии. Коленные и ахилловы рефлексы наиболее постоянные из всех сухожильных рефлексов, их изменение имеет существенное значение для диагностики. Отсутствие коленных и ахилловых рефлексов при сочетании с анизокорией, положительным симптомом Аргайлла Робертсона позволяет заподозрить сухотку спинного мозга. Утрата коленных и ахилловых рефлексов может быть следствием перенесенного полиомиелита, в таких случаях имеется гипотрофия мышц, деформация конечностей. Брюшные рефлексы исследуют в положении лежа на спине. У лиц с дряблой брюшной стенкой, при избыточном подкожном жировом слое в области живота, при обширных послеоперационных рубцах они могут отсутствовать. Асимметрия или отсутствие брюшных рефлексов может быть симптомом органического поражения первой системы.

Повышение сухожильных рефлексов, сочетающееся со снижением брюшных рефлексов и патологическими пирамидными знаками (симптомы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо), указывает на поражение пирамидных путей. Равномерное повышение сухожильных рефлексов при живых брюшных рефлексах и отсутствии патологических рефлексов наблюдается при неврозах.

При обследовании больного проверяют менингеальные симптомы, обусловленные раздражением мозговых оболочек: ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, верхний и нижний симптом Брудзинского. Положительный симптом Брудзинского в сочетании с нистагмом, болезненностью при давлении в супраорбитальных точках, педоведением глазных яблок кнаружи позволяет заподозрить у больного повышение внутричерепного давления.

Повышение внутричерепного давления может быть обусловлено опухолью головного мозга, выявление его имеет существенное значение, особенно на ранних этапах течения заболевания.

О состоянии вегетативной нервной системы можно судить по характеру дермографизма, частоте и лабильности пульса, лабильности артериального давления. О поражении гипоталамической области свидетельствуют вегетативно-сосудистые пароксизмы, характеризующиеся болями в области сердца, ощущением нехватки воздуха, страха, сопровождающиеся сердцебиением, ознобоподобным дрожанием, обильным мочеиспусканием и последующей общей слабостью, а также имеющиеся нейроэндокринные и трофические расстройства.

Дополнительные методы исследования

Для постановки правильного диагноза нередко необходимы дополнительные методы исследования — офтальмологическое исследование, рентгенография черепа, электроэнцефалография, исследование цереброспинальной жидкости и др.

Офтальмологическое исследование: определение остроты зрения, полей зрения, состояния глазного дна и прежде всего сосков зрительных нервов необходимо при наличии гипертензивного синдрома, последствий черепно-мозговых травм, сифилитических поражений ЦНС, сосудистых заболеваний ее, при подозрении на опухоль головного мозга. Выявление застойных сосков зрительных нервов помогает уточнить диагноз. На рентгенограммах черепа можно обнаружить ряд характерных признаков повышения внутричерепного давления: усиление пальцевых вдавлений костей свода черепа, расширение входа в турецкое седло. При некоторых опухолях головного мозга, токсоплазмозе могут наблюдаться очаги обызвествления в полости черепа. При опухолях гипофиза и гипофизарной области определяется резкое увеличение турецкого седла. При невриноме слухового нерва может наблюдаться расширение внутреннего слухового прохода. Рентгенограмма черепа позволяет определить наличие переломов и трещин костей свода и основания черепа и костных дефектов. Часто наблюдается обызвествление шишковидного тела (шишковидной железы), смещение которого при опухолях может помочь в топической диагностике.

На рентгенограммах позвоночника выявляются врожденные аномалии развития позвоночника: незаращение дужек позвонков (чаще в области крестцового позвонка), шейные ребра, сужение межпозвоночного отверстия, склероз замыкательных пластинок (слой размножающихся хондроцитов) при остеохондрозе, наличие остеофитов (костных образований) при спондилезе, смещение позвонков кпереди (спондилолистез), деструкция тел позвонков при туберкулезном спондилите и метастазах злокачественных опухолей в позвоночник, наличие костных скобок между позвонками при болезни Бехтерева (анкилозирующий спондилоартрит).

Большое значение как ценный вспомогательный метод диагностики имеет электроэнцефалография — запись био-

токов мозга. Она может оказать помощь в диагностике некоторых опухолей головного мозга, эпилепсии, дизэнцефального (гипоталамического) синдрома, позволяет уточнить локализацию очагов нарушения кровообращения и травматических повреждений.

Особенно большую роль в диагностике заболеваний головного и спинного мозга играет исследование цереброспинальной жидкости. Для определения давления и состава цереброспинальной жидкости производят поясничную пункцию. Повышение давления цереброспинальной жидкости характерно для гипертензивного синдрома, обусловленного инфекционным или травматическим поражением головного мозга, церебрального арахноидита, опухоли головного мозга. Увеличение количества белка в цереброспинальной жидкости может наблюдаться при опухоли головного мозга, церебральном арахноидите, сифилитических поражениях головного мозга. Производят реакцию Вассермана и пробу Ланге (с коллоидным золотом), помогающие в диагностике сифилитических поражений нервной системы. При этих заболеваниях целесообразно исследование цереброспинальной жидкости на реакцию иммобилизации бледных трепонем.

При подозрении на опухоль головного мозга, эпидуральную и субдуральную гематомы проводят эхоэнцефалографическое исследование. Метод основан на отражении ультразвука от границ сред, обладающих различными плотностями. Отраженные волны улавливаются и регистрируются. Регистрируются и М-эхо — ультразвуковой сигнал, отраженный от срединно-расположенных структур головного мозга: третьего желудочка и др. В норме расстояние от этих структур до М-эха с правой и левой стороны оказывается одинаковым. При развитии объемного процесса структуры оттесняются в противоположную сторону и расстояние до М-эха со стороны локализации процесса будет больше. По степени смещения срединных структур можно судить о наличии объемного процесса в головном мозге. Метод безвреден и безболезнен.

Большое значение имеет исследование сосудов головного мозга — реоэнцефалография. Метод основан на регистрации изменений полного электрического сопротивления ткани мозга, обусловленных пульсовыми колебаниями сосудов. Электропроводимость тканей зависит от их кровенаполнения. Реоэнцефалография позволяет судить о величине кровенаполнения сосудов мозга,

состоянии тонуса сосудов, способности сосудов расширяться при действии сосудорасширяющих средств, наличии асимметрии кровенаполнения в сосудистых бассейнах. Метод широко применяется в диагностике острых расстройств мозгового кровообращения, нарушений проводимости магистральных сосудов (сонных и позвоночных артерий), церебрального атеросклероза, другой врожденной и приобретенной патологии сосудов мозга.

Все большее распространение при обследовании больных с заболеваниями нервной системы получает электромиография — метод графической регистрации биопотенциалов скелетных мышц. Электромиография позволяет регистрировать биопотенциалы, возникающие в двигательных пластинках и мышечных волокнах при поступлении к ним импульсов от двигательных нейронов спинного или продолговатого мозга. Электромиография оказывает помощь в диагностике поражений периферических нервов, корешков спинномозговых нервов, передних рогов серого вещества спинного мозга, двигательных ядер черепных нервов при миотонии, миастении, экстрапиримидных гиперкинезах и других поражениях.

В наиболее сложных случаях для уточнения диагноза применяют компьютерную томографию — новый метод рентгенологического выявления очаговых поражений мозга без введения рентгеноконтрастных веществ. Метод этот безболезнен и совершенно безвреден для больного. Сущность его заключается в том, что благодаря специальным датчикам улавливается даже небольшая разница в степени поглощения рентгеновского излучения, проходящего через различные структуры мозга, имеющие разную плотность, или через патологические образования в нем. С помощью электронно-вычислительной машины сигналы от датчиков перерабатываются, и на экране компьютерного томографа уже в процессе исследования, почти как на реальном срезе мозга, видны детали его строения (кора большого мозга, подкорковые узлы, желудочки головного мозга и др.), отчетливо выявляются опухоли, очаги кровоизлияния или размягчения и другие патологические процессы. Компьютерная томография значительно облегчает диагностику внутричерепных заболеваний.

Проведение комплексного исследования нервной системы позволяет установить диагноз заболевания, определить степень выраженности функциональных нарушений и назначить правильное лечение.

Общие принципы лечения неврологических больных

При лечении неврологических больных обычно используют одновременно несколько методов. Больному рекомендуют определенный режим, диету, лекарственные препараты, при необходимости операцию, т. е. применяют комбинированное лечение. Современные методы лечения условно делят на три группы (Д. А. Марков): 1) применение природных (естественных) средств; 2) введение в организм лекарственных средств (медикаментозное лечение); 3) оперативное лечение. К первой группе относят витаминотерапию, климато- и бальнеотерапию и другие методы, различные виды физиотерапии. Вторая группа методов включает лечение лекарственными веществами — фармакотерапию. Существуют многочисленные лекарственные средства различного действия. Так, антибиотики способствуют излечению больных менингококковым менингитом (цереброспинальным эпидемическим менингитом), вторичными гнойными менингитами, туберкулезным менингитом. Применение гормонов (преднизолон и др.) позволяет улучшить состояние больных с тяжелыми формами рассеянного склероза и других заболеваний, систематический прием леводопа (L-ДОФА) значительно улучшает состояние больных паркинсонизмом (акинетико-ригидной формой). Третью группу составляют оперативные методы лечения (удаление опухоли головного и спинного мозга, эпидуральной и субдуральной гематомы, грыжи межпозвоночного диска, сдавливающей корешки конского хвоста, аневризмы головного мозга и др.). С указанными методами лечения сочетается психотерапия, предусматривающая благоприятное воздействие на психику больного. Для восстановления функций нервной и мышечной систем, ослабленных болезнью и длительным покоем, необходимо использовать тренирующее лечение (массаж, лечебная физкультура, прогулки, бальнеотерапия и др.)

Различают этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение больных с заболеваниями нервной системы. Этиотропное лечение предусматривает воздействие на причинные факторы болезни (назначение антибиотиков при гнойных и туберкулезном менингитах, удаление аневризмы головного мозга, вызвавшей субарахноидальное кровоизлияние, грыжи межпозвоночного диска, обусловившей сдавление корешка спинномозгового нерва, и выраженный пояснично-крестцовый радикулит). Патогенети-

ческое лечение воздействует на различные звенья патогенеза болезни (средства, снижающие внутричерепное давление при гипертензивном синдроме, леводопа больным паркинсонизмом и т. п.). Симптоматическое лечение направлено на устранение отдельных симптомов, таких, как головная боль, головокружение, нарушение двигательных и других функций. Для успешного лечения необходимо сочетание методов перечисленных видов лечения. Назначение симптоматических средств при неясном диагнозе может изменить клиническую картину заболевания и затруднить установление диагноза.

Успешное лечение является результатом деятельности не только врача, но и среднего и младшего медицинского персонала, обеспечивающего выполнение диагностических исследований и терапевтических процедур, а также правильный уход за больными.

Особенности ухода за больными

При болезнях нервной системы нередко наблюдаются параличи и парезы, нарушение функций тазовых органов, бессознательное состояние, приступы резких болей, судорожные припадки; от правильного ухода за такими больными во многом зависят улучшение их состояния и выздоровление.

При нарушениях кровообращения головного мозга (кровоизлияние, энцефаломалация или размягчение) очень важно с самого начала принять меры против опасных для жизни осложнений: воспаления легких, образования пролежней, воспаления мочевых путей. Появлению легочных осложнений способствуют постоянное положение больного на спине и попадание в дыхательные пути слизи из носоглотки. Для предупреждения этих осложнений необходимо несколько раз в день очищать рот и вход в гортань влажным тампоном или применять современные отсасывающие средства; больного следует каждые 3 ч осторожно поворачивать в постели. При задержке мочи рекомендуется положить грелку на область мочевого пузыря; если это не дает эффекта, производят катетеризацию. Для предупреждения пролежней необходимы тщательный уход за кожей, протирание ягодиц, лопаток, стоп камфорным спиртом, припудривание тальком участков кожи, предрасположенных к увлажнению.

Больных с потерей сознания не следует кормить. Если

сохранено глотание, нужно поить их с ложечки сладким чаем. Если больной более суток находится в бессознательном состоянии и не может глотать, ему вводят подкожно изотонический раствор хлорида натрия или 5—10% раствор глюкозы. Через 3 дня при невозможности глотания применяют искусственное питание при помощи клизмы или зонда, вводимого через нос. Зонд перед употреблением следует простерилизовать и смазать вазелиновым маслом. Перед вливанием питательной смеси необходимо проследить, не появился ли у больного цианоз, послушать, не слышен ли шум дыхания через зонд, влить 1 мл стерильной воды и убедиться, что при этом не появляется кашель. Только убедившись таким образом в том, что зонд находится в желудке, можно приступить к введению питательной смеси.

В настоящее время в связи с созданием в ряде городов СССР специализированных отделений для лечения больных с нарушениями мозгового кровообращения и специальных инсультных бригад скорой медицинской помощи больных с нарушениями мозгового кровообращения в остром периоде нередко направляют в стационар. Больного следует перевозить в положении на боку с несколько наклоненной головой, особенно тогда, когда он находится в коматозном состоянии. Необходимо при этом проследить, чтобы рот и нос не были закрыты подушкой.

Наиболее частым клиническим проявлением инсульта является гемиплегия или гемипарез. Очень важно с самого начала позаботиться о предупреждении контрактур. Для этого плечо следует уложить в положении отведения, положив в подмышечную ямку небольшую подушку, предплечье разогнуть и держать его по возможности в положении супинации, пальцы разогнуть. Руку в таком положении можно фиксировать мешочками с песком. Когда больной лежит неподвижно в постели, стопа должна быть уложена таким образом, чтобы противодействовать тенденции ее к повороту кнаружи и подошвенному сгибанию.

В начале или конце 2-й недели заболевания (в зависимости от состояния больного) приступают к лечебной физкультуре. При отсутствии осложнений через 3—4 нед больной начинает вставать на ноги. В это время для ходьбы он нуждается в посторонней поддержке. Особого внимания требуют больные с развившейся в результате инсульта афазией. Такие больные, из-за того что не могут говорить, хотя понимают речь окружающих (моторная афазия), или из-за того, что не понимают речь окружа-

ющих, хотя произносят слова и фразы (сенсорная афазия), оказываются беспомощными. Уход за такими больными должен в первую очередь включать тщательное проведение всех гигиенических мероприятий.

При травматическом поражении головного мозга (сотрясение, контузия или ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние) основным условием при оказании помощи является обеспечение полного покоя. Необходимо следить за чистотой полости рта, несколько раз в день очищать ее влажным тампоном, так как в рту скапливается большое количество слюны и слизи. Если этого недостаточно, применяют современные приборы — аспираторы (отсасыватели). При задержке мочи приходится прибегать к катетеризации, при недержании мочи ставят мочеприемник, при возбуждении и двигательном беспокойстве назначают хлоралгидрат в клизме.

Больным менингитом необходимы полный покой, постельный режим, легкое полноценное питание. В связи с тем что при менингитах, как правило, наблюдается повышенное внутричерепное давление с характерной для него повышенной чувствительностью больного к звуковым и световым раздражителям (гиперакузия и фотофобия), такие больные должны находиться в тихих палатах с неярким освещением. Необходимо обеспечить достаточный доступ свежего воздуха. Матрац должен быть ровным, простыня — туго натянутой, без складок, подушки — жесткими.

При миелите, травматическом поражении спинного мозга, спинальном инсульте, сопровождающемся в большинстве случаев нижней параплегией или парапaresом нижних конечностей, нарушением функции тазовых органов, трофическими нарушениями, с первых дней заболевания необходим тщательный уход за кожей. Не должно быть складок на простыне, больной должен лежать на надувном резиновом круге. Несколько раз в день необходимо менять положение больного, протирать кожу камфорным спиртом. Для предупреждения контрактур надо следить за положением ног, бороться с отвисанием стоп. Стопы устанавливают под прямым углом к голени с помощью упора, иногда накладывают съемные лонгеты. При нарушении функции тазовых органов проводят повторную катетеризацию мочевого пузыря в условиях строгой асептики. При задержке стула применяют очистительные клизмы.

При наличии бульбарного паралича, который может быть проявлением бокового амиотрофического склероза, повторных нарушений мозгового кровообращения в вертебробазилярной системе, стволового энцефалита, сирингобульбии и других заболеваний особое внимание следует обратить на кормление больных. Необходимо исключить возможность попадания пищи и жидкости в дыхательные пути. Пища должна быть полужидкой, кормить больного нужно небольшими порциями, с перерывами.

При ряде неврологических заболеваний больных беспокоит сильная головная боль. Резкая боль в пояснице и ноге характерна для пояснично-крестцового радикулита, причиной которого в большинстве случаев является задняя грыжа межпозвоночного диска в поясничном отделе. Боли, как правило, усиливаются при движениях, ходьбе. Таким больным назначают постельный режим (постель должна быть жесткой). Они обычно выбирают положение в постели, при котором боли уменьшаются. Чаще всего это положение на здоровом боку с согнутой в коленном и тазобедренном суставах больной ногой. Облегчает боль прием анальгетиков внутрь или в инъекциях.

При ряде заболеваний (арахноидиты и опухоли головного мозга, травматические его поражения, мигрень и др.) приступы резкой головной боли могут быть связаны с повышением внутричерепного давления. В таких случаях необходимо обеспечить спокойную обстановку, уменьшить освещение.

Ряд заболеваний нервной системы (опухоли, инфекционные и травматические поражения головного мозга, нарушения мозгового кровообращения) протекает с припадками судорог и потерей сознания. Во время припадков необходимо под голову больного положить подушку, между зубами вложить шпатель, обернутый бинтом, или край полотенца, расстегнуть воротник рубашки и пояс.

Как указывалось, одним из методов обследования неврологических больных является поясничная (люмбальная) пункция. Перед пункцией не следует кормить больного. После нее больного на каталке перевозят в палату, в течение 2 ч он должен лежать на боку без подушки, затем в течение 2 дней соблюдать строгий постельный режим. Кормить больного можно через 2 ч после пункции.

После пункции назначают гексаметилентетрамин (уротропин) по 0,5 г 3 раза в течение 2—3 дней. Иногда после пункции наблюдается задержка мочи. В таких слу-

чаях применяют грелку на область мочевого пузыря, а при неэффективности ее — катетеризацию.

Среди больных неврологического отделения бывают лица с неизлечимыми заболеваниями. Медицинской сестре не следует у постели больного говорить о безнадежности его состояния. Наоборот, больному необходимо внушать, что должно наступить улучшение состояния его здоровья. Все, что обсуждается врачами и средним медицинским персоналом, что сообщает о себе больной, не должно быть известно другим больным. Об ухудшении состояния больного медицинская сестра должна срочно поставить в известность лечащего или дежурного врача.

Медицинский персонал неврологических отделений, как и других медицинских учреждений, обязан быть опрятным, подтянутым и дисциплинированным.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Какова методика исследования зрачков?
2. Как исследуется координация движений?
3. Перечислите основные параклинические методы исследования в неврологии. В чем их значение?
4. Изложите основные принципы лечения неврологических больных.
5. Каковы особенности ухода за больным, перенесшим спинномозговую пункцию?

БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

БОЛЕЗНИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Болезни периферической нервной системы являются наиболее распространенными в неврологической клинике. На их долю приходится около 50% всех обращений к невропатологу поликлиники.

К заболеваниям периферической нервной системы относят различные по локализации и происхождению поражения нервных стволов. Они могут быть обусловлены инфекциями, интоксикациями, травмами, сдавлением, нарушениями обмена.

Поражение нерва, сопровождающееся выявлением объективных симптомов выпадения в двигательной, чувствительной, вегетативной либо трофической сферах, называется невритом. Основными симптомами неврита

являются боль по ходу нерва, выпадение двигательных и чувствительных функций — периферический парез или паралич с атонией или атрофией мышц, арефлексией, снижение или полное отсутствие болевой чувствительности в зоне иннервации, трофические изменения кожи: ее истончение, сухость, выпадение волос, изменение окраски кожи, ломкость ногтей. Могут поражаться отдельные периферический нерв (мононеврит), многие нервные стволы (полиневриты).

Невралгии характеризуются болями по ходу того или иного нерва, однако в отличие от невритов не сопровождаются заметными нарушениями проводимости нерва, существенными расстройствами функций соответствующего органа. Поражение нервного корешка носит название радикулита, сочетанное поражение корешков и нервов — полирадикулоневрита.

Не представляя, как правило, угрозы для жизни больного, эти заболевания при несвоевременном или неправильном лечении нередко приобретают рецидивирующий характер, служат причиной утраты трудоспособности как временной, так и стойкой. Поэтому важное значение имеет своевременная диспансеризация особенно лиц, подверженных воздействию провоцирующих факторов: охлаждение, тяжелый либо однообразный физический труд, некоторые профессиональные вредности (свинец, ртуть, растворители и др.).

НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

(Заболевание представляет собой поражение тройничного нерва с резкими, приступообразно возникающими острыми болями в лице жгучего характера.) Важную роль в возникновении невралгии играет сдавление ветвей тройничного нерва в костных каналах и отверстиях лицевого скелета, через которые они выходят из полости черепа. Иногда невралгия тройничного нерва связана с воспалительными процессами в околоносовых пазухах, болезнями зубов. Нередко причиной невралгии тройничного нерва являются различные инфекции (грипп, малярия, туберкулез, бруцеллез и др.). Определенное значение в возникновении невралгии придают нарушению обмена веществ: подагре, сахарному диабету.)

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а. Приступ болей начинается внезапно, длится несколько секунд или минут, после чего также внезапно прекращается. В зависимости от того,

какая ветвь тройничного нерва поражена, болевые ощущения захватывают ту или иную область лица. Во время приступа боли распространяются по ветвям нерва на одной стороне лица; иногда боли переходят с одной ветви на другую, могут отдавать в ухо, глаз, шею, затылок. Приступ иногда сопровождается судорожным сокращением мышц лица (тик), покраснением кожных покровов, потоотделением, усиленным слезотечением, слюноотделением и отделением слизи из носа.) Приступы болей могут возникать без видимой причины или провоцируются дополнительными раздражениями: жеванием, разговором, бритьем и др.) В период между приступами никаких объективных признаков болезни не обнаруживается. Иногда можно отметить болезненность при надавливании на точки выхода лицевого нерва. Диагноз, как правило, не вызывает затруднений из-за характерных болей, наличия стабильных зон, прикосновение к которым вызывает приступ. В некоторых случаях невралгия может иметь «рефлекторный» характер и быть связанной с болезнями пазух носа, зубов. В этих случаях обращает на себя внимание повышение температуры тела, местная отечность.

Лечение. В каждом случае невралгии тройничного нерва необходимо установить причину, вызвавшую ее, и проводить соответствующее лечение. Эффективным средством невралгии тройничного нерва является карбамазепин (тегретол, финлепсин) — препарат противосудорожного и обезболивающего действия. Лечение начинают с дозы 0,1 г 2 раза в день, затем дозу повышают до 1 г в сутки, при необходимости до 0,6—0,8 г (в 3—4 приема). Улучшение состояния наблюдается обычно через 12—48 ч после начала лечения. При исчезновении болей дозу постепенно снижают до 0,2—0,1 г в день. Препарат применяют длительно (от 2—3 нед до 2—3 лет). Могут быть применены и другие антиэпилептические средства: триметин, этосуксимид (суксилеп). Следует назначать инъекции витаминов группы В. Применяют также электрофорез новокаина или антипирина, диадинамические токи, УВЧ-терапию. В последние годы для лечения больных невралгией тройничного нерва с успехом используют иглоукалывание. В особенно тяжелых случаях применяют рентгенотерапию. Применяют новокаиновые блокады болезненной области. В отдельных случаях эффективно хирургическое лечение — перерезка чувствительных волокон нерва.

НЕВРИТ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

В подавляющем большинстве случаев заболевание обусловлено сдавлением нерва в узком лицевом (фаллопиевом) канале, его отеком. Этот отек может быть связан с венозным застоем при гипертоническом кризе, вирусной инфекцией, отитом, переломом основания черепа.

Клиническая картина. При неврите лицевого нерва отмечается парез или паралич мимической мускулатуры половины лица на стороне пораженного нерва. Лицо больного асимметрично, рот перекошен в здоровую сторону, носогубная складка на стороне поражения значительно сглажена, угол рта на этой стороне опущен (рис. 22). Больной не может поднять брови вверх, наморщить лоб, выполняя это лишь на здоровой половине лица. При оскаливании зубов еще заметнее становится перетягивание угла рта в здоровую сторону. Иногда больному не удается надуть щеки, свистнуть. На парализованной стороне глаз не закрывается («заячий глаз»). Обычно расстройства чувствительности при этом заболевании не бывает.

Лечение. Показан преднизолон (30—40 мг в сутки). Дегидратация отечных тканей сдавленного нерва достигается введением 25 мг гидрокортизона в смеси с 0,5 мл 0,5% раствора новокаина в зону поражения связки (процедура повторяется через 1—2 дня, пока не наступит улучшение). С первых же дней назначают УВЧ-терапию,

анаболические стероиды. В восстановительном периоде показаны массаж, специальная лечебная гимнастика, ритмическая электростимуляция. Для улучшения проводимости нерва назначают 0,02 г дибазола 3 раза в день, инъекции тиамин, цианкобаламина, прозерина (0,05% раствор по 1 мл подкожно), галантамина. При неполном смыкании век во избежание заболевания роговицы необходимо систематически



Рис. 22. Вид больного с парезом лицевого нерва.

закапывать сульфацил-натрий (альбуцид-натрий) и носить защитную повязку.

При своевременно начатом лечении через 2—4 нед парез лицевой мускулатуры может полностью ликвидироваться. В ряде случаев болезнь принимает затяжное течение. Эффективным средством лечения является иглоукалывание.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ НЕВРИТЫ

Встречаются преимущественно в военной обстановке. Однако и в мирное время механическая природа поражения нерва встречается довольно часто (ущемление нерва в костных каналах, родовые травмы, длительные сдавления в случае «наркозных параличей» при запрокидывании руки, наложении жгутов, автокатастрофы и др.). Могут иметь место как полный перерыв нерва, так и частичное нарушение его анатомической структуры. Относительно часты закрытые поражения нерва в области руки, что объясняется большим объемом движений в плече, особенностями расположения нервов на руке.

Неврит лучевого нерва. Самым характерным симптомом этого заболевания является свисание кисти. Если больному предложить вытянуть руки вперед, то кисть на стороне поражения будет свисать вниз (рис. 23), больной не может разогнуть кисть и пальцы.

Неврит срединного нерва. Больной утрачивает способность поворачивать предплечье внутрь, противопоставлять большой палец (не может прикоснуться пальцем к мизинцу), сгибать кисть и сжимать. Неврит только срединного нерва встречается реже, чаще наблюдаются поражения нескольких нервов руки, это сопровождается снижением или отсутствием чувствительности (гиперестезия или анестезия) на наружной и ладонной поверхностях кисти.

Неврит локтевого нерва. Больной не может согнуть пальцы в пястно-фаланговых суставах, свести и развести пальцы кисти, утрачивается возможность разгибать пальцы в межфаланговых суставах. Все это придает кисти с пораженным локтевым нервом вид когтистой лапы (рис. 24). Зона расстройства чувствительности при этом неврите изображена на рис. 25.

Лечение¹. При травматических невритах с полным

¹ О лечении инфекционных невритов см. в разделе «Полиневриты».



Рис. 23. Положение левой руки при параличе лучевого нерва.



Рис. 24. Положение пальцев при параличе локтевого нерва.

перерывом проводимости нервного ствола необходимо хирургическое вмешательство, во время которого производят сшивание центрального и периферического отрезков поврежденного нерва. В дальнейшем для восстановления нарушенных функций применяют инъекции тиамина, цианкобаламина, дибазола, прозерина, электрофорез йодида калия. Большое значение имеют лечебная физкультура, массаж. Эти мероприятия также направлены на

предупреждение мышечных контрактур.

При каузалгиях назначают болеутоляющие средства, а также ганглиоблокирующие препараты (бензогексоний, пентамин), на ночь — снотворное.

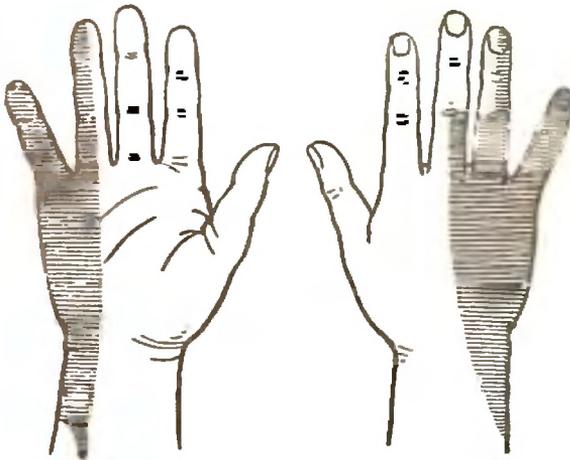


Рис. 25. Область чувствительной иннервации локтевого нерва.

ПОЛИНЕВРИТЫ

Полиневрит — множественное поражение периферических нервов. По течению полиневриты делятся на острые, подострые и хронические. В зависимости от причины, вызвавшей заболевание, выделяют инфекционные, аллергические, токсические и другие полиневриты.

Для полиневритов характерно нарушение двигательной и чувствительной функций периферических нервов с преимущественным поражением дистальных (наиболее удаленных от туловища) отделов конечностей: слабость мышц, двигательные расстройства и нарушения чувствительности, особенно в кистях и стопах (по типу «перчаток», «носков», «чулок»), нарушение трофики ногтей, кожи кистей, стоп. Для полиневритов характерен симметричный характер поражений: снижение силы мышц конечностей, болезненность нервных стволов при надавливании на них, а также боли, напоминающие невралгии, атрофия мышц. Сухожильные рефлексы резко снижены или отсутствуют.

В некоторых случаях в патологический процесс вовлекаются и черепные (языкоглоточный) нервы. При этом могут наблюдаться нарушения сердечной деятельности и дыхания.

В детском возрасте встречаются лишь отдельные формы полиневритов: дифтерийный, инфекционный, инфекционно-аллергический полирадикулоневрит. Последний часто протекает без повышения температуры тела, при общем удовлетворительном состоянии, в дальнейшем напоминает общую инфекцию. Спустя 2 нед выявляются расстройства походки (носки цепляются за пол). Нарастают явления парапареза (поражение симметрично) с признаками вялого паралича, расстройства чувствительности. Боли корешковые, невритические, резкие, нередко спонтанные. Восстановление функций медленное.

Инфекционный полиневрит

В настоящее время большинство исследователей считают наиболее распространенной причиной инфекционного полиневрита различные вирусы.

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а. Начало заболевания, как правило, острое, по типу острого лихорадочного процесса, с повышением температуры тела до 38—39° С, болями в конечностях. В дальнейшем развиваются слабость и

параличи мышц рук и ног, нарушения болевой чувствительности. Нервные стволы резко болезненны при пальпации. Обратное развитие симптомов протекает медленно.

Аллергический (антирабический) полиневрит

Заболевание является следствием аллергической реакции на миелин, входящий в состав вакцины. Подобные расстройства могут возникать и при введении других сывороток.

Клиническая картина. Начальные признаки заболевания проявляются в форме головокружения, слабости, диспепсии, диффузных болей спустя некоторое время от начала курса антирабических прививок. Затем в течение 3—6 дней бурно развивается полная картина заболевания — высокая температура тела, неукротимая рвота, резкая головная боль, в ряде случаев — расстройства сознания. Развивается вялый паралич конечностей, расстройства тазовых функций. Обратное развитие симптомов быстрое, что свойственно аллергическим реакциям в целом.

Токсический полиневрит

Клиническая картина зависит от характера проникающего в организм яда. При свинцовых полиневритах развивается поражение двигательных нервных волокон рук (преимущественно разгибателей). Восстановление функций происходит крайне медленно, так как свинец долго не выводится из организма. При ботулизме на фоне выраженных диспепсических расстройств быстро выявляются многообразные нарушения иннервации мышц глаза, расстройства глотания. Заболевание требует немедленного квалифицированного лечения. Дифтерийный полиневрит характеризуется поражением нервов, иннервирующих мягкое небо. У больных нарушается глотание (дисфагия), появляются гнусавость голоса, в ряде случаев — расстройства дыхания, ритма сердечной деятельности, нарушения зрения в связи с вовлечением аккомодационного аппарата. В настоящее время заболевание встречается редко. Профилактика дифтерийного полиневрита состоит в своевременном введении антидифтерийной сыворотки.

Токсические полиневриты могут возникать и при отравлении другими бытовыми и промышленными ядами — растворителями, тетраэтилсвинцом, ртутью и др.

Полиневриты иного происхождения

В эту группу поражений необходимо отнести прежде всего полиневриты, развивающиеся при некоторых заболеваниях внутренних органов и желез внутренней секреции, которые протекают с нарушением обмена, прежде всего витаминного (при диабете, алкоголизме, пеллагре и др.).

При диабетическом полиневрите на первый план выступают боли по ходу нервных стволов, в мышцах, особенно в икроножных, расстройства чувствительности. Параличей и атрофии мышц обычно не наблюдается. Изменения в периферических нервах обуславливают часто отмечающееся при сахарном диабете отсутствие коленных и ахилловых рефлексов, что может быть единственным признаком поражения нервной системы при данном заболевании и отмечается даже в легких случаях заболевания. Иногда встречается поражение глазодвигательного, блокового, отводящего нервов. Двоение в глазах может быть начальным симптомом сахарного диабета. У таких больных наблюдаются также нарушения периферических сосудов, что чаще проявляется повышением сосудистого тонуса. При диабетическом полиневрите противодиабетическое лечение сочетают с введением тиамин, цианокобаламина, массажем.

✓ **А**лкогольный полиневрит развивается медленно. Вначале больной ощущает быструю утомляемость в ногах, боли в икроножных мышцах, судорожное сведение пальцев ног. При продолжении приема алкоголя болезненные явления нарастают. Обследование выявляет болезненность по ходу нервных стволов. Парезы и параличи чаще бывают в дистальных отделах ног, захватывая мышцы, иннервируемые малоберцовыми нервами. Описанная картина алкогольного полиневрита иногда сопровождается психическими нарушениями, впервые описанными выдающимся русским психиатром С. С. Корсаковым. Алкогольный полиневрит является следствием авитаминоза В₁, возникающего при алкогольном циррозе печени.

Лечение. Необходим строгий постельный режим. При лечении учитываются этиология и патогенез заболевания. В качестве противовоспалительного, изменяющего иммунные реакции средства назначают преднизолон до 60 мг в сутки, в качестве десенсибилизирующих — димедрол, супрастин, глюконат кальция. Проводится дезинтоксикационная терапия путем введения глюкозы с аскорби-

новой кислотой, кокарбоксилазы. При ботулизме вводится антитоксическая сыворотка, при отравлении мышьяком — унитиол, при дифтерии — антидифтерийная сыворотка. Обязательна витаминотерапия. По окончании острого периода показаны массаж, четырехкамерные ванны, грязевые аппликации. Для предотвращения развития мышечных контрактур назначается лечебная физкультура, придается сгибательное положение стопе с помощью съемных шин. Назначают лампу-соллюкс, электрофорез новокаина на дистальные отделы конечностей, прозерин, галантамин. Показано санаторно-курортное лечение: Сочи, Цхалтубо, Старая Русса, Пятигорск.

✓ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Длительное время считалось, что поражение корешков спинномозговых нервов носит воспалительный характер. В соответствии с этим болевые синдромы, связанные с патологией корешков, обозначались как «радикулиты» — шейный, пояснично-крестцовый. В настоящее время окончательно доказано, что поражение корешков спинномозговых нервов на разных уровнях обусловлено преимущественно остеохондрозом позвоночника — дегенеративными изменениями межпозвоночных дисков, соединяющих обращенные друг к другу поверхности смежных позвонков. В диске различают три части: студенистое ядро, фиброзное кольцо, верхнюю и нижнюю гиалиновые пластинки, прилежащие к телам позвонков (рис. 26). Студенистое ядро, состоящее из мягкого волокнистого хряща, очень сдавлено, стремится расшириться, поэтому оно пружинит и амортизирует толчки, которые испытывают тела позвонков. Подвижность позвоночника в значительной мере обусловлена межпозвоночными дисками. Ткани диска не способны к регенерации, в то же время, постоянно испытывая значительную нагрузку и другие воздействия, преждевременно изнашиваются и подвергаются дегенерации. Этому способствуют травмы позвоночника, связанные с подъемом тяжестей, значительным физическим напряжением.

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а. В течении заболевания выделяют две стадии. Первая стадия — люмбалгия (люмбаго). Возникает резкая боль в пояснице при подъеме тяжести или при резких движениях туловища. В дальнейшем в условиях этих же воздействий могут наблю-

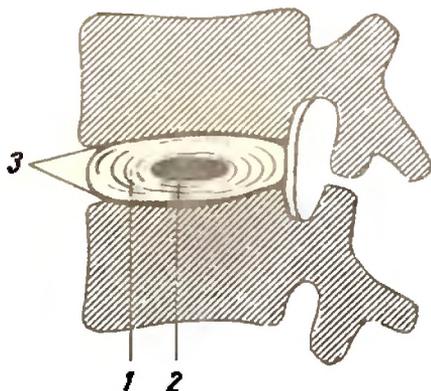


Рис. 26. Межпозвоночный диск. 1 — фиброзное кольцо; 2 — студенистое тело; 3 — гиалиновые пластинки.

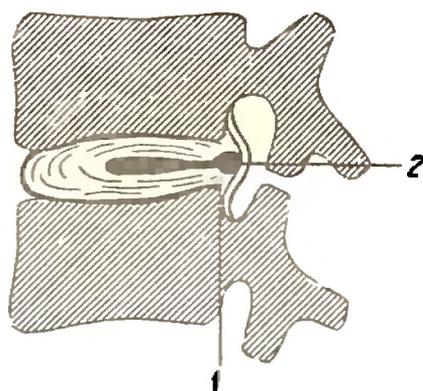


Рис. 27. Задняя грыжа межпозвоночного диска.

1 — разрыв фиброзного кольца; 2 — смещение студенистого ядра кзади.

даться рецидивы люмбагии. Заболевание является результатом выпячивания кзади фиброзного кольца или смещения всего межпозвоночного диска кзади без повреждения фиброзного кольца. Подобная приступообразная боль в шейном отделе называется шейным люмбаго. Вторая стадия заболевания характеризуется разрывом фиброзного кольца и частичным или полным выхождением студенистого ядра за пределы межпозвоночного диска кзади (рис. 27). Смещение студенистого ядра вызывает сдавление корешка или корешков спинномозговых нервов. Подобное состояние принято обозначать термином «задняя» или «заднебоковая грыжа» межпозвоночного диска. Следует отметить, что в развитии заболевания большое значение имеют не только сдавление корешка грыжей межпозвоночного диска, но и вторичные изменения, обусловленные отеком окружающих тканей, венозным застоем, спаечным процессом и др. Нередко эти вторичные изменения приобретают ведущее значение в формировании клинической картины заболевания. Такова общая характеристика выявления неврологических расстройств, связанных с остеохондрозом позвоночника.

Шейный остеохондроз с корешковым синдромом

Как известно, шейный отдел позвоночника состоит из семи позвонков. В соединении позвоночника с черепом участвуют I и II шейные позвонки, которые по строению резко отличаются от всех остальных. Своеобразно также строение III и VII шейных позвонков. Верхняя поверхность их имеет седловидную форму, боковые приподняты



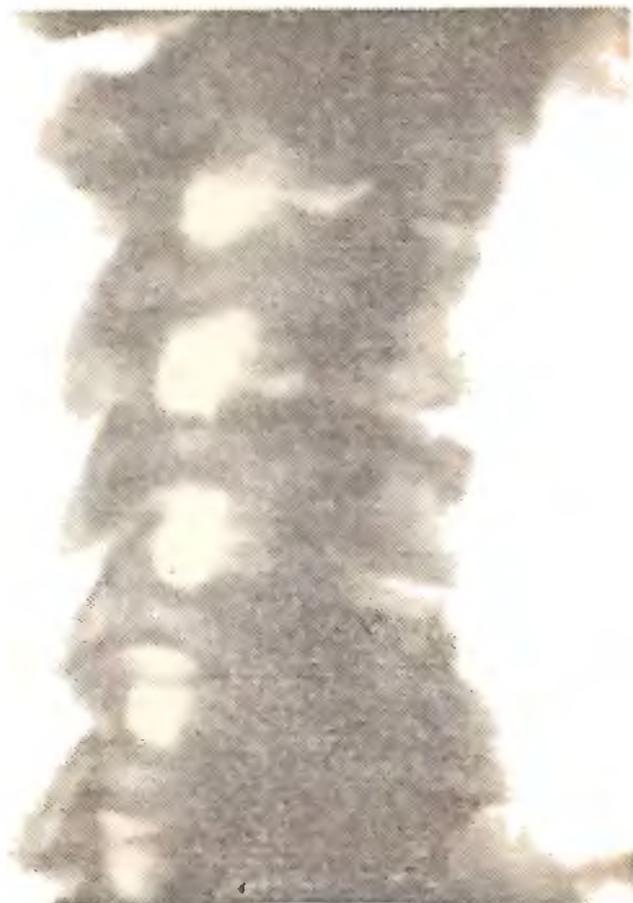
Рис. 28. Рентгенограмма шейного отдела позвоночника. Остеохондроз VI и VII шейных позвонков.

и образуют отростки (*processus uncinatus*), которые сочленяются с поверхностью тела вышележащего позвонка, образуя унковертебральное сочленение. В результате поражений межпозвоночных дисков шейного отдела у этих сочленений образуются костные разрастания. Они уменьшают размер межпозвоночных отверстий, через которые проходят корешки спинномозговых нервов.

Поражение корешков спинномозговых нервов в шейном отделе наблюдается преимущественно у лиц в возрасте старше 40 лет, чаще у женщин. Среди больных преобладают лица, работа которых связана с напряжением мышц шеи и выполнением однотипных движений руками с частыми наклонами и поворотом головы (штукатуры, маляры, ткачихи, прядильщики, телефонистки и др.).

Клиническая картина. Больные жалуются на боли в области шеи и в руке. Нередко наблюдается вынужденное положение головы с наклоном ее в сторону, реже вперед. При обследовании определяется ограничение объема движений и болезненность движений в шейном отделе позвоночника и плечевом суставе, гипотрофия

Рис. 29. Рентгенограмма шейного отдела позвоночника. Спондилез шейного отдела позвоночника.



мышц плеча, предплечья, гипестезии кожи в зоне иннервации шейных корешков спинномозговых нервов (C_1 — C_8), чаще снижение или повышение сухожильных и периостальных рефлексов на руках. На рентгенограмме позвоночника у больных выявляется или межпозвоночный остеохондроз — уменьшение высоты диска, склероз гиалиновых пластинок межпозвоночных дисков (рис. 28) или спондилез — наличие краевых разрастаний тел позвонков (рис. 29). По современным представлениям, и спондилез, и межпозвоночный остеохондроз — различные формы дегенеративных изменений позвоночника.

Лечение. Больным назначают анальгетики (анальгин, ацетилсалициловая кислота, седалгин и др.), инъекции тиамин и цианкобаламина, диадинамические токи, электрофорез новокаина на шейный отдел позвоночника, вытяжение шейного отдела позвоночника ручным способом или при помощи петли Глиссона, массаж, сульфидные или радиоактивные ванны, в наиболее тяжелых случаях — рентгенотерапию малыми дозами на шейный отдел позвоночника.

Синдром плечелопаточного периартрита

Если при описанном выше корешковом синдроме болевые ощущения связаны с раздражением спинномозгового нерва в результате сдавления корешка, то синдром плечелопаточного периартрита (синдром Дюплея) является рефлекторным. Поясним, каким образом здесь возникают болевые ощущения. При этом заболевании пациент жалуется на боль в области плечевого сустава, ограниченный объем движений, возникшие спустя некоторое время после перенесенного ушиба. В ряде случаев такие болевые ощущения отмечаются и после инфаркта миокарда. Однако наиболее типичной причиной болезни является остеохондроз шейного отдела позвоночника. Патологические импульсы, идущие из больного участка, вызывают рефлекторное напряжение мышц пояса верхних конечностей (плечевой пояс), их резкую болезненность, ограничение функций плеча. Боли иррадиируют в шею, усиливаются при движении либо вынужденном положении тела. Для диагностики имеет значение также резкая напряженность мышц.

Поясничный вертеброгенный синдром

Заболевание связано с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника.

Клиническая картина. Характерны боли в пояснице, отдающие в ногу и усиливающиеся при ходьбе, движениях, кашле, чиханье, физическом напряжении. Интенсивность болей, как правило, зависит от положения больного. Чаще всего больные отмечают уменьшение болей в положении лежа на здоровой стороне с согнутой в тазобедренном и коленном суставах больной ногой. При обследовании у большинства больных наблюдается изменение конфигурации позвоночника — сглаженность или отсутствие поясничного лордоза (искривление позвоночника, обращенное выпуклостью кпереди). Нередко отмечается сколиоз — боковое искривление позвоночника: это — рефлекторная защитная поза. В таком положении болевые ощущения несколько ослабевают.

Постоянным признаком заболевания является усиление болей в пояснице и ноге при определении симптома Ласега (см. рис. 21). Такие же болевые ощущения возникают, если больной наклоняет туловище вперед и вниз, не сгибая ног в коленных суставах, пытаясь достать пол руками.

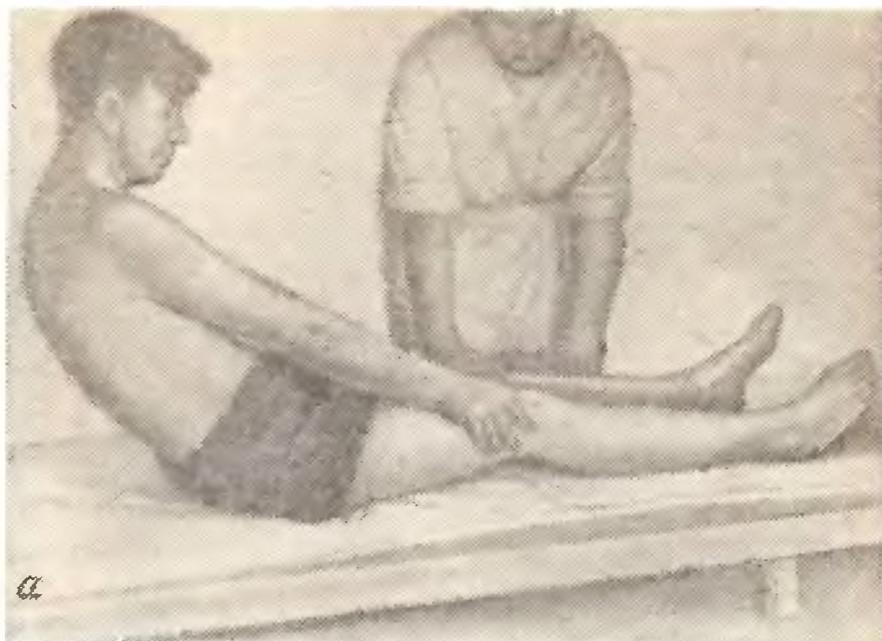


Рис. 30. Симптом посадки.
а — положительный; *б* — отрицательный.

При поясничном вертеброгенном синдроме бывает положительным симптом посадки: больному, лежащему на спине, предлагают сесть с вытянутыми ногами. При этом происходит сгибание в коленном суставе одной или обеих ног. Если препятствовать сгибанию ног, туловище больного отклоняется назад (рис. 30, а). У здоровых сгибания



Рис. 31. Рентгенограмма поясничного отдела позвоночника. Обызвествление смещенного кзади студенистого ядра.

ног или отклонения туловища назад не наблюдается (рис. 30, б).

Заболевание может сопровождаться гипотрофией и дряблостью мышц ягодичной области, бедра, голени, в тяжелых случаях — парезами мышц стопы. Неврологическое обследование выявляет нарушения чувствительности в виде гипалгии (гипалгезии) и гипестезии в зоне иннервации у поясничного и I крестцового корешков — по наружной и задненаружной поверхности бедра, голени и стопы. Отмечается болезненность при давлении на остистые отростки нижних поясничных позвонков. При поражении I крестцового корешка снижается или выпадает ахиллов рефлекс.

На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника в единичных случаях можно наблюдать обызвествление выпавшего студенистого ядра (рис. 31), чаще встречается сужение межпозвоночной щели. Заболевание, как правило, носит рецидивирующий характер.

Лечение. В первую очередь назначают постельный режим (постель должна быть жесткой), болеутоляющие средства (анальгин, ацетилсалициловая кислота и др.), диадинамические токи, ультразвук, электрофорез с ново-

каином на пояснично-крестцовый отдел позвоночника, инъекции 5% раствора тиамина и цианокобаламина по 200—500 мкг. Патогенетическим методом лечения являются различные виды вытяжения позвоночника: вытяжение на наклонной плоскости, вытяжение с грузом на специальном тракционном столе, подводное вертикальное вытяжение с грузом, вытяжение с грузом на наклонной плоскости и ванне и др. Показано курортное лечение с применением сульфидных и радиоактивных ванн. В случаях, когда длительное комплексное лечение оказывается неэффективным, применяют оперативное лечение — удаление грыжи межпозвоночного диска. Указанная операция является единственным методом лечения при сдавлении грыжей конского хвоста. Упорный болевой синдром в области поясницы может быть обусловлен опухолью — невриномой конского хвоста. Важное значение в диагностике такой опухоли имеют прогрессивное течение, изменения цереброспинальной жидкости: ксантохромная (желтого цвета) цереброспинальная жидкость, большое количество белка при нормальном содержании клеток. Своевременное оперативное лечение — удаление опухоли — ведет к выздоровлению.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Чем объясняется многообразие расстройств при невралгии тройничного нерва? Назовите эти расстройства.
2. Больной не может повернуть вовнутрь предплечье, сжать пальцы в кулак, согнуть кисть, прикоснуться большим пальцем к мизинцу той же руки. О каком неврологическом заболевании следует думать?
3. Каковы основные симптомы неврита лицевого нерва?
4. Назовите основные формы полиневритов в зависимости от вызывающей их причины.
5. В чем суть изменений межпозвоночного хряща при остеохондрозе?
6. Изложите основные принципы лечения неврологических осложнений остеохондроза позвоночника.
7. Каковы основные причины заболеваний периферической нервной системы?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Инфекционные болезни нервной системы делятся на первичные и вторичные. К первичным относятся такие, при которых возбудитель инфекции с момента проникно-

вения в организм сразу локализуется в нервной системе. Вторичные возникают как осложнения общих инфекций (крупозная пневмония, туберкулез, грипп и др.) или как результат проникновения возбудителя инфекции в мозг из первичного воспалительного очага. Возбудителями инфекционных болезней ЦНС могут быть бактерии, вирусы, а также их токсины. Проникновение возбудителя болезни в организм еще не означает, что обязательно возникает заболевание. Большое значение в развитии болезни имеет реактивность организма. Наличие гематоэнцефалического барьера — барьера между кровью, с одной стороны, и цереброспинальной жидкостью и нервной тканью, с другой, — в определенной степени предохраняет мозг от проникновения в него бактерий, вирусов, токсинов и других повреждающих факторов. Основная роль в выполнении барьерной, защитной функции принадлежит окружающей сосуда соединительной ткани (астроцитарная нейроглия), которая тесно оплетает внутримозговые сосуды. Она регулирует взаимоотношение между кровью и ЦНС, не пропуская ряд вредных агентов из крови в мозг.

Одной из особенностей иммунитета при вирусных заболеваниях нервной системы является его стойкость. Случаев повторных заболеваний полиомиелитом, клещевым весенним энцефалитом не наблюдается. Иммунитет проявляется в невосприимчивости к повторному заражению, что может определяться высокой концентрацией антител. В последние десятилетия достигнуты значительные успехи в предупреждении и лечении ряда инфекционных болезней нервной системы. Выяснение этиологии ряда заболеваний, выделение их возбудителей позволили изготовить эффективные вакцины и сыворотки. Бактериологическое исследование цереброспинальной жидкости оказывает помощь в диагностике менингитов. Применение антибиотиков способствует выздоровлению большинства больных менингококковым (эпидемический цереброспинальный) и вторичными гнойными менингитами. К инфекционным болезням нервной системы относятся: менингиты, энцефалиты, полиомиелиты, арахноидиты, миелиты, энцефаломиелиты.

МЕНИНГИТ

Менингит — воспаление мозговых оболочек. Менингиты бывают первичные и вторичные. К первичным относится менингококковый, к вторичным — гнойный, ту-



Рис. 32. Ригидность затылочных мышц у больного менингитом.

беркулезный, сифилитический, менингиты, обусловленные травмами черепа и инфекцией. Острый серозный менингит может быть как первичным, так и вторичным. При всех формах менингита отмечается ряд общих симптомов, так называемые менингеальные симптомы, самым постоянным из которых является головная боль разнообразного характера. Вызывается она раздражением чувствительных нервов оболочек головного мозга. Тошнота и рвота — также весьма частые проявления менингита. Они обычно возникают независимо от приема пищи. Другим постоянным симптомом является ригидность затылочных мышц — напряжение мышц шеи, обусловленное раздражением корешков спинного мозга (рис. 32). Проявляется этот симптом тем, что при попытке наклонить голову больного вперед задняя группа мышц шеи напрягается, становится неподатливой к сгибанию — ригидной. Очень важный и часто встречающийся признак — симптом Кернига (рис. 33). Его вызывают так: больного укладывают на спину, затем ногу его сгибают в тазобедренном и коленном суставах, после чего согнутую ногу начинают разгибать в коленном суставе. В момент разгибания происходит натяжение и раздражение корешков спинного мозга, что вызывает произвольное напряжение сгибателей голени, и ногу выпрямить не удастся. Часто оказывается положительным симптом Брудзинского, сгибание ноги в коленном и тазобедренном суставах при пассивном сгибании другой ноги (нижний симптом Брудзинского).

Характерна и поза больного: он лежит на боку с запрокинутой назад головой, с согнутыми и приведенными к животу ногами. Очень часто наблюдаются светобоязнь,



Рис. 33. Методика исследования симптома Кернига.

гиперакузия (снижение слуха) и гиперестезия. Пульс, как правило, урежается, что связано с раздражением блуждающего нерва. Нередко отмечается поражение отдельных черепных нервов, выявляются косоглазие, птоз, двоение в глазах, асимметрия лицевой мускулатуры. Лейкоцитарная формула характеризуется нейтрофилезом, увеличением СОЭ. При исследовании цереброспинальной жидкости обнаруживают повышенное ее давление, увеличение количества белка, большое число форменных элементов (лейкоцитов, нейтрофилов и др.). В тяжелых случаях сознание расстроено, больные возбуждены. Температура тела повышена. Указанные выше признаки в той или иной мере наблюдаются при всех формах менингита.

Менингококковый (эпидемический цереброспинальный) менингит

Возбудителем заболевания является менингококк, проникающий в оболочку мозга из носоглотки. Заражение обычно происходит при непосредственной передаче возбудителя инфекции воздушно-капельным путем от больного либо бактерионосителя. Последний, соприкасаясь с больным, может сам не заболеть, но нередко заражает

других. Эпидемии менингита чаще возникают в зимние и весенние месяцы. Заболевают преимущественно дети и подростки, у переболевших вырабатывается стойкий иммунитет. Инкубационный период — 1—2 дня.

Клиническая картина. Начало заболевания острое. Внезапно появляется выраженный озноб, головная боль, тошнота, рвота, значительно повышается температура тела. Общемозговые симптомы быстро нарастают. Расстраивается сознание. Четко выявляются менингеальные симптомы. При исследовании цереброспинальной жидкости обнаруживают значительное увеличение количества клеток и белка, при бактериологическом исследовании выявляют менингококк. Иногда на высоте развития болезни бывают судорожные припадки. Это грозный признак, указывающий на тяжелое течение менингита, который может закончиться летальным исходом. Заболевание продолжается в среднем 3—4 нед, иногда несколько дольше. С появлением в медицинской практике сульфаниламидных препаратов и пенициллина случаи с летальным исходом редки. Необходимо помнить о возможном атипичном течении менингита. При легких формах отмечается незначительное повышение температуры тела; невыраженность менингеальных явлений. В других случаях болезнь носит молниеносный, сверхострый характер (бурное начало, резкий озноб, утрата сознания). Смерть может наступить через несколько часов при нарастающем токсикозе, отеке мозга, остановке дыхания и сердечной деятельности. Септическая форма менингита всегда протекает бурно, характеризуется явлениями интоксикации, геморрагической сыпью на ягодицах, бедрах, голених, веках, склерах. При рецидивирующей форме менингита периоды обострения заболевания повторяются с промежутками между ними от 2 нед до нескольких месяцев. У детей начало болезни проявляется общим беспокойством, резким плачем, судорогами, выбуханием, напряжением переднего (большого) родничка.

Лечение. Чем раньше начато лечение пенициллином, другими антибиотиками и сульфаниламидными препаратами, тем скорее наступает выздоровление и тем меньше бывает осложнений. Применяют пенициллин, натриевую соль которого вводят внутривенно или внутримышечно в тяжелых случаях заболевания до 24 000 000—30 000 000 ЕД через каждые 4 ч на протяжении 10—15 дней. Эффективно использование тетрациклина или эритромицина (внутрь по 250 000 ЕД 4 раза в сутки),

олететрина (внутри по 250 000 ЕД 4—6 раз в день) или сульфадиметоксина (по 0,5 г 2—3 раза в сутки). При лечении антибиотиками назначают нистатин по 1 000 000 ЕД внутри. Для снижения внутричерепного давления назначают маннит по 2 г на 1 кг массы тела внутривенно, фуросемид по 2 мл 2% раствора внутривенно или внутримышечно. Из симптоматических средств применяют анальгезирующие (болеутоляющие). При появлении судорожных припадков назначают хлоралгидрат в клизме, фенобарбитал.

Очень большое значение имеет тщательный уход за больным. Его не следует часто тревожить, так как из-за повышенной чувствительности может наступить возбуждение и даже судорожный припадок. Палаты с такими больными следует размещать вдали от шумных помещений, в них не должно быть чрезмерно яркого света. Пища показана легкая и преимущественно жидкая. Полость рта больного нужно промывать слабым раствором перманганата калия.

Необходимо следить за деятельностью кишечника и мочевого пузыря. Каждый заболевший менингококковым менингитом обязательно должен быть госпитализирован. Больные, перенесшие менингит, должны находиться под систематическим наблюдением врача в течение 1—2 лет.

Профилактика. Включает: раннюю изоляцию больных до момента бактериологического выздоровления, выявление и изоляцию бактерионосителей с санацией у них полости рта, носоглотки, строгий медицинский контроль за детьми, имевшими контакт с больными, санитарно-профилактическую работу с родителями.

Туберкулезный менингит

Эта форма менингита также чаще встречается у детей и подростков. В анамнезе больных имеются указания на перенесенный в прошлом туберкулез легких, бронхиальных желез или других органов.

Клиническая картина. Заболевание развивается постепенно. Первые признаки — головная боль, общее недомогание, слабость, раздражительность, потеря аппетита, повышение температуры тела до 37,2—37,8 °С. В дальнейшем головная боль усиливается. Сон становится тревожным. Кожные покровы бледнеют, появляется тошнота, рвота. Все эти признаки могут отмечаться на протяжении 1—2 нед, затем более отчетливо развивается менингеаль-

ный симптом. Цереброспинальная жидкость прозрачная, желтоватая, слегка опалесцирует, содержит много белка и лимфоцитов. Через 24—48 ч в ней появляется тонкая пленка, в которой иногда обнаруживают микобактерии туберкулеза. Температура тела больного достигает 38—39 °С. Сознание периодически оказывается затемненным. До применения стрептомицина каждый случай туберкулезного менингита считался безнадежным и заканчивался смертью больного.

Лечение. Необходимо проводить в условиях стационара. Применяют стрептомицин (субарахноидально, внутримышечно) в комбинациях с натрия пара-аминосалицилатом (ПАСК-натрий) и его производными и фтивазидом. При раннем распознавании на 7—10-й день заболевания и легком течении болезни лечение можно проводить без субарахноидального введения стрептомицина и ограничиться лишь внутримышечным введением стрептомицина в комбинации с ПАСК и фтивазидом внутрь. Стрептомицин в первые 2 мес вводят ежедневно, затем 3 раза в неделю в сочетании с натрия пара-аминосалицилатом (ПАСК-натрий) и фтивазидом; натрия пара-аминосалицилат назначают в течение 3—6 мес. Применяют также дегидратационную терапию. Стационарное лечение длится 1—1½ года. В дальнейшем больной в течение 2 лет продолжает амбулаторно принимать ПАСК-натрий и фтивазид под наблюдением противотуберкулезного диспансера.

Острый серозный менингит

Серозный менингит может быть первичным (лимфоцитарный хориоменингит, менингит, вызванный вирусами Коксаки и ЕСНО) и вторичным, как осложнение при различных инфекционных заболеваниях (пневмония, корь, тиф, грипп, паротит).

Клиническая картина. Заболевание начинается остро, с сильной головной боли, которая иногда носит приступообразный характер; повышается температура тела, появляется чувство общей разбитости. Вскоре развиваются менингеальные симптомы. Как правило, серозный менингит протекает доброкачественно. В некоторых случаях бывают повторные обострения. Еще реже болезнь принимает тяжелое течение, может развиться внутренняя водянка головного мозга (гидроцефалия). При поясничной пункции жидкость вытекает под большим давлением, она прозрачна,

но в ней содержится увеличенное количество белка и лимфоцитов.

Лечение. Назначаются повторные поясничные пункции, маннит, фуросемид, тиамин, цианокобаламин, внутрь—поливитамины. Учитывая большую контагиозность первичных вирусных менингитов, больного следует госпитализировать. При вторичном менингите необходимо тщательное лечение основного заболевания.

Вторичный гнойный менингит

Гнойный менингит (вторичный) развивается в виде осложнения при гнойных заболеваниях уха, носоглотки и других воспалительных процессах в организме. Микроорганизмы (чаще стафилококк и стрептококк) попадают в мозговые оболочки по кровеносным и лимфатическим путям.

Симптомы заболевания сходны с таковыми при менингококковом менингите.

Лечение. Необходимо ликвидировать гнойный очаг в организме. Применяют пенициллин, стрептомицин, биомицин, другие антибиотики, а также сульфаниламидные препараты. Главной предупредительной мерой является своевременное и радикальное лечение основного заболевания.

Сифилитический менингит

Различают ранние и поздние формы. Первые соответствуют преимущественно вторичному периоду, вторые — третичному периоду сифилиса.

Клиническая картина. Для заболевания характерно постепенное нарастание менингеальных симптомов. Чаще поражаются оболочки основания головного мозга, соответственно в клинической картине отмечаются нарастающие нарушения функций черепных нервов (чаще всего II, III, IV пары). Характерно усиление головных болей в ночное время. Иногда наблюдаются двигательные расстройства: слабость мышц конечностей, неравномерность рефлексов, патологические рефлексы. Для уточнения диагноза большое значение имеют исследования крови и цереброспинальной жидкости на реакцию Вассермана, а также наличие у больного в анамнезе перенесенного сифилиса.

Лечение. Проводят специфическую противосифилитическую и симптоматическую терапию.

ЭНЦЕФАЛИТ

Энцефалит — воспаление головного мозга. Причиной заболевания могут быть различные инфекционные факторы (вирусы, микроорганизмы). Все энцефалиты делятся на первичные и вторичные. К первичным относят Экономо эпидемический летаргический энцефалит, клещевой весенний энцефалит и др., к вторичным — энцефалиты, развивающиеся как осложнения различных инфекционных заболеваний (корь, малярия, пневмония и др.), поствакцинальные энцефалиты.

Экономо эпидемический летаргический энцефалит

Это заболевание получило название эпидемического в связи с тем, что в 1917—1928 гг. наблюдалась эпидемия, охватившая все страны мира. Летаргическим или сонным этот энцефалит назван потому, что одним из основных его симптомов является патологическая сонливость. Различают острую и хроническую стадии энцефалита.

Заболевание, по-видимому, вызывается фильтрующимся вирусом, контагиозность его невелика. Передача возбудителя инфекции происходит воздушно-капельным путем. Поражаются преимущественно мозговой ствол, центральные узлы полушарий большого мозга.

Клиническая картина. В остром периоде у больного повышается температура тела до 38 °С, держится в среднем 15—20 дней, иногда она остается нормальной. В это же время (первая стадия болезни) выявляется резкая сонливость — больные спят почти круглые сутки. Разбуженный больной почти тут же засыпает. В дальнейшем наступают либо упорная бессонница, либо извращение формулы сна: бессонница ночью и сонливость днем. В этот период выявляются расстройства функций ряда черепных нервов, чаще глазодвигательного и отводящего: птоз с одной или обеих сторон (рис. 34) и двоение в глазах. Зрачки бывают различной величины. В некоторых случаях отмечается головокружение. Дыхание становится учащенным. Могут развиваться острые психические расстройства: галлюцинаторные переживания, изменения сознания, возбуждение. Иногда в остром периоде заболевания наблюдается лишь субфебрильная температура тела, которую расценивают как признак затянувшегося гриппа или другого инфекционного заболевания. Спустя несколько месяцев и даже лет наступает вторая стадия болезни,

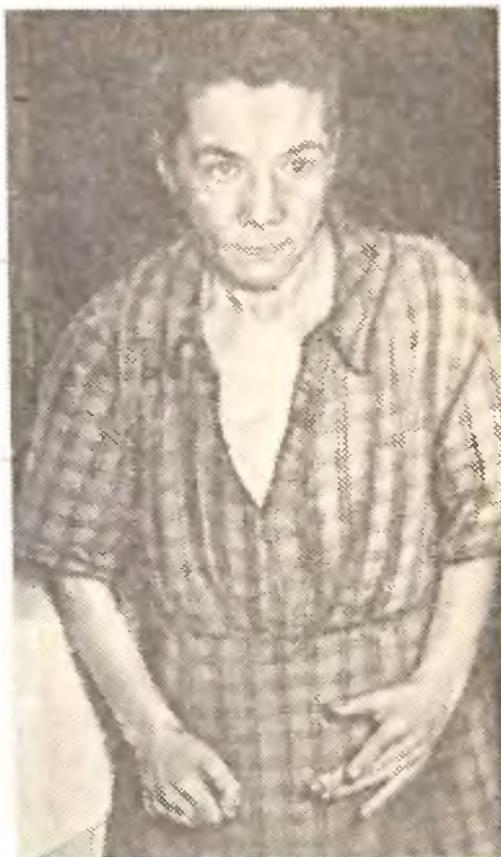


Рис. 34. Двусторонний птоз у больного с Экономо эпидемическим летаргическим энцефалитом.

известная под названием паркинсонизма. Появляются медлительность, малоподвижность, постепенно нарастает мышечный тонус. Мимика становится маловыразительной, лицо маскообразным. Кожа лица сальная. Нарастает бедность движений — больные подолгу сидят, не меняя позы. Поза больных имеет характерный вид: голова свисает, туловище согнуто и наклонено вперед, руки приведены, согнуты в локтях (рис. 35). При ходьбе почти отсутствуют содружественные движения рук. Больные ходят медленно, мелкими шажками. Речь замедленная, тихая. Это так называемая акинетико-ригидная форма паркинсонизма. Наряду с общей скованностью и малоподвижностью у больных часто отмечается насильственное мелкое дрожание пальцев рук, кистей, ног, головы. Нередко наблюдается усиленное слюноотечение. Паркинсонизм может развиваться также при атеросклерозе сосудов мозга. Для этой стадии заболевания характерны психические нарушения в виде вялости, безынициативности, ослабления памяти. Больные назойливы, обращаются с вопросами, просьбами. У детей отмечается замедление психического развития, они неуравновешены, импульсивны, склонны к бродяжничеству, жестоки. Эти изменения личности носят стойкий характер.

Лечение. В остром периоде необходим постельный режим. Внутривенно назначают 40% раствор гексаметилентетрамина по 5 мл с 15 мл 40% раствора глюкозы через день или ежедневно (всего 40—50 инъекций),

Рис. 35. Поза и выражение лица больной паркинсонизмом.



внутри — аскорбиновую кислоту, сульфаниламидные препараты. Внутримышечно вводят сыворотку выздоравливающих или переболевших в возрастающих дозах с 50 до 30 мл с интервалом 3—4 дня, тиамин, аскорбиновую кислоту. При значительной сонливости рекомендуются кофеин, фенамин, при бессоннице — снотворное. Необходимо обильное питье, введение кислорода подкожно.

В хронической стадии в качестве симптоматических средств, снижающих мышечное напряжение и общую скованность, назначают леводопу (L-ДОФА), мадопар, циклодол (ромпаркин) (по 0,005 г 3 раза в день), мидокалм (2 таблетки по 0,05 г 3—4 раза в день). Большим успехом явилось хирургическое лечение паркинсонизма. Стереотаксические операции, при которых избирательно разрушают небольшие участки таламуса (вентролатеральное ядро), мозжечка (зубчатые ядра) и других глубоких структур мозга, нередко дают хороший и стойкий эффект при акинетико-ригидной и гиперкинетических формах паркинсонизма. Лечение препаратом допамина леводопа начинают с дозы 1 г/сут и, постепенно увеличивая дозу, повышают ее до 4—5 г/сут. Применение препарата в таких дозах в течение длительного времени приводит к значительному уменьшению выраженности паркинсонизма. Препарат эффективен при акинетико-ригидной форме.

Клещевой весенний энцефалит

Первые эпидемические вспышки заболевания наблюдались в 30-е годы на Дальнем Востоке. Советские ученые в составе многочисленных научных экспедиций

тщательно изучили характер заболевания, его эпидемиологию. Установлено, что клещевой весенний энцефалит является острым первичным вирусным заболеванием нервной системы.

Болезнь вызывается специфическим вирусом с выраженным нейротропизмом. Переносчиком вируса является клещ, который встречается в лесных районах Дальнего Востока, Сибири, Урала и Европейской части СССР. В весенне-летние месяцы происходит интенсивное размножение клещей, поэтому заражения отмечаются именно в этот сезон. Резервуаром вируса являются грызуны (зайцы, белки) и некоторые птицы. Клещ, сосавшийся крови больных животных, при укусе человека заражает его. Непосредственно от человека к человеку возбудитель этого заболевания не передается. В последние годы установлено, что заболевание встречается и в Европейской части СССР; заражение может произойти и при употреблении сырого молока, молочных продуктов. Инкубационный период — 7—21 день, при пищевом пути передачи инфекции — 4—7.

Клиническая картина. Заболевание начинается остро. Вначале отмечается головная боль, недомогание, слабость, тошнота. Температура тела повышается до 39—40° С и остается на этом уровне в течение 6—10 дней. Наблюдается покраснение лица и зева. Иногда — сыпь на теле. Отмечается катаральное воспаление верхних дыхательных путей, иногда — очаговая пневмония (бронхопневмония). Нарушается сознание, появляются менингеальные симптомы, вялые, атрофические параличи мышц шеи — «свисающая голова» (рис. 36), мышц пояса верхних конечностей (плечевой пояс), рук, сочетающиеся с поражением некоторых ядер черепных нервов. Иногда у больных клещевым весенним энцефалитом развивается кожевниковская эпилепсия: постоянное насильственное подергивание какой-либо группы мышц, которые могут переходить в общий эпилептический припадок.

Лечение. Обязательна госпитализация всех заболевших, строгий постельный режим. Больным ежедневно вводят внутримышечно 5—10 мл специфического гамма-глобулина, эндолюмбально по 5—10 мл сыворотки крови лиц, перенесших это заболевание или по 40—50 мл той же сыворотки внутримышечно в течение 5—6 дней. При показаниях назначают сердечные средства. Вводят внутривенно 40% раствор глюкозы по 20—30 мл ежедневно, подкожно кислород через день. Применяют инъек-

*Рис. 36. Вид больного клещевым
весенним энцефалитом («свисаю-
щая голова»)*



ции тиамина, цианокобаламина, аскорбиновой кислоты, прозерина, дибазола, аденозинтрифосфорной кислоты, галантамина. Показаны общеукрепляющее лечение, тщательный уход. Из физиотерапевтических средств — электрофорез йодида калия, диатермия, лечебная физкультура, массаж.

Профилактика.

Для предупреждения заболевания одним из главных мероприятий является уничтожение клещей. Лица, работающие в местности, где есть опасность заражения, должны защищать открытые участки

тела от укусов клещей. Для этого применяют особые сетки на лицо и шею, используют специальные комбинезоны. Кроме того, применяют смазывание открытых участков тела сильно пахнущими, отпугивающими клещей веществами. В качестве профилактического средства применяют также тканевую вакцину. В местностях с высоким риском заболеваемости предпринимается массовая вакцинация.

Вторичные энцефалиты

Вторичные энцефалиты (параэнцефалиты) являются осложнениями ряда инфекционных болезней (гриппа, скарлатины, кори, паротита, ревматизма), вакцинаций. Наиболее часто они встречаются у детей, особенно в первые годы жизни.

Причины вторичных энцефалитов различны, однако патогенез их схож — несомненно значение в развитии заболевания аллергии. Это выражается в быстром развитии заболевания, отсутствии продромального периода. Процесс в нервной ткани носит диффузный характер.

Клиническая картина. Обычно наблюдаются высокая температура тела и общемозговые расстройства: головная боль, головокружение, тошнота, иногда расстройства сознания, общее беспокойство. В зависимости от преимущественного поражения того или иного отдела головного мозга обнаруживают соответствующие симптомы: при поражении стволовых отделов мозга — расстройства со стороны черепных нервов, при поражении вестибулярных образований — головокружение и упорная тошнота. Могут развиваться параличи, парезы, различные виды афазий. Вторичные энцефалиты могут стать причиной интеллектуального недоразвития у ребенка. У некоторых больных в дальнейшем наблюдаются эпилептиформные припадки.

Поствакцинальные энцефалиты наблюдаются как осложнение после прививок против оспы (между 7-м и 10-м днем после прививки). Встречаются редко. Заболевание начинается остро, протекает бурно с многочисленной неврологической симптоматикой. Варианты течения по тяжести и клинике самые разнообразные.

Лечение. В остром периоде проводят лечение основного инфекционного заболевания. При появлении общемозговых симптомов назначают введение 40% раствора гексаметилентетрамина с глюкозой, витамины группы В. Для борьбы с отеком мозга применяют маннит, фуросемид, раствор сульфата магния. При лечении поствакцинального энцефалита применяют кортикостероиды, антигистаминные препараты, повторные внутримышечные введения 9—12 мл противооспенного гамма-глобулина.

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ АРАХНОИДИТ

Церебральный арахноидит — воспаление мягких мозговых оболочек с преимущественным поражением паутинной мозговой оболочки.

Арахноидит может встречаться при общих (грипп, ревматизм) и местных (тонзиллит, отит, гайморит) инфекциях, травмах головного мозга. Как правило, поражаются определенные участки мозга.

Клиническая картина. Заболевание в большинстве случаев характеризуется постоянной, периодически усиливающейся головной болью, часто распирающего характера, головокружением, иногда пошатыванием при ходьбе. Наблюдаются симптомы раздражения мозговых оболочек, нарушение конвергенции, горизонталь-

ный нистагм, болезненность при давлении в супраорбитальных точках, асимметрия носогубных складок, повышение сухожильных рефлексов, их асимметрия, снижение брюшных рефлексов, иногда патологические рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо, клонусы стоп. На глазном дне обнаруживаются расширение вен, ступенчатость границ дисков зрительных нервов, отек сетчатки. В цереброспинальной жидкости отмечается умеренное увеличение количества белка, давление цереброспинальной жидкости часто бывает повышенным. При арахноидите выпуклой поверхности головного мозга могут возникнуть эпилептические припадки джексоновского типа, арахноидит основания мозга — базальный арахноидит — протекает с поражением зрительных нервов. Оптохиазмальный арахноидит сопровождается снижением зрения, вплоть до слепоты. Арахноидит задней черепной ямки характеризуется нарушением функций мозжечка, поражением тройничного, лицевого, слухового нервов, симптомами повышения внутричерепного давления — приступообразной головной болью, сопровождающейся головокружением, рвотой, ранним появлением застойных явлений на глазном дне.

Лечение. При церебральном арахноидите проводят лечение антибиотиками (пенициллин, тетрациклин, олететрин и др.), внутривенно вводят 40% раствор гексаметилентетрамина с глюкозой, внутримышечно — бийохинол, лидазу, стекловидное тело, при повышении внутричерепного давления внутримышечно — 25% раствор сульфата магния по 7—15 мл, витамины группы В и аскорбиновую кислоту, новурит, глицерин, внутривенно — маннитол, фуросемид. При стойком прогрессирующем снижении зрения, обусловленном оптохиазмальным арахноидитом, а также при фокальных эпилептических припадках проводят оперативное лечение. После острого периода для восстановления нарушенных функций назначают радиоактивные (радоновые) ванны, озокерит, грязелечение, лечебную физкультуру, массаж.

ОСТРЫЙ ПОЛИОМИЕЛИТ. ПОЛИОМИЕЛИТОПОДОБНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Полиомиелит — острое вирусное заболевание ЦНС, ранее носившее эпидемический характер. При остром полиомиелите поражаются различные отделы головного и спинного мозга. Наиболее выраженные изменения от-

мечаются в сером веществе передних рогов спинного мозга (преимущественно в области шейного и поясничного утолщений), реже — в двигательных ядрах ствола мозга, подкорковых образованиях, коре, оболочках. Заболевание наблюдается главным образом у детей в возрасте до 5 лет, преимущественно в летне-осенние месяцы. Инкубационный период 5—14 дней. После перенесенного заболевания остается стойкий иммунитет. В связи с массовой вакцинацией всего детского населения полиомиелит в СССР в настоящее время встречается в единичных случаях.

Этиология. Заболевание вызывается вирусом, который передается больным или носителем возбудителя инфекции. Возбудитель инфекции попадает в организм через пищеварительный тракт либо через дыхательные пути. После проникновения в пищеварительный тракт вирус размножается в кишечном эпителии, откуда проникает в кровь, нервную систему.

Клиническая картина. Ранними симптомами болезни являются озноб, желудочно-кишечные расстройства: понос, запор, рвота. Температура тела повышается до 38—39° С и более. При этом нередко наблюдается двугорбая температурная кривая: первый подъем ее длится 1—4 дня, затем она снижается, держится в пределах нормы 2—4 дня, затем снова повышается. Часто начало заболевания принимают за грипп, ангину, острое желудочно-кишечное заболевание. В этом периоде у больного обнаруживают ригидность затылочных мышц, повышенную чувствительность кожи к болевым раздражителям, повышенную потливость. Иногда картина заболевания ограничивается перечисленными выше симптомами, без развития параличей. Это так называемая апаралитическая (наиболее частая) форма болезни. Бывают случаи, когда повышение температуры тела длится всего несколько часов и остается незамеченным, либо заболевание протекает по типу общей инфекции, без неврологической симптоматики (абортивная форма).

При паралитической форме развиваются параличи, чаще всего нижних конечностей, реже верхних, иногда поражается рука и нога на одной стороне. Наблюдаются параличи периферического типа; тонус мышц резко снижен, отсутствуют сухожильные рефлексy, а спустя несколько недель может развиться атрофия мышц, более выраженная в проксимальных отделах конечностей. Обычно чувствительность не нарушается. Нередко от-

мечается паралич мышц туловища, шеи, лица. Наиболее опасны поражения ядер продолговатого мозга, так называемая бульбоспинальная форма полиомиелита с поражением ряда черепных нервов (XII, X, XI пары), нарушением дыхания и сердечной деятельности.

Через несколько дней после развития параличей начинается восстановление движений в некоторых группах мышц. Это объясняется уменьшением воспалительного отека серого вещества спинного мозга в соседних с основным очагом поражения областях.

В остаточном периоде болезни главными симптомами являются стойкие параличи и атрофии мышц. Иногда развиваются мышечные контрактуры и деформации конечностей, особенно стоп.

Лечение. Полный покой, строгий постельный режим. Обязательна госпитализация каждого заболевшего. В раннем периоде болезни применяют инъекции противокоревой сыворотки, сыворотку крови людей, переболевших полиомиелитом. Делают внутримышечно инъекции крови родителей по 5—10 мл, постепенно увеличивая дозу до 20 мл (всего 25—30 инъекций). В этом же периоде следует применять гамма-глобулин; его вводят в течение 3 дней из расчета 0,5—1 мл/кг. Назначают секуринин, поливитамины. Рекомендуют внутривенно вводить до 20 мл 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой. Кроме того, больным назначают обильное питье, теплые укутывания, световые ванны. Эти мероприятия направлены на усиление потоотделения.

Если больной жалуется на боли, то ему назначают анальгетики, успокаивающие средства: анальгин, амидопирин, бромиды. При расстройстве глотания пищу вводят с помощью питательных клизм. При расстройствах дыхания больному проводят искусственную вентиляцию легких с помощью специальных аппаратов — ДП-1, ДП-2. Для предупреждения осложнений назначают антибиотики.

Уже в раннем восстановительном периоде проводят 2—3 коротких курса (по 20—25 дней с интервалами не менее 40 дней) терапии анаболическими стероидами (метандростенолон, неробол, ретаболил) для улучшения белкового обмена. Применяют диатермию и УВЧ-терапию. Рекомендуют также инъекции прозерина: по 0,3—0,5—1 мл 0,05% раствора в течение 20—30 дней подкожно, а также тиамин, цианокобаламин, внутрь — дибазол по 0,005 г 3 раза в день, аденозинтрифосфорную кислоту, галантамин, глутаминовую кислоту. Через 1—2 нед

приступают к массажу пораженных конечностей и лечебной гимнастике. В указанный период большое значение имеют меры по предупреждению деформаций и контрактур суставов. С этой целью необходимо придавать паретичным конечностям правильное положение. Используется также санаторно-курортное лечение: морские ванны, грязевые аппликации, электростимуляция.

При тяжелых двигательных нарушениях необходимо ортопедическое и хирургическое лечение.

Профилактика. Все заболевшие полиомиелитом должны быть госпитализированы. Помещение, в котором находится больной, необходимо продезинфицировать. В настоящее время в основе профилактики полиомиелита лежит иммунизация всего населения живой вакциной. Вакцина выпускается в форме жидкости или в виде драже.

Полиомиелитоподобные заболевания. По клинической картине напоминают полиомиелит, однако они протекают легче, не оставляют необратимых параличей. Заболевание встречается спорадически, небольшие эпидемические вспышки крайне редки. Болезнь вызывается аденовирусами, вирусами ЕСНО, Коксаки.

МИЕЛИТ

Миелит — воспаление спинного мозга. Заболевание является следствием туберкулеза, тифа, сифилиса, кори, скарлатины, коклюша и различных гнойных воспалений органов малого таза. Первично спинной мозг может поражаться вирусом бешенства и гриппа, в основе патологического процесса лежит образование воспалительного очага, чаще всего в грудном отделе спинного мозга. Очаг захватывает, как правило, весь поперечник спинного мозга (серое и белое вещество), как бы перерезая его на соответствующем уровне.

Клиническая картина. Если очаг располагается в верхних шейных сегментах спинного мозга, развивается спастический паралич всех конечностей. Если же очаг находится в области шейного утолщения, то возникает вялый паралич рук и спастический паралич ног. При поражении грудного отдела наступает спастический паралич нижних конечностей и появляются расстройства функций тазовых органов. Наконец, поражение поясничного утолщения спинного мозга влечет за собой

развитие вялого паралича нижних конечностей. Спинальные параличи сопровождаются следующими расстройствами: происходит задержка или недержание мочи и кала, что может привести к развитию уросепсиса. Чувствительность расстраивается по проводниковому типу, т. е. на всей поверхности тела ниже очага поражения. Трофика тканей резко нарушается, вследствие чего могут развиваться пролежни в области крестца, на ягодицах или нижних конечностях.

Заболевание чаще протекает остро. Восстановление нарушенных функций идет медленно. Постепенное развитие клинической картины требует исключения подозрения на наличие опухолевого процесса в спинном мозге (растущая опухоль медленно сдавливает спинной мозг). Иногда сдавление спинного мозга является следствием заболевания позвоночника, например, туберкулезного спондилита.

Лечение. Назначают строгий постельный режим, больного укладывают на щит. В начале заболевания применяют антибиотики (олететрин, тетрациклин и др.), внутримышечно вводят витамины группы В, подкожно — инъекции прозерина, галантамина, внутрь — дибазол. Для предупреждения пролежней больного необходимо уложить на резиновый круг, следить за чистотой кожи: делать гигиенические ванны, протирать кожу в местах покраснения камфорным спиртом. На простыне не должно быть складок. Нужно периодически менять положение больного на кровати. При задержке мочи производится катетеризация мочевого пузыря. Для избежания инфицирования следует тщательно соблюдать правила антисептики. При невозможности проведения катетеризации прибегают к хирургическому вмешательству — надлобковому свищу мочевого пузыря.

В период обратного развития заболевания применяют физиотерапию (диатермия, электрофорез лидазы), массаж, гимнастику, инъекции прозерина, дибазола, цианокобаламина, секурина, грязевые аппликации, сульфидные (сероводородные) ванны.

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ

Рассеянный склероз — это демиелинизирующее заболевание с множественным мелкоочаговым поражением нервной системы, волнообразным течением.

Заболевание чаще начинается в молодом возрасте (20—30 лет).

Этиология и патогенез окончательно не выяснены. Предполагается, что заболевание носит инфекционно-аллергический характер: на начальных этапах болезни имеет значение вирусная инфекция. В процессе аутоаллергической реакции происходит демиелинизация нервных волокон, в дальнейшем воспаление, микронекрозы нервной ткани, разрастание нейроглии, образование склеротических бляшек.

Клиническая картина. Симптоматика заболевания крайне разнообразна в связи с множественным характером поражения. В начале болезни отмечается постепенная, а иногда внезапная утомляемость, чувство онемения в ногах, дрожание рук, выявляющееся при выполнении пальценосовой пробы. У больных нарушается почерк, затрудняется глотание, особенно жидкой пищи. Частыми симптомами являются нистагм, скандированная речь. Из других признаков болезни нередко наблюдаются спастические парезы ног, иногда односторонние. Брюшные рефлексы часто отсутствуют. Иногда нарушаются функции тазовых органов: задержка мочеиспускания, реже недержание мочи, расстройство дефекации.

Лечение. Основное значение в лечении имеют препараты, подавляющие механизмы аутоаллергии — преднизолон и его аналоги (терапевтическая доза преднизолона 40—80 мг в сутки в два приема; поддерживающая — 5—10 мг). Длительность курса лечения преднизолоном — 1 мес. Необходимо также назначение препаратов, влияющих на белковый и липидный обмен (никотиновая кислота, витамины группы В, аденозинтрифосфорная кислота, церебролизин, алоэ и др.), снижающих проницаемость сосудов (аскорбиновая кислота, рутин). Стимулирующая терапия осуществляется назначением гамма-глобулина, аутогемотерапией. Показаны физиотерапия, массаж, гимнастика.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Что составляет менингеальный симптомокомплекс?
2. Какие анатомические структуры поражаются при основных инфекционных заболеваниях ЦНС?
3. Какова клиника арахноидита в зависимости от очага поражения?
4. Опишите клинические формы полиомиелита.

Вм. 13.00

НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ✓

Нарушения мозгового кровообращения относятся к частым и тяжелым заболеваниям нервной системы. Приблизительно каждый третий больной в неврологическом стационаре страдает именно этой патологией, требующей неотложного лечения.

Выделяют острые нарушения мозгового кровообращения и хроническую недостаточность кровоснабжения мозга. Острые нарушения мозгового кровообращения могут быть преходящими и стойкими — инсульты. Первые из них связаны с недостаточностью кровоснабжения, возникающего при закупорке сосудов мозга, вторые — как с закупоркой сосудов (ишемический инсульт, инфаркт мозга), так и с нарушением целостности стенки кровеносного сосуда, последующим кровоизлиянием (геморрагический инсульт). Кровоизлияние может произойти не только в вещество мозга, но и в подбололочные пространства. Наиболее частой формой последнего является субарахноидальное кровоизлияние, возникающее, как правило, при разрыве артериальной или артериовенозной аневризмы.

Причиной кровоизлияния в мозг чаще всего является гипертоническая болезнь, артериальная гипертензия при заболеваниях почек, желез внутренней секреции. Значительно реже оно наблюдается при церебральном атеросклерозе, аневризме сосудов мозга, болезнях крови. Ишемический инсульт в большинстве случаев развивается при атеросклерозе мозговых артерий, а также при сужении сосудов мозга или магистральных сосудов — сонных и позвоночных артерий шейного отдела позвоночника. Причиной очаговой энцефаломалиции (размягчения) головного мозга может быть недостаточное поступление крови к мозгу, обусловленное различными факторами, вызывающими снижение артериального давления, такими, как инфаркт миокарда, нарушения сердечного ритма, массивные кровотечения. Такое (не на почве образования тромба) размягчение возникает при сочетании снижения артериального давления и сужения просвета магистрального или мозгового сосуда атеросклеротическим процессом. Нарушению мозгового кровообращения нередко предшествует сильное психическое или физическое напряжение, что способствует значительному повышению артериального давления.

ПРЕХОДЯЩИЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Преходящие нарушения мозгового кровообращения наблюдаются чаще, чем инсульты. Они проявляются внезапно возникающими и длящимися от нескольких минут до 24 ч симптомами общего и очагового поражения мозга. Преходящие нарушения мозгового кровообращения возникают в результате спазмов мозговых сосудов (таков механизм развития гипертонических церебральных кризов) или «сосудистой мозговой недостаточности». Предрасполагающим фактором для развития нарушения мозгового кровообращения является стеноз снабжающих мозг сосудов (сонных, позвоночных, внутримозговых артерий). Недостаточность мозгового кровообращения в таких случаях является скрытой и проявляется при снижении артериального давления вследствие инфаркта миокарда, мерцательной аритмии, кровопотери и др. Преходящие нарушения мозгового кровообращения могут быть предвестниками инсульта.

Для гипертонических церебральных кризов характерно преобладание общемозговых симптомов (резкая головная боль, головокружение, тошнота и рвота, оглушенность, психомоторное возбуждение, потеря сознания). Очаговые симптомы зависят от сосуда, в котором произошел спазм, и могут выражаться парестезиями, парезами мышц кисти или пальцев, нижней ветви лицевого нерва, подъязычного нерва, преходящими нарушениями речи в виде сенсорной или моторной афазии.

Преходящие нарушения кровообращения чаще происходят в бассейне позвоночно-основной артерии. Для них характерны головокружение, дизартрия, парезы черепных нервов, кратковременная потеря сознания, нарушение ориентировки.

Лечение. При гипертонических церебральных кризах применяют средства, снижающие артериальное давление: папаверин (2 мл 2% раствора в 10—20 мл 40% раствора глюкозы внутривенно), эуфиллин внутривенно, дибазол (2—3 мл 2% раствора). При преходящих нарушениях мозгового кровообращения, протекающих по типу острой сосудистой мозговой недостаточности, применяют средства, стимулирующие сердечную деятельность (кордиамин, коразол), назначают внутривенно эуфиллин. При повышенной свертываемости крови используют антикоагулянты (гепарин, фенилин).

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Кровоизлияние в головной мозг обычно происходит внезапно, без каких-либо предвестников. Больной падает, нередко теряет сознание, у него развивается коматозное состояние. Лицо и шея становятся багрово-красного цвета с переходом в синюшный. Дыхание редкое, углубленное и часто хриплое. Пульс замедленный, напряженный. Нередко наблюдаются произвольные мочеиспускание и дефекация. Могут быть отдельные судорожные подергивания рук, ног, мышц лица. Все рефлексы отсутствуют. Такое состояние с полной утратой сознания продолжается от нескольких часов до $1\frac{1}{2}$ —2 сут. Обычно чем дольше больной не приходит в сознание, тем тяжелее прогноз. По выходе из комы больной начинает реагировать на окружающее: при обращении к нему приоткрывает глаза, фиксирует взгляд, иногда пытается ответить на вопросы. Дыхание и пульс учащаются. В этот период можно обнаружить симптомы поражения нервной системы: чаще всего слабость мышц рук и ног с повышением мышечного тонуса, асимметрию носогубных складок, симптомы Бабинского, Оппенгейма, реже — расстройство чувствительности на половине тела, нарушение речи. Это позволяет определить область кровоизлияния. Чаще всего оно происходит в области внутренней капсулы.

Во внутренней капсуле скапливаются нервные волокна, соединяющие через спинной мозг двигательную и чувствительную области коры большого мозга с перифе-



Рис. 37. Поза Вернике — Манна у больного с правосторонней гемиплегией.

рией. Двигательный (пирамидный) путь совершает перекрест в продолговатом мозге и нервные волокна из левого полушария направляются к правой половине тела, а из правого полушария — к левой. В результате при кровоизлиянии во внутреннюю капсулу правого полушария отмечается паралич левой половины тела. Если же кровоизлияние произошло в левое полушарие, то, кроме паралича правой руки и ноги, обнаруживаются расстройства речи (дизартрия). Это объясняется тем, что преимущественно в коре левого полушария большого мозга расположены системы, связанные с речевой деятельностью.

Гемипарез — парез мышц одной половины тела — сопровождается снижением тонуса мышц, усилением сухожильных рефлексов, патологическими рефлексамии. При оскале зубов угол рта перетягивается в здоровую сторону. Язык при высывании отклоняется в сторону парализованных конечностей. Болевая чувствительность на стороне паралича снижена. Усиление мышечного тонуса при гемипарезе распределяется неодинаково: в руке преобладает тонус сгибателей, в ноге — разгибателей. В результате этого у больных с гемипарезом отмечается характерная поза: рука приведена к туловищу, согнута в локтевом и лучезапястном суставах, пальцы кисти согнуты в кулак, нога разогнута во всех суставах. Это — так называемая поза Вернике — Манна (рис. 37).

· СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ

В большинстве случаев причиной субарахноидального кровоизлияния является разрыв артериальной или артериовенозной аневризмы. Реже субарахноидальное кровоизлияние обусловлено гипертонической болезнью, атеросклерозом, болезнями крови.

Клиническая картина. Заболевание развивается внезапно. Появляется резкая головная боль, тошнота, рвота. Часто наступает потеря сознания. Нередки психомоторное возбуждение, эпилептиформные припадки. Быстро развивается менингеальный синдром (ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига, Брудзинского и др.). В первые дни заболевания повышается температура тела до 38—39° С. Отмечается повышение сухожильных рефлексов, наличие патологических рефлексов (симптом Бабинского при поражении пирамидных путей и др.). В более тяжелых случаях, протекающих с резким повышением внутричерепного давления,

сухожильные рефлексы резко снижены или не вызываются. Симптомы очагового поражения головного мозга нерезко выражены и нестойки. Решающее значение в диагностике субарахноидального кровоизлияния имеет исследование цереброспинальной жидкости, которая вытекает под повышенным давлением, содержит примесь свежей крови, на 3—5-е сутки становится ксантохромной (желтоватой окраски). Поясничную пункцию производят в положении больного лежа, цереброспинальную жидкость выпускают под прикрытием мандрена, берут не более 10 мл жидкости.

При разрыве аневризмы существует опасность повторного субарахноидального кровоизлияния, которое представляет большую опасность для жизни больного. При подозрении на аневризму производят ангиографию, при подтверждении диагноза — хирургическое вмешательство. Ангиографию с последующим хирургическим лечением желательно провести в первые дни после кровоизлияния.

ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Ишемический инсульт может быть следствием закупорки того или иного сосуда головного мозга в результате тромбоза, эмболии или вследствие поражения (стенотоз, тромбоз) магистральных артерий головы.

Ишемический инсульт чаще развивается у лиц пожилого возраста постепенно, на протяжении нескольких часов. Предвестниками его нередко являются головная боль, головокружение, потемнение в глазах. Признаки очагового поражения головного мозга (гемипарез, нарушение речи и др.) наступают медленно; сознание расстраивается до степени глубокого оглушения, сопора. Артериальное давление понижено. Лицо больного становится бледным.

Эмболия сосудов головного мозга возникает внезапно, как правило, без каких-либо предвестников. Первым признаком эмболии нередко являются судороги мышц одной конечности или половины тела. Эмболия чаще развивается у лиц молодого возраста, страдающих ревматическим поражением сердца (пороки сердца, эндокардит). Артериальное давление при этом бывает нормальным. В результате эмболии возникает гемипарез или монопарез. Воздушная эмболия (попадание воздуха в кровоток) может возникнуть при ранениях крупных сосудов, переливании крови, внутривенном введении лекарственных

ных средств или при выскабливании. Травмы конечностей с нарушением костной ткани могут осложняться жировой эмболией.

ПОРАЖЕНИЕ БАСЕЙНА СОННОЙ И ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИЙ

Напомним, что головной мозг снабжается кровью из системы двух артерий, причем эти артерии осуществляют кровоснабжение определенных отделов. В соответствии с этим характер выявляемой очаговой симптоматики позволяет судить о зоне поражения и соответственно о поражении одного из двух бассейнов кровоснабжения.

При закупорке сонной артерии на участке до вхождения ее в полость черепа (экстракраниально) инфаркт мозга может и не быть, так как наличие артериального круга большого мозга позволяет наладить коллатеральное (окольное) кровообращение из соответствующей артерии другой стороны либо из позвоночных артерий. Закупорка артерии интракраниально сопровождается расстройством сознания, нарушением жизненных функций, так как происходит сдавление ствола мозга. Нередко наступает смерть больного.

Закупорка передней мозговой артерии приводит к спастическому гемипарезу конечностей противоположной стороны, психическим нарушениям по типу «лобного синдрома» — отсутствие критики, нарушение мотивации. Инфаркты в бассейне средней мозговой артерии сопровождаются многообразными расстройствами в двигательной, чувствительной сферах, нарушением высших корковых функций. При этом глубина поражения зависит от того, произошла ли закупорка ствола артерии или ее отдельных ветвей. Клиническая картина зависит и от локализации поражения — локализация в левом полушарии большого мозга сопровождается у праворуких разными формами афазий; в правом полушарии — преимущественно расстройствами чувствительности.

Поражения в бассейне позвоночной артерии сопровождаются системным головокружением, расстройствами зрения, слуха, многообразными вегетативными нарушениями, параличами мышц глотки, гортани, мягкого неба на стороне поражения, мозжечковой атаксией и др.

Нередко приходится дифференцировать кому, связан-

ную с нарушением мозгового кровообращения, от комы иного, в частности, соматогенного происхождения (печеночная, диабетическая и др.). Эта задача облегчается при наличии анамнестических сведений, обнаружении у больного какой-либо медицинской документации, рецептов, тех или иных лекарств — гипотензивных, противодиабетических и др. Основное же значение имеют особенности клинической картины комы. Так, при печеночной коме расстройства сознания нарастают постепенно, им предшествуют явления интоксикации — головная боль, слабость, диспепсические явления (горечь во рту, тошнота и др.). Характерен внешний вид больного — «порхающий» тремор конечностей, желтушность кожных покровов, кровоизлияния на коже и слизистых оболочках. Ощущается своеобразный (затхлый, сладковатый) запах, исходящий изо рта, от пота, мочи больного. Нередки приступы психомоторного возбуждения, отдельные судороги. При диабетической (гипергликемической) коме этапу нарушенного сознания предшествуют ухудшение аппетита, тошнота, жажда, общее обезвоживание кожи и слизистых оболочек, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, снижение артериального давления. Кроме того, у больного отмечаются шумное, глубокое дыхание, заостренные черты лица, мягкие при пальпации глазные яблоки, пониженный мышечный тонус, гипорефлексия, пониженная температура тела. В крови — повышение уровня сахара (гипергликемия), кетоновых тел, в моче — сахар, ацетон. При гипогликемической коме наблюдаются судороги, рвота. Этому состоянию предшествуют страх, тревога, чувство голода, потливость, общая слабость, нередко — возбуждение.

Лечение. Должно начинаться немедленно. На первом этапе, когда еще не установлен характер инсульта, лечение носит общий характер, преследует цель восстановления жизненно важных функций. В остром периоде показан полный покой. Больного необходимо уложить в постель, приподнять голову на подушке. Помещение должно хорошо проветриваться.

Независимо от характера инсульта больным внутривенно вводят 10 мл 2,4% раствора эуфиллина с 10 мл 40% раствора глюкозы. Это снимает спазм сосудов, уменьшает отек мозговой ткани, усиливает коллатеральное кровообращение. Очищается полость рта от слизи, рвотных масс. Компенсация сердечной деятельности достигается внутривенным введением (медленно!) 0,25—

1 мл строфантина, либо коргликона, дигоксина с глюкозой. При выявлении отека мозга, легких вводят внутривенно или внутримышечно мочегонные средства: фуросемид (лазикс) (2 мл 1% раствора), урегит, маннит (200—400 мл 15% раствора). Для восстановления уровня выводимого из организма калия в капельницу добавляют 50 мл 4% раствора хлорида калия или панангина (10 мл). Высокое артериальное давление снижается до привычных для больного цифр. Помимо этих средств, назначаются аминазин (2,5% раствор, 1 мл), дибазол (1—2,5 мл 0,5% и 1% раствора). Применение ганглиоблокаторов (бензогексоний, пентамин) считается нецелесообразным в связи с возможностью развития коллапса. При коллапсе повышение давления достигается внутривенным капельным введением полиглюкина, изотонического раствора хлорида натрия; 5% раствора глюкозы вместе с мезатоном (1% раствор, 1—2 мл), норадреналином (1 мл). Для купирования приступов головной боли, предотвращения рвоты показаны внутримышечные инъекции 25% раствора дипразина (пипольфен). В зависимости от характера инсульта (кровоизлияние либо ишемия) дальнейшее лечение проводят дифференцированно. При ишемических инсультах показаны ксантинола никотинат (компламин) внутримышечно 2 мл 15% раствора, фибринолитические препараты (фибринолизин, стрептокиназа). Антикоагулянты (гепарин, фенилин, синкумар) назначают преимущественно при преходящих нарушениях мозгового кровообращения в связи с опасностью кровотечений. Предпочитают препараты, предотвращающие агрегацию тромбоцитов (дипиридамол, аспирин). При геморрагическом инсульте назначают кровоостанавливающие препараты — аминокaproновая кислота (внутривенно 100 мл в сутки, через 4—6 ч), викасол. При субарахноидальном кровоизлиянии для купирования психомоторного возбуждения назначают нейролептические средства.

С первых же дней после инсульта во избежание появления пролежней, а также развития гипостатической (застойной) пневмонии (воспаление легких) необходимо назначать банки, инъекции пенициллина по 500 000 ЕД каждые 4 ч, время от времени осторожно менять положение больного в постели. Нельзя разрешать больному самостоятельно менять положение в постели, напрягаться. Очень важно предупреждение пролежней. Пища в первые дни после инсульта должна быть только жидкой.

Если больной плохо глотает, кормить его нужно осторожно, медленно и маленькими порциями, так как возможно поперхивание и даже попадание пищи в дыхательные пути с развитием воспалительных явлений в легких.

Через 7—10 дней, по миновании острых явлений, назначают препараты йода, мидокалм, цианокобаламин, инъекции церебролизина, легкий массаж парализованных конечностей; приступают к пассивным движениям в суставах пораженных конечностей. При этом нельзя утомлять больного.

Пища должна быть легкой, преимущественно молочно-растительной, с ограничением жидкости. Категорически противопоказаны спиртные напитки, крепкий чай, кофе, курение. Через 3—4 нед при улучшении состояния больному можно разрешить садиться в постели, постепенно увеличивая время пребывания в вертикальном положении. Лечение последствий кровоизлияний сводится в основном к применению восстановительной терапии: массаж, пассивная и активная гимнастика, электрофорез йода по методу Бургиньона (15—20 сеансов на курс). Применяют и хирургические методы лечения инсультов.

Профилактика. Достигается прежде всего адекватным лечением основного заболевания — гипертонической болезни, атеросклероза, заболеваний сердца, шейного остеохондроза, врожденных и приобретенных аномалий сосудов головного мозга. Крайне важно исключение неблагоприятных факторов, ухудшающих состояние — физическое и психическое перенапряжение, травмы головы, алкоголизация, курение. Профилактика этих нарушений у детей тесно связана с предупреждением родовых травм новорожденных, аномалий развития.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Как развивается клиническая картина ишемического инсульта?
2. Как развивается клиническая картина геморрагического инсульта?
3. Что вкладывают в понятие преходящих нарушений мозгового кровообращения?
4. Каковы особенности клинической картины при нарушении мозгового кровообращения в бассейнах сонной и позвоночной артерий?
5. Какова основная тактика при лечении нарушений мозгового кровообращения?

ОБЪЕМНЫЕ ПРОЦЕССЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

К объемным процессам ЦНС относят опухоли, абсцесс, паразитарные заболевания мозга. В тех случаях, когда процесс локализуется внутри черепа, выявляющиеся расстройства объединяются в три основные группы симптомов: 1) повышения внутричерепного давления; 2) смещения мозга; 3) очаговые симптомы.

Первые две группы расстройств составляют общемозговой синдром. Повышение внутричерепного давления связано с нарушением проходимости путей циркуляции цереброспинальной жидкости, смещения мозга — с перераспределением внутричерепного давления в пространствах, разграниченных образованиями твердой оболочки. Это смещение может сопровождаться ущемлением вещества мозга, например мозжечка в большом затылочном отверстии. Очаговые симптомы обусловлены раздражением той или иной области мозга и, как правило, предшествуют общемозговым; по их характеру можно судить о локализации очага. Однако существуют и «немые зоны», не связанные с важными функциями; в этих случаях очаговые симптомы могут и не выявляться. Болезнь проявляется общемозговой симптоматикой — головной болью, рвотой и т. д.

ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Опухоль может развиваться в любой области головного мозга. Она обнаруживается в белом веществе полушарий большого мозга и в мозжечке. По гистологическому строению опухоли головного мозга весьма разнообразны. Большой вклад в учение о строении опухолей внес Л. И. Смирнов. По его наблюдениям, чаще встречаются опухоли ЦНС, происходящие из клеток нейроглии — глиомы. Опухоли головного мозга с медленным ограниченным ростом являются доброкачественными; обладающие инфильтративным ростом — злокачественными.

Клиническая картина. Основным общемозговым симптомом является головная боль, часто сопровождающаяся рвотой. Рвота нередко возникает натощак. Чаще она совпадает с усилением головной боли. Общемозговым симптомом являются и застойные соски (диски) зрительных нервов. В дальнейшем изменения в

тельных нервах могут привести к различной степени атрофии, что ведет к ослаблению зрения, вплоть до ной слепоты.

Рентгенографическое исследование при опухолях головного мозга иногда позволяет выявить признаки повышения внутричерепного давления: так называемые пальцевые вдавления, истончение черепных костей, усиление сосудистого рисунка, расхождение швов, увеличение размера и расширение входа турецкого седла. Важное диагностическое значение имеют такие общемозговые симптомы, как головокружение, психические нарушения, судорожные припадки, изменения цереброспинальной жидкости.

В зависимости от места расположения опухоли в мозге обнаруживают соответствующие очаговые симптомы. Так, например, при локализации опухоли в мозжечке отмечается «мозжечковая походка», в затылочной доле — различные расстройства зрения. Опухоли другой локализации вызывают парезы, параличи, расстройства речи, нарушения функции черепных нервов и т. д. Очаговые симптомы имеют важное значение для определения места расположения опухоли в головном мозге и решения вопроса о хирургическом вмешательстве. При обнаружении общемозговых симптомов необходимо срочное обследование у невропатолога, так как чем раньше распознана опухоль, тем лучше прогноз при хирургическом лечении. Большую помощь в распознавании опухоли головного мозга оказывают электроэнцефалография, эхоэнцефалография (ультразвуковая эхография), ангиография (рентгенологическое исследование сосудов мозга после введения контрастного вещества) и особенно компьютерная томография. Опухоли головного мозга нередко вызывают отклонения со стороны психики: вялость, апатия, ослабление памяти, повышенная сонливость, оглушенность. Частым симптомом являются эпилептиформные припадки. У некоторых больных замедляется пульс. Течение болезни в основном зависит от характера опухоли. При злокачественных опухолях заболевание развивается быстро, при доброкачественных медленно растущих опухолях отмечается постепенное нарастание симптомов.

Лечение. Хирургическое вмешательство — единственный радикальный метод лечения. В случаях, когда опухоль по своему расположению недоступна для хирургического лечения, при наличии метастазов делают операцию с целью уменьшения давления цереброспинальной жид-



кости и облегчения состояния больного. Применяют и симптоматическое лечение: дегидратационные средства (маннит, сульфат магния, фуросемид, меркузал), анальгетики, при судорожных припадках — фенobarбитал, гексамидия и др. При некоторых опухолях, например при аденоме гипофиза, положительные результаты дает рентгенотерапия.

— опухоли спинного мозга

Опухоли спинного мозга делятся на первичные, развивающиеся из тканевых элементов спинного мозга, его корешков и оболочек, и вторичные (метастатические). Первичные опухоли бывают обычно доброкачественными. Различают опухоли интрамедуллярные, развивающиеся из вещества мозга и располагающиеся внутри спинного мозга, и экстремедуллярные, образующиеся из мозговых оболочек, корешков и локализующиеся вне спинного мозга. Значительно чаще встречаются экстремедуллярные опухоли. Уменьшая свободное пространство позвоночного канала, опухоль спинного мозга вызывает напряжение мозговых оболочек и корешков, нарушает крово- и лимфообращение и циркуляцию цереброспинальной жидкости, сдавливает спинной мозг. При росте экстремедуллярной опухоли может развиваться синдром частичного, а затем полного поперечного поражения спинного мозга. Начальными симптомами экстремедуллярной опухоли являются боли опоясывающего характера («корешковые боли»).

При подозрении на опухоль спинного мозга рекомендуется произвести исследование цереброспинальной жидкости. Спинномозговая жидкость прозрачная, бесцветна или ксантохромна, в ней значительно повышено содержание белка при нормальном количестве клеток, т. е. имеется картина резкой белково-клеточной диссоциации, свидетельствующей о блокаде субарахноидального пространства спинного мозга, которая препятствует циркуляции цереброспинальной жидкости. Для выявления блокады и определения степени ее выраженности применяют ликвородинамические пробы Квеккенштедта и Стукея. При поясничной пункции после измерения давления цереброспинальной жидкости, не отсоединяя манометр, производят сдавление яремных вен на шее. Возникающий при этом венозный застой при отсутствии блокады субарахноидального пространства сопровождается повышением давления цереброспинальной жидкости. При наличии частич-

ной или полной блокады давление повышается незначительно или совсем не меняется (положительная проба Квекенштедта). При сдавлении во время поясничной пункции брюшных вен в течение нескольких секунд путем надавливания на подчрестье (эпигастральную область) в норме давление цереброспинальной жидкости повышается (положительная проба Стукея). Перед оперативным вмешательством для определения уровня поражения применяется миелография. Рентгеноконтрастное вещество вводят в субарахноидальное пространство спинного мозга, после чего производят рентгенографию позвоночника.

В зависимости от уровня расположения опухоли обнаруживается соответствующая симптоматика. Так, если опухоль локализуется на уровне шейного утолщения или несколько выше, парезы наблюдаются и в руках, и в ногах, граница нарушения чувствительности соответствует верхней границе опухоли. При локализации опухоли на уровне IV шейного сегмента у больного может наступить расстройство дыхания (место выхода диафрагмального нерва). При расположении опухоли на уровне средних грудных сегментов спинного мозга (наиболее частая локализация опухолей спинного мозга) наблюдаются опоясывающие боли в грудной клетке, нижний центральный (спастический) парализ (или параплегия), расстройство чувствительности ниже уровня поражения, нарушения мочеиспускания. При локализации опухоли в поясничных и крестцовых отделах развиваются периферический (вялый) парез или паралич ног, недержание мочи.

Вторичные опухоли являются метастазами злокачественных опухолей, чаще всего рака, или прорастают в позвоночный канал из окружающих позвоночник областей. Чаще дают метастазы в позвоночник опухоли молочных желез, легких, желудка, предстательной железы.

Лечение. Опухоли спинного мозга подлежат хирургическому лечению. Результаты лечения тем лучше, чем раньше произведена операция. Больным, перенесшим операцию по поводу злокачественной опухоли, проводят рентгенотерапию. В послеоперационном периоде применяют массаж, лечебную физкультуру, симптоматическое лечение.

~ АБСЦЕСС ГОЛОВНОГО МОЗГА

Абсцесс развивается при попадании микроорганизмов в мозговую ткань. Это может произойти при открытом ранении черепа и последующем загрязнении раны (трав-

матический абсцесс). Абсцесс височной доли мозга может быть осложнением гнойного воспаления в среднем ухе (отогенный абсцесс) и околоносовых пазухах. Выделяют абсцессы мозга, возникновение которых связано с переносом возбудителя инфекции током крови из гнойного воспалительного очага во внутренних органах (метастатический абсцесс). Чаще метастатические абсцессы наблюдаются при гнойных заболеваниях легких.

Клиническая картина. Клинические проявления абсцесса мозга зависят от его размера, быстроты развития и от места расположения в мозге. При этом могут наблюдаться головная боль, головокружение, тошнота, общее недомогание, сонливость, брадикардия, изменения глазного дна, лейкоцитоз в крови, повышенная СОЭ. Очаговые симптомы определяются в зависимости от локализации абсцесса. Обнаружение этих симптомов при наличии гнойных процессов в организме вызывает подозрение на абсцесс головного мозга.

Лечение. Показано хирургическое вмешательство с последующим применением антибиотиков и сульфаниламидных препаратов.

✓ ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Наиболее частыми паразитарными заболеваниями головного мозга являются цистицеркоз, эхинококкоз и токсоплазмоз.

Цистицерк представляет собой раннюю стадию развития свиного цепня — финну. Заболевание возникает при попадании яиц гельминтов с загрязненной пищей в пищеварительный тракт. Личинки из кровяного русла могут попасть в мозговую ткань. Обычно образуются множественные очаги поражения головного мозга цистицерками.

Проявления заболевания очень разнообразны, что обусловлено множественностью очагов в мозге и различным их расположением. Симптоматика напоминает такую при опухолях мозга. Нередко наблюдаются судорожные припадки.

Лечение. Симптоматическое, иногда хирургическое.

Эхинококкоз головного и спинного мозга — редкое заболевание, возникающее при проникновении в мозг зародыша небольшого ленточного гельминта — *Taenia echinococcus*, который проходит в нем стадию финны.

Ленточная форма эхиноккока живет в кишечнике собак и волков. Человек заражается при контакте с больной собакой, употреблении сырой воды из природных водоемов, немых ягод. Оболочка яиц, попавших в желудок человека, разрушается; освободившиеся зародыши проникают в кровеносные и лимфатические сосуды пищеварительного тракта. Током крови они заносятся в различные органы, чаще в печень и легкие. В тканях органов зародыш превращается в пузырьную форму (финну).

Характерно сочетание симптомов повышенного внутричерепного давления с очаговыми. Могут наблюдаться судорожные припадки, парезы. При эхинококкозе спинного мозга отмечаются те же симптомы, что и при опухолях.

Установлению правильного диагноза способствует наличие эхиноккока в других органах (печени, легких), положительная реакция латекс-агглютинации в крови. При применении с целью уточнения диагноза внутрикожной аллергической пробы (проба Касони) часто наблюдается общая аллергическая реакция организма.

Лечение. Хирургическое: удаление эхинококкового пузыря.

Токсоплазмозом заболевают при попадании в организм человека паразита *Toxoplasma gondii*, что наблюдается при употреблении мяса и молока зараженных животных или при контакте с больными животными (через слюну), это приводит к поражению различных органов и систем: миокарда (мышца сердца), легких, печени, лимфатической системы. Возможно внутриутробное заражение в результате прохождения паразита через плаценту. Часто при токсоплазмозе поражается нервная система: токсоплазмозный церебральный арахноидит, энцефалит, энцефаломиелит. При токсоплазмозном церебральном арахноидите наиболее часто встречаются гипертензивный синдром и судорожные припадки. Одним из проявлений токсоплазмозного энцефалита является гипоталамический синдром. Решающее значение в диагностике заболевания принадлежит лабораторным иммунологическим исследованиям: реакциям связывания комплемента, иммунофлюоресценции, непрямой гемагглютинации, внутрикожной аллергической пробе с токсоплазмином.

Лечение. Назначают хлоридин (по 0,025 г 2 раза в день), сульфадимезин (по 1 г 2 раза в день) — 3 цикла по 5 дней через каждые 2 нед. Проводят 3—4 курса лечения с интервалом 1¹/₂ месяца.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Что понимают под общемозговым синдромом?
2. Какими параклиническими методами исследования можно выявить гипертензивный синдром?
3. Какова симптоматика абсцесса мозга?
4. Назовите симптомы полного поперечного поражения спинного мозга в шейном отделе.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

ТРАВМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В связи с индустриализацией, развитием транспорта отмечается рост травм, в частности, черепно-мозговых. Последствия этой неблагоприятной современной тенденции сказываются на здоровье населения, определяют существенные материально-экономические потери. Поэтому очень важной является деятельность среднего медицинского персонала по профилактике травматизма, тем более что в ряде случаев (в сельской местности, на предприятиях) медицинская сестра, фельдшер непосредственно отвечают за решение этой задачи. Эта деятельность многообразна: санитарно-просветительная работа, охрана труда, контроль за соблюдением техники безопасности.

Различают открытые и закрытые травмы головного мозга. Открытые травмы сопровождаются нарушением целостности костей черепа, повреждением твердой мозговой оболочки, вещества мозга. Закрытые травмы подразделяют на сотрясение, контузию (ушиб) и контузию головного мозга со сдавлением. При сотрясении головного мозга клиника исчерпывается общемозговыми расстройствами; при контузии имеет место и очаговая симптоматика. Контузии головного мозга со сдавлением являются тяжелыми травмами с общемозговой, очаговой симптоматикой, расстройствами жизненно важных функций в связи с поражением ствола мозга, подкорковых образований.

Повреждение мозга обусловлено в первую очередь воздействием механического фактора как на месте удара, так и по механизму «противоудара» — у противоположной стенки черепа, куда смещается в момент удара мозг. Мозговая ткань может повреждаться и о край твердой

мозговой оболочки. Кроме того, повреждения мозга связаны и со смещением одних его частей по отношению к другим. В патогенезе травмы важная роль принадлежит и возникающим циркуляторным расстройствам — повышение внутричерепного давления, ишемия, разрыв сосудов мозга.

Сотрясение головного мозга

Это наиболее частая форма черепно-мозговой травмы. Условно выделяют легкую, средней тяжести и тяжелую формы сотрясения мозга.

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а. Основным проявлением сотрясения мозга является потеря сознания. Лицо пострадавшего становится бледным, дыхание и пульс замедляются, артериальное давление понижается. Зрачки расширены, вяло или совсем не реагируют на свет. Сухожильные рефлексы не вызываются. В этот же период, как правило, наблюдается повторная рвота (второй основной признак). Чем тяжелее травма, тем длительнее и глубже расстраивается сознание. Потеря сознания сроком более 12 ч считается признаком более тяжелого поражения — контузии головного мозга. Сознание постепенно проясняется, затем полностью восстанавливается. В этот период обнаруживается третий существенный симптом сотрясения мозга — ретроградная амнезия, т. е. выпадение из памяти событий, которые предшествовали расстройству сознания. В ближайшие дни после сотрясения мозга могут наблюдаться головная боль, головокружение, тошнота, общая слабость, утомляемость, неустойчивость настроения, нистагм, менингеальные симптомы, субфебрильная температура, общая или местная (кисти рук, стопы) потливость. Постепенно все указанные расстройства исчезают. При легкой степени сотрясения через 2—3 нед наступает выздоровление, в тяжелых случаях заболевание длится 3—5 мес.

Контузия головного мозга

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а. При контузии всегда отмечается более тяжелое общее состояние, так как, кроме общемозговых, имеются и очаговые расстройства, указывающие на повреждение того или иного участка мозгового вещества. Иногда развивается субарахноидальное кровоизлияние. Очаговые поражения мозга дают стойкие рас-

стройства различных функций, а иногда приводят к травматической эпилепсии. В области поражения может развиваться рубец, который обуславливает эпилептические припадки. Часто в патологический процесс вовлекаются оболочки мозга.

Контузией головного мозга всегда сопровождаются открытые травмы черепа. Перелом костей свода черепа характеризуется как перечисленной неврологической симптоматикой, так и изменениями тканей в области травмы: нарушение целостности кости, что может быть выявлено визуально, при пальпации, рентгенологически. Основными симптомами перелома основания черепа являются: кровотечение из полости черепа в носоглотку, в периорбитальную ткань («симптом очков»), кровотечение из уха, истечение спинномозговой жидкости из носа (усиление при наклоне головы вперед).

Контузия головного мозга со сдавлением

Клиническая картина. Сдавление головного мозга представляет значительную опасность в ранние сроки после травмы. Оно чаще всего обусловлено кровоизлиянием (гематомой), возникающим в связи с ранением артерий, мозговых вен, венозных синусов. Различают эпидуральные, субдуральные и субарахноидальные кровоизлияния. Диагноз сдавления головного мозга ставят на основании нарастания общемозговых симптомов (рвота, брадикардия, стойкие соски зрительных нервов, глубокая кома) и очаговых (гемипарезы, афазия и др.). При субарахноидальном кровоизлиянии наблюдаются выраженные менингеальные явления (ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига), примесь крови в цереброспинальной жидкости, психомоторное возбуждение. Труднее диагностировать эпидуральную и субдуральную гематомы. В цереброспинальной жидкости кровь может отсутствовать, при субдуральной гематоме цереброспинальная жидкость бывает ксантохромной. Для диагностики важна эхоэнцефалография.

Лечение. Объем лечения определяется тяжестью, характером расстройств. При тяжелой черепно-мозговой травме больной нуждается в проведении реанимационных мероприятий по восстановлению жизненно важных функций: нормализация дыхания, борьба с травматическим шоком, нарушениями мозгового кровообращения. Жизнь

больного нередко зависит от организованной работы медицинского, в частности среднего, персонала, четкого знания круга своих обязанностей — контроль за дыханием, сердечно-сосудистой деятельностью, фиксация изменений в состоянии больного, немедленное оповещение о них врача, выполнение лечебных манипуляций. В определенных критических ситуациях возникает необходимость и самостоятельного выполнения фельдшером, медицинской сестрой всего комплекса реанимационных мероприятий.

Интенсивная терапия должна быть начата уже на этапе транспортировки и немедленно — в стационаре: остановка кровотечения из раны, удаление слизи, крови, рвотных масс из полости рта, носоглотки (тампоном, отсосом), предупреждение западения языка. Транспортировка больного осуществляется в специально оборудованном транспорте, в положении больного лежа на боку (во избежание аспирации рвотных масс, крови). Одновременно восполняют кровопотерю внутривенным капельным введением 5% раствора аминокaproновой кислоты (100 мл), полиглюкина, крови, плазмы. При шоке, коллапсе вводят стимуляторы ЦНС (кордиамин и др.), адреномиметические средства (мезатон, эфедрин). Отек мозга снимается введением диуретических средств (лазикс — 2 мл 1% раствора — 2—4 раза в день, урегит, маннит), глюкокортикоидов (гидрокортизон, преднизолон). В ряде случаев осуществляется общая гипотермия, гипербарическая оксигенация для приспособления мозга к имеющейся гипоксии.

Легкие сотрясения головного мозга компенсируются соблюдением постельного режима, симптоматическим лечением головной боли, бессонницы, рвоты (аминазин, дипразин), иногда назначением указанных диуретических средств. При более тяжелых сотрясениях головного мозга, его ушибах, помимо симптоматической, проводят также и активную дегидратационную терапию глюкокортикоидами, диуретическими средствами. Не следует применять для этой цели гипертонические растворы, сульфат магния в связи с их обратным вторичным эффектом. По показаниям (возбуждение) применяются транквилизаторы, нейролептические средства (седуксен, аминазин и др.). При подозрении на внутричерепную гематому эти препараты противопоказаны. При эпидуральной и субдуральной гематомах необходимо срочное оперативное вмешательство: трепанация черепа, удаление гематомы и

перевязка кровоточащего сосуда. При субарахноидальном кровоизлиянии лечение консервативное, применяются препараты, снижающие внутричерепное давление, кровоостанавливающие средства, показаны повторные поясничные пункции.

Срок пребывания на постельном режиме составляет в среднем 10—20 дней. Следует подчеркнуть, что этот срок, как и длительность госпитализации, крайне индивидуальный. Более того, считается нецелесообразной неоправданно длительная адинамия, которая может способствовать развитию ряда осложнений: пролежни, гипостатическая пневмония, атония кишечника и др. По мере нормализации состояния больной постепенно вовлекается в трудовые процессы, назначается физиотерапия, лечебная физкультура, бальнеопроцедуры.

Осложнения травм черепа

Вероятность осложнений и их выраженность прямо пропорциональны тяжести перенесенной травмы, возможных дополнительных вредных воздействий в последующем (соматические заболевания, нарушения режима, нерегулярное лечение, алкоголизация и др.). Наиболее частыми осложнениями раннего периода являются различные острые психозы (преимущественно в форме делирия). Заболевания, как правило, развиваются у лиц, склонных к злоупотреблению алкоголем. Клиническая картина психоза в целом соответствует таковой при алкогольном делирии. Проникающее ранение черепа может осложняться вторичным гнойным менингитом (см. в соответствующем разделе).

Осложнения отдаленного периода крайне разнообразны. Они могут проявляться легкими расстройствами (головная боль, утомляемость и др., по типу церебрастении, стойкими изменениями характера преимущественно по возбудимому типу, разнообразными вегетативными нарушениями. Перечисленный комплекс расстройств характеризует собой травматическую энцефалопатию. При травматическом слабоумии выявляются грубые расстройства памяти, благодушие, гневливость. Могут выявляться и разнообразные неврологические расстройства: спастические моно- и гемипарезы, нарушения статики, координации; травматическая эпилепсия, травматический церебральный арахноидит. Лечение больных с остаточными явлениями травм черепа проводится с учетом преобладаю-

щего характера расстройств. Трудоспособность решается индивидуально в зависимости от характера и выраженности последствий травмы.

Травмы головного мозга в детском возрасте

Травматические поражения головного мозга занимают первое место среди всех травм детского возраста. При этом наиболее часты они в дошкольном и препубертатном (младшем школьном) возрастах (6—12 лет). Три из четырех травм приходится на долю мальчиков. Чуть меньше половины травм у детей связаны с транспортом, каждая третья травма — с падением. Травматизм является одной из основных причин детской смертности.

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а. Симптоматика травм головного мозга в целом не отличается от таковой у взрослых. Анатомо-физиологические особенности нервной системы детей (эластичность сосудов, более развитая связь между ними, большая емкость черепа за счет меньшей массы мозга и др.) способствуют тому, что остаточная неврологическая симптоматика встречается у них реже, чем у взрослых. И вместе с тем, травмы головного мозга, особенно повторные, являются одной из частых причин стойких изменений психики ребенка — так называемых психопатоподобных состояний, расстройств поведения, школьной неуспеваемости.

ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Закрытые травмы позвоночника делят на неосложненные и осложненные (с нарушениями функций спинного мозга). Последние составляют около четверти от всех переломов позвоночника. Клиническая картина в этих случаях зависит как от характера повреждения спинного мозга, так и от локализации перелома.

При сотрясении спинного мозга наблюдаются легкий отек вещества мозга и мягких мозговых оболочек и отдельные точечные кровоизлияния, преимущественно в сером веществе. В момент травмы у больного появляется слабость в ногах. В тяжелых случаях сотрясения спинного мозга могут наблюдаться тетра- или параплегия (в зависимости от уровня поражения), кратковременная задержка мочи, снижение или отсутствие коленных и ахил-

ловых рефлексов, легкие нарушения чувствительности. В ближайшие дни после травмы указанные изменения подвергаются обратному развитию. Полное восстановление функций наступает через 1—2 нед после травмы.

Контузия спинного мозга сопровождается выраженными изменениями: некрозом отдельных его участков, размягчениями, кровоизлияниями. Наблюдаются грубые нарушения функции спинного мозга в виде параличей, расстройств чувствительности, тазовых расстройств. Восстановление нарушенных функций идет медленно. После ушиба спинного мозга длительно наблюдаются симптомы органического поражения: расстройства чувствительности, парезы с повышением, а иногда и с понижением сухожильных рефлексов, патологические рефлексy.

Кровоизлияние в вещество спинного мозга называется гематомиелией (hematomyelia), в оболочки спинного мозга — гематоррахисом (hematorrhachis). Чаще гематомиелия происходит в области центрального канала и заднего рога. Наблюдаются сегментарные расстройства чувствительности диссоциированного типа (нарушение болевой и температурной чувствительности при сохранности проприоцептивной и отчасти тактильной). Распространение кровоизлияния в передние рога вызывает вялые параличи и парезы. Симптомы поражения спинного мозга при гематомиелии, развившись остро, могут подвергаться обратному развитию.

При гематоррахисе кровь может изливаться как кнутри (субдуральные и субарахноидальные кровоизлияния), так и кнаружи (эпидуральные кровоизлияния) от твердой мозговой оболочки. Характерен светлый промежуток от момента травмы до развития выраженных клинических симптомов, который длится от нескольких минут до нескольких часов. При субарахноидальном кровоизлиянии наблюдаются оболочечные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского), корешковые боли, наличие крови в цереброспинальной жидкости. Основными симптомами эпидурального кровоизлияния являются опоясывающие (корешковые) боли в сочетании с проводниковыми нарушениями функций.

При переломах позвоночника, вывихе позвонков может наступить анатомический перерыв спинного мозга, для которого характерны параличи, полная анестезия ниже уровня поражения, быстрое развитие грубых трофических расстройств (пролежни, отеки конечностей), упорная задержка мочи, в случаях одностороннего сдавления

спинного мозга развивается синдром Броун-Секара (синдром поражения половины поперечника спинного мозга). Иногда вывих или перелом позвонка сопровождается очень легкими симптомами поражения спинного мозга и обнаруживается только на рентгенограмме. Грозными осложнениями травматического поражения спинного мозга являются пролежни, трофические язвы, пиелонефрит, сепсис. Важное диагностическое значение при травмах спинного мозга имеют рентгенография позвоночника и поясничная пункция с исследованием цереброспинальной жидкости.

Лечение. В первую очередь необходимо обеспечить иммобилизацию позвоночника. Транспортировка больного в стационар осуществляется только на щите или жестких носилках в положении на животе или спине. При переломе позвоночника и сдавлении спинного мозга необходимо раннее хирургическое вмешательство — ламинэктомия с последующим вправлением и фиксацией позвонков (скелетное вытяжение). Медикаментозная терапия заключается в назначении болеутоляющих (анальгин, промедол и др.), противовоспалительных (антибиотики), дегидратирующих, десенсибилизирующих и кровоостанавливающих средств. При задержке мочеиспускания производят катетеризацию мочевого пузыря 3—4 раза в сутки, иногда при наличии показаний устанавливают постоянный катетер. В последнее время применяют электростимуляцию мочевого пузыря. В связи с затруднениями акта дефекации назначают очистительные и сифонные клизмы. При пролежнях проводят ультрафиолетовое облучение, накладывают повязки с облепиховым маслом, мазью Вишневского, рыбьим жиром и др. В восстановительном периоде назначают физиотерапевтические процедуры, массаж, лечебную физкультуру, инъекции витаминов В₁, В₆, В₁₂, прозерина, лидазы. После выписки из стационара рекомендуется санаторно-курортное лечение (Евпатория, Кемери, Саки).

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Какие психические расстройства могут иметь место при травмах головного мозга?
2. В чем сходство и различие между сотрясением и контузией головного мозга?
3. Назовите осложнения травм головного мозга.
4. В чем специфика травм черепа у детей?

НАСЛЕДСТВЕННО-ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩИЕ БОЛЕЗНИ НЕРВНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ. ХРОМОСОМНЫЕ СИНДРОМЫ

В данный раздел включен ряд заболеваний, в том числе и наследственные болезни нервно-мышечной системы, а также поражения нервной системы при хромосомных заболеваниях; характерным признаком для них является хроническое прогрессирующее течение.

НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Прогрессирующая миопатия (прогрессирующая мышечная дистрофия). Это заболевание является наследственно-дегенеративным, развивается в результате нарушения деятельности ферментов (участвующих главным образом в углеводном обмене), что приводит к поражению скелетной мускулатуры. Кроме того, ввиду поражения гипоталамо-гипофизарной системы нарушается вегетативная иннервация. Болезнь начинается в детском или подростковом возрасте и медленно прогрессирует.

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а. Нарастающая атрофия мышц постепенно приводит к нарушению движений, вплоть до полной невозможности самостоятельно передвигаться. Отмечается ложная гипертрофия мышц, они увеличиваются в объеме за счет замещения гибнущих мышечных волокон жировой тканью. Чаще страдают мышцы проксимальных отделов конечностей. У больных расстраивается походка: во время ходьбы туловище раскачивается в стороны — «утиная походка», затрудняется бег, ходьба по лестнице, появляется быстрая утомляемость при движениях. Сухожильные рефлексy совсем отсутствуют или резко ослаблены, что обусловлено атрофией соответствующих мышц. Ввиду слабости мышц туловища у больного в положении стоя отмечается выпяченный живот, выраженное прогибание позвоночника (рис. 38). Атрофия дельтовидных мышц и мышц лопаток приводит к тому, что плечи у больных опущены, лопатки отходят от туловища (крыловидные лопатки). В далеко зашедших случаях больные не могут самостоятельно встать или же делают это с большими усилиями, совершая ряд вспомогательных движений.

Лечение. Так как есть указания на расстройство

Рис. 38. Поза больного с прогрессирующей миопатией.

углеводного обмена в мышцах, то применяют вещества, нормализующие его (анаболические стероиды с аминокислотами). Кроме того, назначают аскорбиновую и никотиновую кислоты, аденозинтрифосфорную кислоту, ацетат токоферола, тиамин, цианкобаламин. Также назначают прозерин, галантамин, дибазол, секуринин.

Врожденная миотония (миотония Томсена). Болезнь, впервые описанная английским врачом Томсеном в 1876 г., имеет выраженный семейный и наследственный характер.

Клиническая картина. Нарушены движения. После сильного сокращения мышц расслабление их затруднено. Сжатые в кулак пальцы не разжимаются. Повторные движения совершаются свободнее. Мышечная система развита хорошо, однако

мышечная сила несколько снижена. При неврологическом исследовании какой-либо очаговой патологии не отмечается. Характерным симптомом является повышенная механическая возбудимость мышц: при ударе молоточком продолжительное время остается ямка или мышечный валик; разгибание голени, наступающее при вызывании коленного рефлекса, остается на определенное время и по исчезновении рефлекса. В патогенезе миотонии имеет значение нарушение ионного и медиаторного обмена, в мышцах повышено содержание ацетилхолина и ионов калия, снижена активность холинэстеразы. Болезнь наследуется по аутосомно-доминантному типу.

Лечение. При легких и средней тяжести формах миотонии Томсена лечения не требуется. Следует избегать



охлаждения и физического перенапряжения. При тяжелых формах назначают хинин внутрь по 0,3—0,6 г 2—4 раза в день в течение длительного времени короткими курсами (по 5—10 дней с перерывами на 5 дней). Показаны препараты кальция (хлорид кальция, глюконат кальция), дифенин. Прогноз благоприятный.

Миастения. Миастения — нервно-мышечное заболевание, основным симптомом которого является мышечная слабость и патологическая утомляемость мышц. Мышечная слабость резко возрастает при повторных движениях, достигая иногда степени паралича. После отдыха движения снова возможны. У больных миастенией имеется избыток холинэстеразы, быстро разрушающий ацетилхолин, необходимый для передачи импульса с нерва на мышцу.

Этиология изучена недостаточно. Описаны семейные случаи. В большинстве случаев (около 60%) выявляются изменения вилочковой железы в виде опухоли или гиперплазии. Характерным для миастении является положительный эффект прозериновой пробы: после введения 1,5—2 мл 0,05% раствора прозерина подкожно с последующим (через 20—40 мин) введением 0,5 мл 0,1% раствора атропина наблюдается значительное уменьшение выраженности, а иногда полное исчезновение всех симптомов болезни; через 2—2½ ч болезненные симптомы достигают прежнего уровня. При электромиографии отмечается реакция истощения, свойственная миастении. Важное диагностическое значение имеет рентгенография средостения после введения в него воздуха (пневмомедиастинография), при которой можно обнаружить увеличение тени вилочковой железы.

Лечение. Проводят патогенетическую терапию, применяют препараты, разрушающие холинэстеразу: прозерин по 0,015 г 3 раза в день за 30 мин до еды или по 1 мл 0,05% раствора подкожно, местинон (калимин) в таблетках по 0,06 г 3—4 раза в день, оксазил по 0,01 г 3—4 раза в день за час до еды. Лечение антихолинэстеразными средствами сочетают с применением препаратов калия и спиронолактоном (верошпироном) по 0,025—0,5 г 2—3 раза в день. Проводят также лечение большими дозами гормонов (по 40—80 мл преднизолона через день). При гиперплазии или опухоли вилочковой железы применяют оперативное вмешательство (удаление вилочковой железы) или рентгенотерапию на область вилочковой железы.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ ОБМЕНА

Фенилкетонурия. Это наследственное заболевание обмена аминокислоты фенилаланина, проявляется в нарастающем слабоумии. Заболевание выявляется уже на первом году жизни — отставание в развитии, судорожные припадки. В дальнейшем страдает двигательная функция — двигательная возбудимость, гиперкинезы и др. При диагностике имеет значение обнаружение фенилаланина в моче с помощью лабораторных методов. Лечение проводят назначением овощной диеты (ограничение содержания фенилаланина), препаратов цимогран, гипофенат.

Болезнь Марфана. Характеризуется нарушением обмена мукополисахаридов и соответственно коллагена. Характерен внешний вид больных — высокий рост, длинные конечности, «паучьи» пальцы, «птичье» выражение лица. Лечение осуществляется препаратами аминокислот.

СИСТЕМНЫЕ ДИСТРОФИИ

Описаны дистрофии различных систем: пирамидной (спастическая параплегия Штрюмпеля), мозжечковой (наследственная мозжечковая атаксия Пьера Мари), экстрапирамидной (гепатоцеребральная дистрофия, хорея Гентингтона).

Гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона — Коновалова.) Это тяжелое прогрессирующее заболевание, при котором поражение печени сочетается с поражением ЦНС, главным образом подкорковых узлов.

В основе лежит нарушение белкового обмена, недостаток синтеза медьсодержащего белка сыворотки крови — церулоплазмينا, который связывает медь и выводит ее из организма. Это приводит к увеличению в крови меди, не связанной с церулоплазмином, отложению ее в избыточном количестве в печени, мозге, роговице, почках, селезенке. Накопление меди в организме приводит к нарушению жизнедеятельности клеток.

Клиническая картина. Заболевание начинается в возрасте 10—15 лет, характеризуется нарастающим повышением мышечного тонуса (ригидность мышц), гиперкинезами, дрожанием конечностей, головы, дизартрией. Нарушается психическая деятельность: снижается интеллект, внимание, отмечаются неожиданные вспышки гнева, страха, длительные периоды эйфории или депрес-

сии. Обнаруживаются увеличение и болезненность печени, симптомы печеночной недостаточности. По краям роговицы откладывается содержащий медь золотисто-зеленый или зеленовато-коричневый пигмент — кольцо Кайзера — Флейшера. В моче определяется повышенное количество меди. Тип наследования — аутосомно-рецессивный (оба родителя больного практически здоровы, имеют по одному мутантному гену). Выделяют пять форм заболевания: 1) ригидно-аритмогиперкинетическую, или раннюю (детскую); 2) дрожательную; 3) дрожательно-ригидную; 4) экстрапирамидно-корковую; 5) брюшную.

Лечение. Применяют препараты, связывающие медь и способствующие выведению ее из организма. Назначают унитиол внутримышечно (по 5 мл 5% раствора через день, 15 инъекций на курс лечения с повторением курсов лечения через месяц). Эффективным средством лечения является пеницилламин (по 0,15 г после еды, 0,45—2 г в сутки). Дозу препарата повышают постепенно. Пеницилламин необходимо принимать регулярно в течение всей жизни. У большинства больных при лечении пеницилламином неврологические симптомы резко уменьшаются или полностью исчезают.

Хорея Гентингтона. Хроническое прогрессирующее заболевание, основными признаками которого являются хореический гиперкинез и нарастающее слабоумие. Заболевание является наследственным и встречается в разных поколениях одной семьи.

При хорее Гентингтона нарушается белковый обмен (изменяется содержание бета- и гамма-глобулиновых фракций) и обмен некоторых микроэлементов (медь и железо), отмечается гибель ганглиозных клеток полосатого тела и лобно-височных отделов полушарий большого мозга. Болезнь начинается в зрелом возрасте, чаще всего в 30—40 лет. Гиперкинез обычно предшествует развитию слабоумия. Хорея Гентингтона — редкое заболевание. По данным зарубежных авторов, она встречается в 3—5 случаях на 100 000 населения.

Лечение. Некоторое улучшение состояния больных наблюдается при применении трифтазина или стеллазина в сочетании с седуксеном или элениумом. Показаны резерпин, допегит, галоперидол. Тип наследования хорей Гентингтона аутосомно-доминантный. Семейные случаи болезни очень часты. Лица мужского и женского пола заболевают с одинаковой частотой.

ХРОНИЧЕСКИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩИЕ БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Сирингомиелия. Заболевание характеризуется образованием полостей в спинном мозге, в центре серого вещества. Полость разрушает серое вещество спинного мозга, повреждая проводники болевой и температурной чувствительности, которые проходят впереди центрального канала (в области передней спайки).

Клиническая картина. Часто нарушается болевая и температурная чувствительность при сохранении тактильной — так называемое диссоциированное расстройство чувствительности. Нарушения чувствительности кожи рук, ног и туловища зависят от уровня поражения спинного мозга и носят сегментарный характер. Схема расстройства чувствительности при формировании полости в области шейного и грудного отделов приведена на рис. 39. Больные не ощущают ни боли, ни высокой температуры тела. Это нередко приводит к тяжелым ожогам. При осмотре больных можно увидеть следы бывших ожогов и других повреждений на теле. Если полость разрушает передние рога спинного мозга, то возникает слабость и атрофия мышц рук. Кроме того, при сирингомиелии наблюдаются вегетативно-трофические нарушения кожи.

При исследовании позвоночника обнаруживают деформацию его (кифоз, сколиоз), связанную с поражением боковых рогов спинного мозга.

Течение заболевания длительное, хроническое. При распространении процесса на продолговатый мозг (сирингобульбия) поражаются ядра черепных нервов.

Лечение. При проведении рентгенотерапии иногда удается остановить дальнейшее увеличение полости. Этот вид лечения особенно эффективен в начале болезни. Показаны общеукрепляющее лечение, физиотерапия, массаж, лечебная физкультура, УВЧ-терапия позвоночника, сульфидные и радиоактивные ванны; рекомендуются прозерин, дибазол, витамины: тиамин, рибофлавин, внутривенные введения глюкозы с аскорбиновой кислотой. При болях назначают анальгин, амидопирин.

При уходе за больными, а также при назначении им водолечения и других тепловых процедур необходимо помнить о возможных ожогах и других повреждениях вследствие нарушения температурной и болевой чувствительности. Больные нуждаются в освобождении от

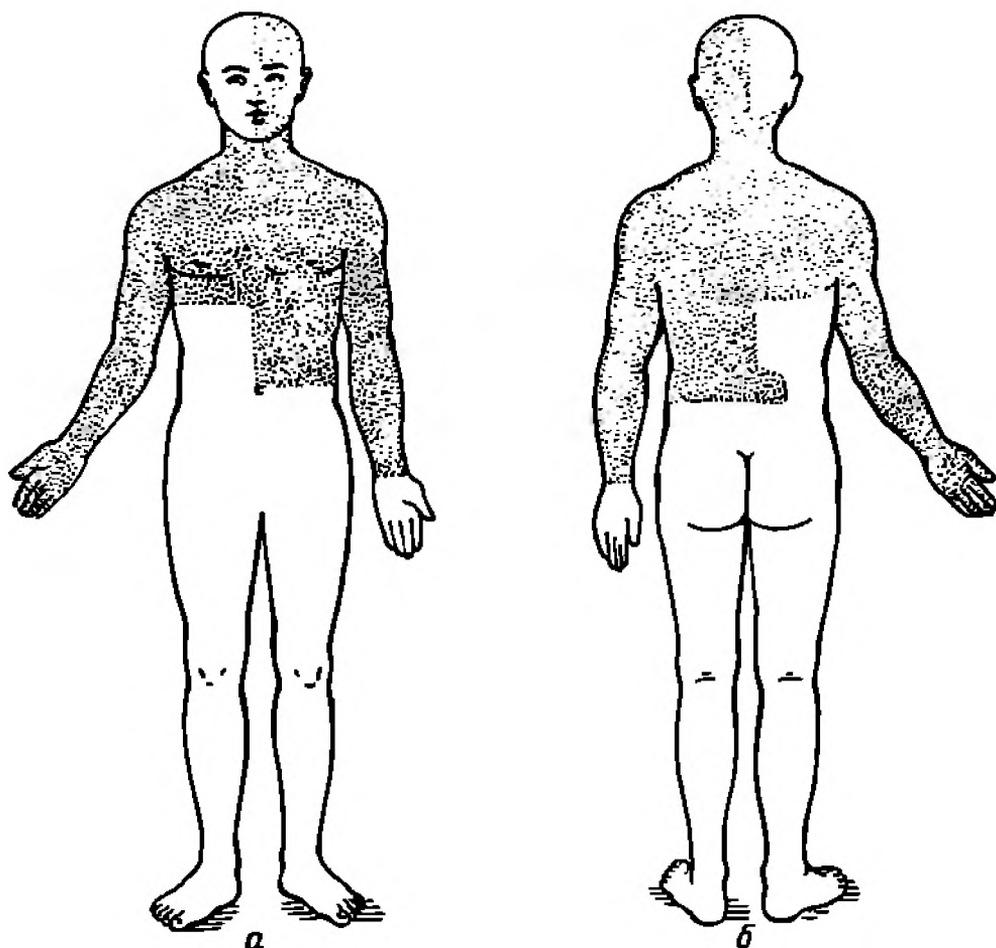


Рис. 39. Области расстройства болевой и температурной чувствительности при сирингомиелии (схематическое изображение при поражении шейного и грудного отделов).
а — вид спереди; *б* — вид сзади.

тяжелой физической работы, от работы с огнем, расплавленным металлом и др.

Боковой амиотрофический склероз. При этом заболевании поражаются боковые столбы спинного мозга, передние рога серого вещества его (чаще всего шейный отдел) и некоторые ядра черепных нервов (V, VII, IX, X, XI, XII пары), расположенные в стволе головного мозга. Патологический процесс состоит в дегенеративно-атрофических изменениях и гибели как нейронов, так и нервных волокон. На месте атрофии в боковых столбах разрастается глиозная ткань (склероз).

Этиология точно не установлена. Имеются указания на инфекционную природу болезни.

Клиническая картина. Развиваются вялые, атрофические параличи верхних конечностей с повышени-

ем сухожильных и периостальных рефлексов, спастический (центральный) парез или паралич нижних конечностей, фибриллярные подергивания мышц, а также бульбарные расстройства: затруднение речи (дизартрия), нарушение глотания (дисфагия), поперхивание, попадание пищи в дыхательные пути, гнусавый оттенок речи. В последние годы установлено, что может расстраиваться чувствительность. Заболевание протекает медленно, в среднем оно продолжается 3—4 года и заканчивается летальным исходом.

Лечение. Проводят симптоматическую терапию, массаж, ванны. Назначают инъекции прозерина, аденозинтрифосфорной кислоты, тиамин, цианкобаламина, токоферола ацетата.

Больные нуждаются в тщательном уходе. Ввиду слабости мышц рук они не могут есть сами. При наличии бульбарных расстройств их кормят очень осторожно, в положении сидя. Пищу нужно давать маленькими порциями, так как легко возникает поперхивание и возможно попадание пищи в дыхательные пути.

ФАКОМАТОЗЫ

Факоматоз — заболевание, поражающее кожу и нервную систему. Изменяется пигментация кожи, появляются фибромы, ангиомы; поражения нервной системы разнообразны, отмечаются неврологическая симптоматика, умственная отсталость, судорожные припадки и т. д. Наиболее частой формой заболевания является нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена).

Болезнь проявляется многочисленными опухолями головы, туловища, конечностей. Одновременно на коже появляются многочисленные пятна кофейного цвета, участки депигментации. Опухоли, как правило, не беспокоят больных. Однако при их локализации в полости черепа, позвоночного канала развивается типичная картина общемозговых нарушений. В ряде случаев начинается разрастание пораженной ткани (слоновость). Лечение — хирургическое (удаление опухоли).

ХРОМОСОМНЫЕ СИНДРОМЫ

Ряд заболеваний нервной системы связан с нарушением деления хромосом (аутосом и половых хромосом). Лечение этих расстройств малоэффективно. Основное

значение имеет их профилактика, связанная с медико-генетическим консультированием супружеских пар в возрасте старше 35—40 лет, так как риск заболевания тем выше, чем старше родители.

Самая частая хромосомная aberrация — синдром Дауна, описанный в прошлом веке под названием «монголизм». Больные внешне схожи — малый рост, широкое лицо с косо поставленными глазами, деформированные ушные раковины, увеличенный язык и др. Отмечается резкое умственное недоразвитие. Каждый четвертый больной погибает в раннем детстве от врожденных пороков сердца, инфекционных заболеваний.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Назовите основные расстройства наследственно-дегенеративных нервно-мышечных заболеваний.
2. Как осуществляется лечение наследственных болезней обмена?

БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ. МЕТОДЫ ИХ ДИАГНОСТИКИ

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

В последние десятилетия многие поражения нервной системы связывают с действием различных вредоносных факторов в дородовом (антенатальном с момента образования зиготы до начала родов), интранатальном (от начала родов до рождения плода) и постнатальном (непосредственно после рождения) периодах. Все эти три периода составляют перинатальный период.

Вредными факторами, обуславливающими поражение ЦНС, могут быть асфиксия плода и новорожденного, родовая травма, перенесенные в перинатальном периоде инфекции и интоксикации, врожденные нарушения обмена веществ и др. Могут быть поражены различные уровни ЦНС: головной мозг (оболочки мозга, кора, ствол и т. д.), спинной мозг, периферическая нервная система. Выявляющиеся расстройства полиморфны: гипертензивный синдром, угнетение жизненно важных функций организма, повышенная возбудимость, судорожные расстройства, различные нарушения двигательных функций (парезы и параличи, гиперкинезы и др.), психомоторного развития

в отдаленном периоде и т. д. В зависимости от ряда причин, в первую очередь глубины поражения, исход перинатальных поражений может быть различным, от практического выздоровления до вариантов с глубоким дефектом в двигательной, интеллектуальной и других сферах.

Неврологическое обследование новорожденного начинается с общего его осмотра, оценки общего состояния.

Клиническая картина. Может наблюдаться длительное полубессознательное состояние — ребенок лежит с закрытыми глазами, со страдальческим выражением лица, стонет, в наиболее тяжелых случаях не реагирует на зрительные, слуховые, тактильные раздражения. Чаще всего тонус мышц понижен, может быть гипо- или арефлексия. Не менее тяжелым симптомом является и психомоторное возбуждение новорожденного или ребенка первых недель и месяцев жизни. Тонус мышц в этих случаях может быть высоким, достигать степени ригидности, ручки и ножки приведены к туловищу или резко выпрямлены. Голова бывает слегка закинута назад. Обычно в том и другом случае имеет место гиподинамия.

Передний (большой) родничок при гипертензивном синдроме обычно увеличен, напряжен; венечный и сагиттальный швы, а в наиболее тяжелых случаях и швы между лобными костями расходятся. Ребенок вскрикивает, срыгивает молоко. Определяются симптом «заходящего солнца» — отставание верхнего века при движениях глазного яблока книзу, симптом Грефе — появляется полоска склеры над радужкой при неподвижном стоянии глазных яблок с раскрытием верхних век, а также симптом Вилли при поворотах головы в стороны, вверх. На высоте гипертензивного синдрома, но во многих случаях и вне зависимости от него развивается судорожный синдром — тонические, реже клонические судороги, кивки и т. д. Судорожный синдром всегда утяжеляет клиническую картину и ухудшает прогноз.

Особое внимание следует уделять состоянию двигательного развития детей, так как оно является показателем развития мозга. Для периода новорожденности и первых месяцев жизни характерно наличие ряда врожденных двигательных рефлексов. К важнейшим врожденным рефлексам первого года жизни относят следующие.

1. Оральные рефлексы — сосательные, поисковый, ротоглоточный и др. Исследуя поисковый рефлекс, прикасаются к наружному углу нижней губы ребенка, щеке в

этой области — губы ребенка тянутся в сторону раздражения. При раздражении кожи ладони губы ребенка и его головка тянутся по направлению к раздражаемой ладони.

Слабость оральных рефлексов указывает на поражение нижних отделов мозгового ствола, высокая их активность, яркая выраженность у ребенка на втором году жизни свидетельствуют о поражении полушарий большого мозга.

2. Защитный рефлекс: при положении на животе ребенок поворачивает голову, освобождая ротовую щель для дыхания. У детей с врожденной и родовой травмой мозга этот рефлекс отсутствует или ослаблен.

3. Рефлекс ползания: ребенок начинает ползти, лежа на животе, если надавить на подошвы. При заболеваниях этот рефлекс отсутствует или ослаблен.

4. Реакция опоры новорожденного: поддерживаемый ребенок стоит на площади опоры. Ребенок с поражением нервной системы подгибает ножки и повисает на поддерживающих его руках. Позже, к 4—5 мес появляется перекрест ног — «поза балерины», характерная для детей с церебральными параличами.

5. Шаговые движения новорожденных: если тело ребенка, опирающегося на опору, вынести несколько вперед, он начинает делать шаговые движения. При заболеваниях нервной системы они отсутствуют.

Для детей с тяжелым поражением мозга характерны тонические рефлексы, которые у здорового ребенка слабо выражены в первые 3 мес жизни, а затем исчезают. К этим рефлексам, в частности относят:

1. Тонический шейный симметричный рефлекс: у ребенка, лежащего на животе, при опускании головы ручки сгибаются во всех суставах, ножки разгибаются. При запрокидывании головы назад, наоборот, руки разгибаются, а в ногах повышается тонус сгибателей. Патологическая активность этого рефлекса преимущественно обуславливает появление «позы балерины», так как голова ребенка, страдающего церебральным параличом, из-за отсутствия или слабости установочного рефлекса с головы на шею постоянно опущена на грудь.

2. Тонический шейный асимметричный рефлекс: при повороте головы ребенка в сторону разгибатели руки напрягаются, рука выпрямляется, рука, к которой обращен затылок, сгибается в локтевом суставе. Эта поза называется «поза фехтовальщика».

Развитие статики и локомоции тесно связано с появлением на 6—9-м месяце жизни установочных, цепных

рефлексов, под влиянием которых ребенок начинает держать головку, затем сидеть, позже стоять и ходить. У ребенка первых недель жизни важно исследовать и функции зрения и слуха. Для этого исследуют зрачковый и мигательный рефлексы — возможность слежения глазами за предметами, узнавание близких людей, игрушек (начиная с 5—6-го месяца жизни).

Для уточнения характера и степени поражения мозга ребенка применяют и специальные методы исследования. Так, для установления наличия и интенсивности гипертензивного синдрома, возможных атрофических процессов в мозге, смещений полушарий большого мозга, степени расширения желудочков применяют эхоэнцефалографию.

Для определения степени расширения субарахноидальных пространств, а также для выявления подболоочных гематом и кист используют диафаноскоп. В диагностике судорожных, предсудорожных состояний и других форм патологии мозга широкое применение нашла энцефалография. Большие диагностические возможности имеет обычная рентгенография черепа, которая позволяет диагностировать гипертензивный синдром, задержку развития мозга и ряд других форм церебральной патологии.

Происхождение перинатальных поражений ЦНС в большинстве случаев связано с гипоксией (недостаточным обеспечением кислородом). Гипоксия (асфиксия) может быть первичной (имеет место в период внутриутробного развития, в родах), вторичной (непосредственно после родов). Первичная гипоксия наиболее часто обуславливается заболеваниями матери (поздние токсикозы беременных, анемия, хронические болезни легких и сердца), нарушениями маточно-плацентарного кровоснабжения (обвитие пуповиной, отслойка плаценты и др.), поражениями плода (инфекции), травмой, наносимой акушерскими пособиями, активной терапией в родах. Вторичная гипоксия связана с аспирацией околоплодных вод, пороками развития у плода легких, сердца и др.

Легкая («синяя») асфиксия характеризуется следующими клиническими проявлениями: отсутствие дыхания в течение первой минуты, цианоз кожных покровов, незначительный мышечный тонус. Ребенок вял, неактивен, его физиологические рефлексы угнетены, дыхание аритмично. Спустя несколько часов наступает повышенная возбудимость, сохраняющаяся 2—3 дня. К 3—5 сут состояние нормализуется.

Тяжелая («белая») асфиксия характеризу-

ется цианотично-белой окраской кожных покровов, выраженными симптомами угнетения ЦНС. Восстановление функций наступает после первой недели жизни.

Внутричерепная родовая травма. Под внутричерепной родовой травмой понимают повреждение мозга плода в результате механических воздействий. Этот вид патологии бывает при несоответствии головки плода и родовых путей (крупный плод), ягодичном предлежании, затяжных либо стремительных родах, применении акушерских щипцов, вакуум-экстрактора. Установлено, что в большинстве случаев мозговая травма наблюдается при гипоксии мозга. Повреждения мозга могут быть самыми разнообразными как по глубине, так и по характеру поражения. Достаточно часто они могут являться причиной кровоизлияний в вещество, оболочки, желудочки головного мозга; крупные сосуды головного мозга повреждаются редко, чаще происходит разрыв твердой мозговой оболочки.

Выделяют: острый (до 1 мес), подострый (до 3 мес) и поздний восстановительный (до 1—2 лет) периоды поражений нервной системы (родовые травмы в том числе).

Клиническая картина. В остром периоде у новорожденных преобладают общемозговые нарушения, проявляющиеся в виде беспокойства, тремора конечностей, судорог, срыгивания, разнообразных по глубине расстройств сознания, проявлений гипертензивно-гидроцефального синдрома, а также разнообразных двигательных нарушений, свидетельствующих об очаговом характере поражения (параличи, парезы, нарушения иннервации глазодвигательных мышц, асимметрия рефлексов и мышечного тонуса и др.). Характерны нарушения терморегуляции, акта сосания, многообразные вегетосоматические расстройства (нарушения дыхания, сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные нарушения и др.). Наиболее частыми видами кровоизлияний при родовых травмах являются: субарахноидальные, субдуральные, эпидуральные, желудочковые, внутримозговые кровоизлияния в вещество мозга.

В подостром и позднем восстановительном периодах клиническая картина родовой травмы может проявляться в виде церебрастенических, вегетативных дисфункций, задержках развития, стойких двигательных расстройств. Эти нарушения, как правило, носят сочетанный характер.

Гемолитическая болезнь новорожденных. Гемолитическая болезнь новорожденных обусловлена несовмести-

мостью крови матери и плода по резус-фактору, группе крови или другим факторам крови. Наиболее часто наблюдается резус- и АВ0-несовместимость крови матери и плода (резус-отрицательная мать и резус-положительный плод; 0 (I) группа крови у матери и А (II), В (III), АВ (IV) у плода). Образующиеся антитела разрушают эритроциты плода, в результате чего высвобождается непрямой билирубин, воздействующий токсически на его мозг (базальные ядра и др.).

Отечная форма болезни проявляется в виде отеков с накоплением жидкости в полостях, анемии. Как правило, плод нежизнеспособен. При желтушной форме у новорожденного отмечается желтушность кожи, склер, слизистых оболочек; увеличение печени, селезенки, билирубиновая интоксикация (вялость, срыгивание, снижение мышечного тонуса). Выявляются: спастичность, опистотонус, судороги, остановка дыхания. Анемическая форма характеризуется общемозговой симптоматикой, анемией.

Поражения спинного мозга и плечевого сплетения. Помимо поражения головного мозга, у новорожденных детей и детей первых месяцев жизни можно выявить и поражения спинного мозга, а также поражение плечевых сплетений. В зависимости от того, на каком уровне произошло поражение спинного мозга, выявляется арефлексия или же отсутствие сухожильных и периостальных рефлексов нижних конечностей. У новорожденных отмечается общая гипотония мышц и снижение рефлексов или их исчезновение обычно со всех рефлексогенных зон. Резко снижается болевая и тактильная чувствительность, обнаруживаются тазовые расстройства. Особенно опасным синдромом являются нарушение ритма и частота дыхания, что может привести к гибели ребенка.

Травмы плечевого сплетения и корешков спинномозговых нервов возникают обычно при ягодичном предлежании, низведении запрокинутой ручки, длительном стоянии в родовом канале, осложненных родах с применением щипцов и т. д. Чаще всего осложнение возникает у детей с массой 4 кг и более. В зависимости от уровня поражения выделяют три вида акушерских параличей: паралич Дюшенна — Эрба (верхней части плечевого сплетения), паралич Дежерин-Клюмпке (нижней части плечевого сплетения) и тотальный (полный).

При параличе Дюшенна — Эрба (травмируются корешки 3—5-го нервов шейного отдела позвоночника) ручка ребенка приведена к туловищу, разогнута

во всех суставах, ротирована в плече, пронирирована в предплечье. Плечо опущено. Поражение касается в основном дельтовидной, двуглавой мышц плеча, мышц, супинирующих плечо и предплечье. При поражении корешков 4-го шейного нерва может развиваться паралич диафрагмы и соответственно нарушение дыхания.

При параличе Дежерин-Клюмпке (травмируются корешки 7-го шейного и 1-го грудного спинномозговых нервов) возникает паралич мышц предплечья и кисти. Рука повисает, нет движения пальцев, кисти.

При тотальном параличе выпадает функция всех мышц руки. Мышцы резко гипотоничны, нарастает их атрофия, наблюдается полная арефлексия.

Особенности течения восстановительного периода, степень восстановления функции мышц плеча, предплечья, кисти зависят от тяжести поражения корешков и сплетений. При тяжелом поражении нервных стволов, особенно в сочетании с поражением спинного мозга, восстановление функций может не произойти.

Лечение. Лечение новорожденных с признаками перинатального поражения ЦНС должно проводиться комплексно, с учетом характера поражения, его тяжести. При неглубоких поражениях оно может исчерпываться назначением щелочного питья, 5—10% раствора хлорида кальция внутрь по 5 мл 3 раза в день, 1% раствора бромида натрия по 1 чайной ложке 3 раза в день, тиамин и рибофлавин внутрь. При более тяжелых степенях поражения применяются щелочные растворы внутривенно, диуретические, кровоостанавливающие средства. Тяжелые формы поражения требуют проведения интенсивной дегидратационной дезинтоксикационной терапии. В зависимости от характера основного синдрома либо осложнения (судороги, дыхательная, сердечная недостаточность и др.) применяют соответствующие препараты. При внутрочерепных кровоизлияниях, помимо гомеостатической терапии, используются антибиотики для предупреждения осложнений (бактериальной инфекции). На более поздних этапах большое значение имеет лечение витаминами, анаболическими стероидами (неробол), лечебная гимнастика, массаж.

Лечение при поражении спинного мозга у новорожденных должно быть направлено прежде всего на устранение отека, возникшего вследствие кровоизлияния в оболочки спинного мозга, стимуляцию обменных процессов в его тканях.

Обязательно применение лонгет, удерживающих руку в правильном положении, уже с первых дней жизни. При параличе Дюшенна — Эрба рекомендуют специальные лонгеты типа «аэроплан». В шинах и лонгетах ручка ребенка должна находиться по 2—3 ч в день в течение нескольких месяцев.

С первых дней жизни на протяжении 2—4 лет обязательны специальный массаж, лечебная физкультура. Хороший эффект достигается от иглоукалывания.

Л ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ

Детский церебральный паралич (ДЦП) — заболевание, развивающееся вследствие поражения головного мозга внутриутробно, в родах или в раннем детском возрасте, т. е. когда развитие мозга еще не закончено. Заболевание длится несколько лет, а при тяжелом его течении — всю жизнь.

Детский церебральный паралич (ДЦП) возникает под влиянием различных эндо- и экзогенных факторов, действующих на организм плода или ребенка первых месяцев жизни, — инфекций, гипоксии, интоксикаций, различных иммунных конфликтов между матерью и плодом и т. д. Как и многие заболевания нервной системы (эпилепсия, олигофрения, гидроцефалия), ДЦП — заболевание полиэтиологическое.

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а. Основу клинической картины ДЦП составляют двигательные расстройства — параличи, парезы, гиперкинезы, атаксия и пр., наряду с ними отмечается патология речи и психики. Клинические проявления ДЦП полиморфны и зависят от характера и степени нарушения развития и патологических изменений мозга как в целом, так и тех или иных его систем.

Особенно значимыми и сложными оказываются нарушения регуляции тонуса мышц — по типу спастичности, или атонии, реже дистонии.

Диагноз ДЦП, особенно в первые месяцы жизни, ставят прежде всего с учетом двигательной патологии. У ребенка первых недель жизни, страдающего ДЦП, значительно ослаблены или вовсе отсутствуют врожденные двигательные рефлексy, выявляется патологическая активность тонических рефлексов, в дальнейшем формируются патологические синергии, неправильные установки туловища, конечностей, а позже — контрактуры и деформации.

Все движения оказываются значительно затрудненными, формируется патологический двигательный стереотип.

Патология развития мозга может проявляться и в задержке и нарушении психического развития: интеллектуальное отставание, проявления психоорганического синдрома (инертность, тугоподвижность психики, снижение памяти, неустойчивое внимание, церебрастенические явления).

Выделяют следующие пять форм заболевания.

Болезнь Литтла (спастическая диплегия) — тетрапарез. Верхние конечности поражаются в значительно меньшей степени, чем нижние. Ребенок может научиться писать, обслуживать себя, может овладеть рядом трудовых навыков. Задержку психического развития при рано начатом, систематическом лечении можно успешно преодолеть, и ребенок может пойти в обычную или специализированную школу для детей с церебральными параличами.

Прогностически эта форма вполне благоприятная при условии правильного систематического лечения в течение ряда лет.

Двойная гемиплегия. Вследствие тяжелого поражения полушарий большого мозга приобретают высокую патологическую активность структуры ствола, стимулирующие тонус мышц. Ригидность распространяется на все мышцы туловища и конечностей (чаще верхних). Ребенок не владеет руками, не может стоять, сидеть, не ходит. Как правило, у этих детей не удается добиться развития моторики, имеют место выраженные расстройства интеллекта, речи.

Гиперкинетическая форма. Наряду с парезами или параличами наблюдаются гиперкинезы различного типа (хореоатетоз, двойной атетоз, баллизм, хореический гиперкинез и др.). У 90% больных наблюдаются речевые нарушения. Развитие интеллекта лишь слегка задерживается. Однако имеются психоорганический синдром, церебрастенические расстройства. Прогностически это вполне благоприятная форма для обучения, в меньшей степени — для социальной адаптации, которой мешают гиперкинезы, гиперкинетическая дизартрия.

Мозжечковая (атонически-астатическая) форма. В отличие от остальных форм заболевание характеризуется низким тонусом мышц. Помимо гипотонии, выявляются атаксия, дисметрия, тремор кистей рук, головы, интенционное дрожание, мозжечковая или псевдобульбарная

дизартрия (у 60—75% детей). Прогностически эта форма благоприятна, если нет выраженной олигофрении.

Гемипаретическая форма. Конечности на стороне поражения постепенно отстают в росте, выявляются нарушения трофики. У каждого третьего больного выявляются олигофрения, псевдобульбарная дизартрия, в половине случаев — задержка психического развития. Как правило, дети достаточно обучаемы, адаптированы.

Каждая из перечисленных форм заболевания может быть осложнена одним или несколькими из следующих синдромов: судорожный, гипертензивный, гипоталамический (диэнцефальный), гиперкинетический, мозжечковый.

Основываясь на клинических проявлениях заболевания, выделяют три его стадии: раннюю, начально-резидуальную и конечно-резидуальную. В ранней стадии, которая длится несколько месяцев после рождения, на первый план выступают расстройства ликворо- и гемодинамики, последствия воспалительного процесса или его активные проявления. В терапевтический комплекс включают дегидратационные, противосудорожные, рассасывающие средства, вслед за которыми назначаются средства, стимулирующие деятельность мозга. Активно проводят массаж и лечебную физкультуру, стимулируют предречевое развитие.

В начально-резидуальной или, если процесс, начавшийся до рождения, не закончен — резидуально-хронической стадии болезни также проводят активную дегидратационную, противосудорожную (при необходимости) терапию, а также противовоспалительную и рассасывающую. При тяжелом течении болезни назначают дексаметазон. Обязательны препараты, стимулирующие миелинообразование, — пропер-мил, пиридоксин в больших дозах (2—3 мл 2,5% раствора), пирогенал. Назначают также препараты, нормализующие тонус мышц — мидокалм, изопротан (скутамил-Ц), и средства, стимулирующие деятельность мозга — церебролизин, пиридитол (энцефабол), цианокобаламин (по 300—400 г) и др.

Проводят ежедневную специальную лечебную физкультуру, массаж, занятия с логопедом. Обязательно ортопедическое лечение.

В конечно-резидуальной стадии болезни, которая проявляется развитием контрактур, деформаций, наряду с указанными выше методами необходимо сана-

торно-курортное, а также специальное ортопедическое лечение. Продолжают занятия с логопедом. В этой стадии заболевания очень важна психокоррекционная работа для восстановления нарушенных корковых функций.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Повреждение плода на этапе 4—12 нед (эмбриопатия) проявляется в пороках развития систем и органов плода. Установлено, что нервная система плода наиболее уязвима на 4—5-й неделе внутриутробного развития. Эмбриопатии могут быть следствием перенесенных внутриутробных инфекций, токсического действия билирубина при резус- и групповой несовместимости крови матери и плода, а также некоторых заболеваний матери (болезни печени, щитовидной, поджелудочной желез). Например, при врожденном токсоплазмозе иногда наблюдаются гидроцефалия (водянка головного мозга), многообразные расстройства зрения, спастические параличи, умственное недоразвитие. Внутриутробное поражение вирусом краснухи характеризуется гидроцефалией, врожденной глухотой, судорожными расстройствами, психическим недоразвитием; вирусом цетамегалии — микроцефалией, другими пороками развития.

К наиболее частым вариантам аномалий развития нервной системы относятся: врожденная гидроцефалия, микроцефалия, черепно-мозговые грыжи.

Гидроцефалия проявляется увеличением содержания цереброспинальной жидкости в полости черепа. Она может быть связана как с усилением продукции цереброспинальной жидкости, так и с нарушением ее всасываемости. Характерны увеличение размеров черепа и изменение его формы. Окружность головы новорожденного достигает 100 см (вместо 34 см в норме). Голова увеличена в саггитальном размере, иногда имеет шарообразную форму. Лоб выступает над лицом, глаза широко расставлены, экзофтальм. Наблюдается истончение костей черепа, резкое расширение венозной сети в области головы, верхней половины туловища. Лицо маленькое, треугольной формы. Неврологическая симптоматика представлена двигательными расстройствами, патологическими рефлексамии, мозжечковой атаксией. Отмечаются нарушения интеллекта разной степени. При выраженной гидроцефалии ребенок нежизнеспособен.

Микроцефалия — уменьшение размеров черепа и

головного мозга вследствие их недоразвития. Голова больного ребенка уменьшена в размерах, сужена кверху, преобладает лицевая часть черепа. Неврологическая симптоматика выражена незначительно (легкие нарушения координации движений, черепно-мозговой иннервации и пр.), преобладает выраженное интеллектуальное недоразвитие.

При черепно-мозговых грыжах основное место в клинической картине занимает общемозговая и очаговая симптоматика, связанная с нарушением ликвородинамики, ущемлением вещества мозга.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Чем отличаются аномалии развития нервной системы от перинатальных ее поражений?
2. Назовите основные методы исследования нервной системы новорожденного.
3. Что понимают под гипоксией, родовой травмой плода?

БОЛЕЗНИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Вегетативная нервная система анатомически и функционально связана со всей нервной системой человека. При любых неврологических заболеваниях обычно имеются нарушения функций вегетативной нервной системы. Так, при травмах головного мозга наблюдаются нарушения сердечно-сосудистой деятельности, дыхания. Иногда расстройства вегетативной нервной системы выступают на первый план, поэтому их рассматривают как самостоятельные синдромы.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Существует категория больных со своеобразной чрезмерной чувствительностью к ряду раздражителей. Эти раздражители всегда более или менее индивидуальны — некоторые продукты питания (земляника, яйца и др.), лекарства (сульфаниламидные препараты), пыльца растений. Раздражители бывают подчас столь неожиданны, что специалисту требуется длительное время для их установления.

В результате воздействия этих раздражителей у больного с повышенной чувствительностью, в основе которой лежит патология вегетативной нервной системы, появляются разнообразные аллергические реакции. Они в

основном проявляются на коже и слизистых оболочках — высыпания, набухание слизистых оболочек и т. д. В более тяжелых случаях наблюдаются расстройства дыхания, сердечной деятельности. Примером таких расстройств может быть отек Квинке.

Клиническая картина. Внезапно развивается отек кожи лица и слизистых оболочек (например, в области нижнего века или вокруг глаза). Реже отек охватывает все лицо, руку или ногу. Границы отека нерезкие. Отечный участок имеет бледную или слегка желтую окраску, при ощупывании — эластичен. При надавливании пальцем на участок отека окраска кожи не изменяется и не возникает углубления от давления. Обычно никаких болевых ощущений в месте отека нет, иногда больные жалуются на зуд, чувство стягивания в месте отека. Продолжительность отека несколько часов, он исчезает бесследно. Иногда отек возникает на слизистых оболочках внутренних органов (гортань, желудок, пищевод), что ведет к нарушению функций соответствующего органа; особенно опасным является отек слизистой оболочки гортани, который может вызвать удушье. Приступы повторяются через различные промежутки времени.

Нередко наблюдается крапивница, выражающаяся появлением на коже туловища мелких, сильно зудящих высыпаний, которые могут сливаться. Возникновению крапивницы способствуют нарушения деятельности пищеварительного тракта, глистная инвазия, нервно-психическое перенапряжение.

Лечение. Внутривенное введение хлорида кальция (по 5 мл 10% раствора), сульфата магния, внутрь — димедрол, дипразин. Для уменьшения зуда кожи применяют мазь с ментолом, спиртом и анестезином.

МИГРЕНЬ

Заболевание обусловлено дисфункцией вазомоторной регуляции, носит преимущественно наследственный характер, характеризуется периодическими приступами головной боли (чаще в одной половине головы). Заболевание наблюдается чаще у женщин, начиная с подросткового возраста. Известно, что в основе приступа лежит спазм сосудов головного мозга, их последующие расширения, нарушение обмена биологически активных веществ, в частности серотонина.

Клиническая картина. Приступы возникают внезапно, длятся от нескольких минут до нескольких

часов. Их клинические проявления разнообразны. При офтальмической (классической) мигрени приступу головной боли предшествуют блики, туман в глазах, мерцающая ломаная линия. Головная боль резкая, обычно односторонняя, ее длительность до 6 ч. Височная артерия расширена, напряжена. На высоте приступа нередко наблюдаются тошнота, рвота. Атипичная мигрень — самый частый вариант заболевания. Длительность, выраженность болей, их распространенность более значительны, чем при офтальмической мигрени. Приступ длится до 18 ч, боль охватывает лоб, висок, затылок, шею. Наблюдаются рвота, чувство заложенности носа, отек на стороне поражения. Иногда приступ носит характер мигренозного статуса длительностью до нескольких суток. Ассоциированная мигрень проявляется сочетанием головной боли с проходящими парезами лицевой мускулатуры, конечностей на одной стороне, болями в животе, вестибулярными расстройствами.

Лечение. Купирование мигренозного приступа достигается применением гидротартрата эрготамина (внутри или под язык 2—4 мг), его аналога — ригетамина в тех же дозировках. Каждые 4 ч при необходимости назначают еще по 2 мг препарата. Общая доза его не должна превышать 10 мг (10 таблеток). В начале приступа гидротартрат эрготамина вводится внутримышечно (0,5 мг). Препарат противопоказан при органических нарушениях сосудов мозга, сердца, конечностей, болезнях почек, печени, при беременности. Показано применение также ацетилсалициловой кислоты (до 4 г в сутки), амидопирина, анальгина, седалгина, пенталгина, реопирина. Иногда хороший эффект оказывает внутримышечное введение седуксена (2—4 мл 0,5% раствора). Для купирования рвоты назначают димедрол, дипразин (пипольфен), галоперидол, реглан, торекан, этаперазин. Эффективны средства рефлекторного характера — горчичники на заднюю поверхность шеи, горячие ножные ванны и др. При мигренозном статусе больного необходимо госпитализировать.

Для профилактики мигрени показаны общеукрепляющие средства, седативные препараты, электролечение. Больным рекомендуется соблюдать режим труда и отдыха, нормализовать сон. Исключают употребление крепкого кофе, спиртных напитков, курение. В рационе ограничивают мясные продукты. Добиваются нормальной деятельности кишечника.

ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТАЯ ДИСТОНΙΑ

Вегетативно-сосудистая дистония по существу не является самостоятельным заболеванием, это только определенный набор симптомов, свидетельствующий о нарушениях функций вегетативной нервной системы.

Вегетативно-сосудистая дистония может быть следствием самых разнообразных причин: врожденная неполноценность вегетативной нервной системы; приобретенная патология, связанная с нарушениями сегментарной вегетативной иннервации (остеохондроз позвоночника), эндокринными изменениями в организме, органическими поражениями головного мозга и др.

Клиническая картина. Зависит от причины, ее вызвавшей, степени генерализации этих расстройств, особенностей функционального строения системы, в которой эти нарушения выявляются. Так, например, вегетативно-сосудистая дистония в климактерический период характеризуется приливами, нарушениями терморегуляции, спазмами сосудов; нейроциркуляторная дистония — вегетативными расстройствами сердечно-сосудистой системы (сердцебиение, боли в сердце, раздражительность, утомляемость; нарушение сна и др.). К числу наиболее общих симптомов вегетативно-сосудистой дистонии можно отнести и колебания артериального давления, боли в области пищеварительного тракта, тошноту, склонность к обморокам.

Лечение. Проводится с учетом причины, вызвавшей вегетативные расстройства. Применяются препараты, регулирующие тонус симпатической и парасимпатической части вегетативной нервной системы: беллоид, беллатаминал, белласпон, бромиды.

ГИПОТАЛАМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Наиболее частой формой поражения гипоталамуса (подбугорная область), где сосредоточены центры вегетативной регуляции, является вегетативно-сосудистая форма, проявляющаяся различными пароксизмами (приступы болезни). Эти приступы характеризуются внезапно возникающими головной болью, болями в области сердца, сердцебиением, ощущением недостатка воздуха, чувством страха, позывами на мочеиспускание, наблюдается ознобоподобное дрожание. Продолжительность пароксизмов от нескольких минут до 2—3 ч. После приступа больные отмечают резкую слабость, разбитость,

подавленность, отсутствие аппетита. Во время приступа в ряде случаев можно отметить появление нистагма, повышение тонуса мышц, сухожильных рефлексов, побледнение кожных покровов, повышение, реже — понижение артериального давления. В период между приступами может наблюдаться неврологическая симптоматика с различными вегетативными нарушениями: лабильность пульса и артериального давления, повышенная потливость, красный разлитой стойкий дермографизм. Больных беспокоят общая слабость, быстрая утомляемость, повышенная раздражительность, нарушение сна.

Выделяют также нейроэндокринную форму гипоталамического синдрома. В частности, адипозогенитальная дистрофия характеризуется ожирением, общей слабостью, понижением функций гонад (половых желез), явлениями несахарного диабета. Нейротрофический вариант гипоталамического синдрома проявляется разнообразными трофическими нарушениями кожи, мышц, костей.

Так называемая гипоталамическая эпилепсия проявляется вегетативными пароксизмами, сопровождающимися потерей сознания, типичными для эпилепсии изменениями на электроэнцефалограмме.

Лечение. Проводят с учетом этиологии заболевания (инфекция, черепно-мозговая травма, интоксикация). При инфекционной природе болезни назначают антибиотики, внутривенные введения 40% раствора гексаметилентетрамина, противовоспалительные средства. Применяют препараты, регулирующие тонус симпатической и парасимпатической части вегетативной нервной системы (эрготамин, белласпон, препараты кальция, бромиды), десенсибилизирующие средства (димедрол, дипразин, супрастин, тиамин, пиридоксин, аскорбиновая кислота), транквилизаторы, нейролептические средства, ганглиоблокаторы.

Купирование гипоталамического криза проводят дифференцированно с учетом характера преобладающих расстройств. При необходимости подавления активности симпатической части вегетативной нервной системы назначают эрготамин (10—15 капель 0,1% раствора), пахикарпин (0,1 г 2 раза в сутки), бензогексоний (0,1—0,25 г 2—3 раза в день); активность парасимпатической части нервной системы купируется атропином, амизилом. Симпатико-адреналовые кризы лечат внутримышечным введением 2—3 мл 1% раствора пирроксана.

ВИБРАЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ

Наблюдается у рабочих, подвергающихся в течение длительного времени действию вибрации. Заболевание развивается медленно. Наиболее чувствительны к действию вибрации вегетативная нервная система и периферические нервы.

Клиническая картина. Первыми жалобами больных являются боли в руках (кистях), побледнение пальцев рук при охлаждении. Кисти синюшны, холодны на ощупь, иногда отечны. Наблюдается снижение чувствительности на кистях, болезненность при давлении на нервные стволы. При реовазографии выявляется спазм периферических артерий. Отмечаются симптомы поражения вегетативной нервной системы: головная боль, несистемное головокружение, красный стойкий дермографизм, вазомоторная лабильность лица, лабильность пульса и артериального давления.

Лечение. Больного необходимо перевести на работу, не связанную с действием вибрации. Применяют внутримышечные инъекции тиамина, пиридоксина, беллоид, массаж, лечебную гимнастику, сульфидные ванны, санаторно-курортное лечение (Евпатория, Пятигорск, Саки, Сочи, Цхалтубо и др.).

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Что понимают под аллергическими реакциями?
2. Какова тактика купирования мигренозного приступа?
3. Какова клиника гипоталамического синдрома?

ИНТОКСИКАЦИОННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Клиника интоксикационных поражений нервной системы складывается из комплекса общесоматических, неврологических и психических нарушений (см. также главу «Психические нарушения при острых и хронических интоксикациях»). Глубина и характер расстройств зависят от остроты воздействия токсического фактора, его индивидуальной характеристики (избирательность поражения определенных участков нервной системы), индивидуальных особенностей организма, в частности, состояния гематоэнцефалического барьера. Таким образом, интоксикационные поражения являются заболеванием целостного организма.

Выделяют острые и хронические интоксикации (отрав-

ления). Клиническая картина при острых интоксикациях характеризуется глубокими расстройствами сознания, психозами, поражением жизненно важных функций организма. При хронических интоксикациях заболевание развивается постепенно. Начальные признаки более или менее одинаковы: недомогание, слабость, головная боль, головокружение, нарушение деятельности пищеварительного тракта (плохой аппетит, понос или запор), плохой сон, раздражительность. В дальнейшем могут появляться признаки, характерные для того или иного вида интоксикации.

Интоксикация промышленными, бытовыми ядами, лекарственными средствами, как правило, носит случайный характер. В психиатрической практике бытовые яды, медикаменты могут использоваться больными в целях самоубийства. Нередко жизнь больного зависит от четкого знания фельдшером, медицинской сестрой клинической картины, методов лечения интоксикации. Среднему медицинскому персоналу отводится исключительно важная роль в осуществлении профилактических мероприятий — контроль за соблюдением санитарно-гигиенических норм, просветительная работа.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ И БЫТОВЫЕ ИНТОКСИКАЦИИ

Интоксикация сероуглеродом. Может встречаться у работников сельского хозяйства при борьбе с грызунами, в промышленности при вулканизации каучука, производстве искусственного волокна из древесины.

При тяжелой интоксикации сероуглеродом наблюдаются тактильные галлюцинации — больные жалуются на ощущение назойливого прикосновения к плечу «чужой руки», у них расстраивается сон, их беспокоят кошмарные сновидения. Отмечается гипоталамический синдром с вегетативно-сосудистыми пароксизмами, явления полиневрита, характеризующиеся болью и парестезиями в дистальных отделах верхних и нижних конечностей. Острые интоксикации могут сопровождаться депрессией, навязчивыми состояниями; характерна смена возбужденного состояния подавленностью.

Интоксикация сероводородом. Сопровождается насморком, кашлем, резью в глазах, блефароспазмом (спазмом век). Пострадавших беспокоит головная боль, тошнота, рвота. Отмечается возбуждение. В тяжелых случаях наблюдаются судороги, кома, токсический отек легких.

Для лечения применяют щелочные ингаляции и дли-

тельное вдыхание кислорода, назначают внутрь кодеин. Проводят лечение токсического отека легких. Глаза промывают водой, затем в конъюнктивальный мешок вводят 2—3 капли вазелинового масла.

Интоксикация оксидом углерода. Отравление может происходить при авариях в каменноугольных шахтах, где оксид углерода выделяется из обрабатываемой породы или из медленно тлеющей угольной пыли, при попадании выхлопных газов в кабину водителя автотранспорта, при авариях в котельных, доменных, литейных цехах, а также в быту при неисправном состоянии и преждевременном закрытии печных дымоходов. Опасность отравления оксидом углерода связана с тем, что газ не имеет запаха, не раздражает слизистых оболочек дыхательных путей.

Токсическое действие оксида углерода обусловлено тем, что он очень легко соединяется с гемоглобином крови, образуя прочное соединение — карбоксигемоглобин. Вследствие этого резко снижается способность эритроцитов захватывать кислород и развивается гипоксемия — кислородное голодание тканей. Особенно чувствительна к гипоксемии ЦНС, в первую очередь страдает головной мозг.

Клиническая картина. Для начальной стадии интоксикации характерны головная боль, головокружение, шум в ушах, тошнота, рвота, сердцебиение, сонливость, снижение слуха и зрения. Возможно возбуждение со зрительными и слуховыми галлюцинациями. Затем развиваются адинамия, параличи, потеря сознания, кома, судороги, нарушение дыхания, отек мозга.

При выведении больного из комы отмечают оглушенность, психомоторное возбуждение. Иногда отравление оксидом углерода влечет за собой различные поражения нервной системы: паркинсонизмы, хореиформные гиперкинезы, эпилептиформные припадки, спастические парезы.

Лечение. Больного необходимо вынести на свежий воздух. Проводят непрерывную ингаляцию кислородом в течение нескольких часов. Вводят внутривенно 20—30 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, 500 мл 5% раствора глюкозы, 50 мл 2% раствора новокаина. При возбуждении применяют аминазин (2 мл 2,5% раствора внутримышечно), димедрол (1 мл 1% раствора), пипольфен (2 мл 2,5% раствора), промедол (1 мл 2% раствора внутримышечно). При нарушениях дыхания проводят искусственную вентиляцию легких, вводят внутривенно 10 мл 2,4% раствора зуфиллина, при судорогах — внутривенно 3 мл 10% раст-

вора барбамила. При длительной коме целесообразны проведение искусственной гипотермии головы, осмотического диуреза без водной нагрузки, внутривенные введения гепарина по 5000—10 000 ЕД в сутки, повторные поясничные пункции.

Инттоксикация фосфорорганическими соединениями. Фосфорорганические соединения (тиофос, хлорофос, карбофос, трихлорофос и др.) широко применяют в сельском хозяйстве и быту. Инттоксикация этими соединениями наблюдается при нарушении правил техники безопасности, а также в результате несчастного случая. Фосфорорганические соединения попадают в организм через дыхательные пути, желудок и кожные покровы. Токсичность фосфорорганических соединений обусловлена угнетением активности холинэстеразы в синапсах центральной и периферической нервной системы, что ведет к скоплению ацетилхолина, нарушению проводимости нервных импульсов, перевозбуждению центральных отделов нервной системы.

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а. Выделяют три стадии инттоксикации: I стадия характеризуется психомоторным возбуждением, миозом (сужение зрачков), одышкой, потливостью, повышением артериального давления. Во II стадии наблюдаются отдельные или генерализованные фибриллярные подергивания и судороги мышц, хореоформные гиперкинезы, бронхорея, нарушение дыхания, коматозное состояние. В III стадии происходит угнетение дыхательного центра, появляются параличи дыхательных мышц и мышц конечностей, отмечаются снижение артериального давления, расстройство сердечного ритма.

Л е ч е н и е. Проводят повторное промывание желудка, внутрь — солевое слабительное. В I стадии вводят подкожно 2—3 мл 0,1% раствора атропина несколько раз в течение суток через 1—3 ч до появления сухости во рту, внутримышечно 2 мл 2,5% раствора аминазина и 10 мл 25% раствора сульфата магния. Во II стадии вводят внутривенно по 3 мл 0,1% раствора атропина в растворе глюкозы (15—20 мл) с интервалом 2—3 ч до купирования бронхореи и появления сухости во рту. При резкой артериальной гипертонии и судорогах назначают 1 мл 2,5% раствора бензогексония, 10 мл 25% раствора сульфата магния внутримышечно, 5 мл 10% раствора барбамила внутривенно, 4% раствор гидрокарбоната натрия до 1000 мл внутривенно. Повторно подкожно вводят реактиватор холинэстеразы дипириксим по 1 мл 15% раствора. В III стадии применяют искусствен-

ную вентиляцию легких, внутривенное капельное вливание 0,1% раствора атропина (20—30 мл) до прекращения бронхореи. Вводят внутримышечно или внутривенно реактиваторы холинэстеразы — изонитрозиин по 3 мл 40% раствора или дипироксим по 1 мл 15% раствора, внутримышечно — гидрокортизон (300 мг), антибиотики. На 3—7-е сутки после отравления при низкой активности холинэстеразы и нарушениях проводимости сердца выполняют операцию замещения крови.

Инттоксикация хлорорганическими соединениями. Хлорорганические соединения (ДДТ, детойль, гексахлоран), так же как и фосфорорганические соединения, нашли применение в сельском хозяйстве и быту. Особенностью хлорорганических соединений является их способность депонироваться в головном мозге, внутренних органах, костях, жировой ткани.

Клиническая картина. Появляются боли в животе, рвота, понос, резкое возбуждение, ознобopodobное дрожание, судороги икроножных мышц, мышечная слабость, снижение сухожильных рефлексов. Наблюдаются клонико-тонические судороги, коматозное состояние, поражение печени, острая сердечно-сосудистая недостаточность. При хронической интоксикации развиваются астенический синдром (больные предъявляют жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, повышенную раздражительность, плохой сон, головную боль) и мозжечковые расстройства.

Лечение. Проводят промывание желудка через зонд, форсированный диурез, назначают солевое слабительное. Вводят внутривенно 10 мл 10% раствора глюконата кальция, 10 мл 10% раствора хлорида кальция, подкожно повторно 3 мл 1% раствора никотиновой кислоты, 2 мл 5% раствора тиамина, до 600 мг цианокобаламина внутримышечно. При судорогах вводят барбитал (5 мл 10% раствора внутримышечно). Проводят лечение острой почечной недостаточности. Для устранения гипохлоремии применяют 10% раствор хлорида натрия по 10—30 мл внутривенно.

Инттоксикация метиловым спиртом. Носит в основном случайный характер, возникает при приеме его внутрь вместо этилового спирта.

Клиническая картина. Через несколько часов появляются головная боль, боль в животе, тошнота, рвота, мелькание «мушек» перед глазами. На 2—3-е сутки отмечается снижение зрения, вплоть до полной слепоты.

Беспокоят боли в ногах, нарастающая жажда. Кожа и слизистые оболочки сухие, с синюшным оттенком. Зрачки широкие, реакция их на свет ослаблена. Наблюдается учащение пульса с последующим его замедлением и нарушением ритма. Артериальное давление вначале повышено, затем снижается. Сознание становится спутанным, могут наблюдаться психомоторное возбуждение, судороги, коматозное состояние, ригидность затылочных мышц, повышение тонуса мышц конечностей, длительный коллапс, паралич дыхания. В случаях средней тяжести основным клиническим симптомом может быть нарушение зрения. Начавшись через 2—3 дня после отравления, оно быстро нарастает и приводит к полной слепоте. На глазном дне вначале обнаруживают отек диска зрительного нерва с кровоизлияниями, который затем переходит в атрофию зрительного нерва.

Лечение. Проводят промывание желудка, форсированный диурез, ранний гемодиализ, внутрь — солевое слабительное. Дают 100 мл 30% или 20% раствора этилового спирта внутрь, затем — через каждые 2—4 ч по 50—30 мл 4—5 дней. В коматозном состоянии этиловый спирт вводят внутривенно капельно в виде 5% раствора из расчета 1 мл на 1 кг массы тела больного в сутки на изотоническом растворе хлорида натрия. Вводят внутривенно 25—30 мг преднизолона, 5 мл 5% раствора тиамина, пиридоксина, цианокобаламина, 20 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, внутривенно капельно 200 мл 40% раствора глюкозы и 20 мл 2% раствора новокаина, внутримышечно повторно 2—3 мл 1% раствора АТФ.

ИНТОКСИКАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ

Интоксикация барбитуратами. При острых отравлениях барбитуратами (амитал-натрий, барбамил, фенобарбитал и др.) наиболее частыми симптомами поражения нервной системы являются: изменение сознания от состояния оглушенности до глубокой комы с угнетением деятельности сердечно-сосудистой системы и нарушением дыхания, гипотермией, а в наиболее тяжелых случаях — гипертермией, поражением глазодвигательных нервов (птоз век, расширение зрачков, нарушение конвергенции, нистагм), атаксия, повышение, а затем снижение сухожильных и периостальных рефлексов. После выхода из коматозного состояния наблюдаются эмоциональная лабильность, депрессия, нарушение сна.

Лечение. При коматозном состоянии проводят промывание желудка через зонд после предварительной интубации. В конце промывания желудка дают солевое слабительное (30 г сульфата магния в 100 мл воды). Проводят форсированный диурез в сочетании с введением 4% раствора гидрокарбоната натрия внутривенно. В тяжелых случаях целесообразно раннее применение гемодиализа, перитонеального диализа, гемосорбции. Применяют инъекции бемегида по 10 мл 0,5% раствора до 100 мл в сутки. При глубокой коме бемегид противопоказан.

Инттоксикация пахикарпином. Чаще всего происходит при применении препарата для прерывания беременности. Через несколько часов после приема большой дозы пахикарпина появляются головокружение, тошнота, рвота, резкая общая слабость, расстройство зрения, психомоторное возбуждение. Наблюдаются клонико-тонические судороги, фибриллярные подергивания мышц, тахикардия, артериальная гипертензия. В тяжелых случаях отмечается потеря сознания, коллапс, редкое поверхностное дыхание.

Лечение. Проводят промывание желудка, форсированный диурез, гемодиализ, дают солевое слабительное. При нарушении дыхания применяют искусственную вентиляцию легких. Вводят 1 мл 0,5% раствора прозерина подкожно повторно, 2—3 мл 1% раствора аденозинтрифосфорной кислоты внутривенно, 10 мл 0,5% раствора тиаминна внутривенно повторно, при судорогах — 3 мл 10% раствора барбитала внутривенно.

Инттоксикация нейролептическими средствами. Нейролептические средства составляют одну из основных групп современных психотропных средств. Они оказывают успокаивающее действие, сопровождающееся уменьшением реакции на внешние раздражения, ослаблением психомоторного возбуждения, подавлением чувства страха, агрессивности.

При отравлении нейролептическими средствами (аминазин и др.) наблюдаются резкая общая слабость, головокружение, тошнота, сухость во рту. Затем отмечаются судороги, потеря сознания. Коматозное состояние бывает неглубоким. Наблюдается повышение сухожильных рефлексов, сужение зрачков, учащение пульса, снижение артериального давления. После выхода из коматозного состояния могут развиваться явления паркинсонизма.

Лечение. Проводят промывание желудка, форсированный диурез без ощелачивания плазмы, перитонеальный диализ, гемосорбцию. Дают солевое слабительное.

При артериальной гипотензии вводят 1—3 мл 10% раствора кофеина, 1—2 мл 5% раствора эфедрина подкожно, 4 мл 5% раствора тиамин внутримышечно.

БОТУЛИЗМ

Тяжелая форма отравления возникает при употреблении пищевых продуктов, зараженных бактерией *Clostridium botulinum* или ее токсином.

Клиническая картина. После инкубационного периода, длящегося от 3 до 24 ч, реже 2—8 сут, появляется резкая общая слабость, головная боль, тошнота, рвота, боли в животе, иногда понос. Рано выявляются симптомы поражения ЦНС, преимущественно стволовой части головного мозга. Наблюдается диплопия, птоз век, косоглазие, расширение зрачков с отсутствием реакции их на свет, отсутствие роговичных рефлексов. Вскоре нарушается глотание и речь, появляется ограничение подвижности языка, паралич мягкого неба, утомляемость мышц гортани и глотки. Голос становится сиплым, афоничным. Поражаются ядра черепных нервов и сами черепные нервы, развивается картина бульбарного паралича. Постепенно нарастают расстройства дыхания. Сознание полностью сохранено.

Лечение. Необходимо раннее введение поливалентной антитоксической противоботулинической сыворотки по 10 000 МЕ типа А, С и Е и 5000 МЕ типа В внутривенно по Безредке. При отсутствии терапевтического эффекта в течение 10—12 ч введение сыворотки повторяют в тех же дозах. Проводят промывание желудка взвесью активированного угля (10—15 г на 1 л воды), повторно применяют очистительные (лучше сифонные) клизмы. В тяжелых случаях целесообразно кровопускание с последующим внутривенным введением изотонического раствора хлорида натрия, 5% раствора глюкозы, сухой плазмы. Вводят 0,1—0,5 мл 0,1% раствора стрихнина подкожно, 0,1—0,3 мл 1% раствора лобелина или 0,1—0,3 мл цититона внутривенно или внутримышечно. При тяжелых дыхательных расстройствах применяют искусственное аппаратное дыхание.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Чем клинически отличаются острые и хронические интоксикации?
2. Какова схема лечения интоксикации фосфорорганическими соединениями?

ПСИХИАТРИЯ

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И ИХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА

Методологической основой советской психологии и психиатрии, как и всякой другой науки, является марксистско-ленинская философия. Исходя из основных положений диалектического материализма, психическая деятельность рассматривается как свойство мозга: «Ощущение, мысль, сознание есть высший продукт особым образом организованной материи»¹. Следовательно, органом психической деятельности является головной мозг.

В противоположность этой материалистической точке зрения буржуазные философы-идеалисты считают, что наряду с мозгом существует особая «душа». По их мнению, она самостоятельна и не зависит ни от окружающей среды, ни от организма человека, но управляет его мыслями, чувствами и волей.

Идеалистическое толкование психики противоречит опыту и всем накопленным человечеством знаниям. Для правильного понимания сущности нарушений психической деятельности необходимо знать основные психические процессы в норме.

Все психические процессы неразрывно связаны между собой и представляют различные стороны единой психической деятельности человека. Различают:

- 1) интеллектуальные процессы, обуславливающие познавательную деятельность человека;
- 2) эмоциональные процессы, благодаря которым проявляется отношение человека к окружающим его явлениям и к самому себе;

¹ Ленин В. И. Полн. собр. соч., т. 18. с. 50.

3) вслевые процессы, которыми обуславливается деятельность человека.

Познавательная деятельность начинается с ощущения, в результате которого в головном мозге отражаются отдельные свойства окружающих явлений и предметов. Человек слышит звуки, различает запахи, цвета благодаря органам чувств (слух, зрение, обоняние и др.).

Следующим этапом познавательной деятельности человека является восприятие, которое отражает не только отдельные стороны (качества) предметов и явлений, но и совокупность их различных качеств, т. е. целостные образы этих предметов. Например, восприятие дерева складывается из совокупности ощущений размера, цвета, формы. Воспринятые образы закрепляются, сохраняются в мозге. Такие образы ранее воспринятых предметов и явлений называются представлениями. Представление — мысленный образ того или иного предмета или явления. Чем больше у человека жизненный опыт, тем больше у него представлений. Способность человека сохранять следы прошлых восприятий, ощущений и воспроизводить их в виде представлений (образов предметов), понятий называется памятью.

Высшей формой познавательной деятельности человека является мышление. Процессы мышления дают возможность обобщать, анализировать, сравнивать, сопоставлять то, что отражается в восприятиях и представлениях. В результате мышления создаются понятия, суждения, умозаключения. Мышление находится в неразрывной связи с речью. Например, человек смотрит на картину. Он прежде всего ощущает различные цвета и форму (красное, зеленое, белое, круглое, овальное и др.), которые складываются в определенные предметы и образы. Сопоставляя полученные восприятия — шеренги людей, одетых в спортивную форму, флаги, оркестр, пользуясь запасом представлений из прежнего опыта, человек в результате всего этого делает умозаключение, что на картине изображен парад физкультурников. Сделать умозаключение можно лишь при наличии мышления.

Итак, мышление — это обобщенное и наиболее полное и точное отражение действительности.

Другой стороной единой психической деятельности являются эмоции (чувства), в которых выражается различное отношение человека к окружающим его явлениям

действительности и к самому себе. Так, рассматривая картину, человек испытывает определенные чувства, т. е. проявляет свое отношение к воспринимаемому. Эти чувства могут выражаться удовлетворением, радостью. Плохо нарисованная картина может вызвать чувство досады и неудовольствия.

Однако человек не просто воспринимает окружающую действительность с тем или иным чувством. Он проявляет стремление, желание, вносит те или иные изменения в окружающую среду, что выражается в поступках, действиях. Все эти проявления называются волевыми процессами. К волевым процессам относится и активное внимание. Таким образом, можно сказать, что сама познавательная деятельность невозможна без волевых процессов.

Каким же образом осуществляются все эти сложнейшие психические процессы? Что лежит в их основе? Эти вопросы на протяжении длительного времени занимали умы философов и естествоиспытателей.

Выдающиеся русские революционные демократы XIX века В.Г. Белинский, А.И. Герцен, Н.Г. Чернышевский материалистически подошли к решению вопроса о сущности психики и рассматривали ее как продукт деятельности головного мозга. Естественнаучное подтверждение эти высказывания нашли в замечательных физиологических исследованиях И.М. Сеченова и И.П. Павлова. Без знакомства с основными положениями материалистического учения И.М. Сеченова и И.П. Павлова невозможно правильное понимание и изучение психических процессов.

Множество различных раздражений постоянно поступает через рецепторы в головной мозг человека. К ним относятся разнообразные звуки, оттенки красок, тепловые или холодные раздражители, импульсы из внутренних органов. Все они воспринимаются, как говорил И.П. Павлов, первой сигнальной системой. Любой из этих раздражителей может при определенных условиях вызвать тот или иной условный рефлекс. Таким образом, И.П. Павлов рассматривал условнорефлекторную деятельность как сигнальную деятельность. Первая сигнальная система присуща и животным, и человеку. Однако у животных сигналами первой сигнальной системы ограничивается все восприятие окружающей среды и определяется поведение на протяжении всей жизни.

У человека на основе первой сигнальной системы действительности в неразрывной связи с ней «появились,

развились и чрезвычайно усовершенствовались сигналы второй степени, сигналы этих первичных сигналов — в виде слов, произносимых, слышимых и видимых» (И.П. Павлов). С деятельностью второй сигнальной системы И.П. Павлов связывал способность человека к общению с другими людьми через речь, письмо, а также способность к мышлению.

В связи с наличием у человека второй сигнальной системы И.П. Павлов выделил три основных типа высшей нервной деятельности, присущих только человеку, и положил в их основу соотношение между первой и второй сигнальными системами: 1) художественный тип с преобладанием первой сигнальной системы; 2) мыслительный тип с преобладанием второй сигнальной системы; 3) средний тип с уравновешенностью первой и второй сигнальных систем. Люди художественного типа ярко, образно воспринимают действительность. Они уверенно чувствуют себя в окружающей обстановке. Люди мыслительного типа склонны к рассуждениям, нередко к сомнениям, они бывают нерешительны.

В основе нервной деятельности лежат процессы возбуждения и торможения, которые постоянно сменяют друг друга. Обычно смена одного процесса другим происходит быстро. В патологии возбуждение или торможение может долго не сменяться одно другим. В этих случаях речь идет о появлении застойного (инертного) очага возбуждения или торможения.

Переход от возбуждения к торможению может происходить через определенные промежуточные состояния нервной клетки, которые называются фазовыми состояниями (гипнотическими фазами). Обычно нервные клетки на сильный раздражитель дают более сильную ответную реакцию, чем на слабый, при наличии же фазовых состояний реакция нервных клеток меняется. В зависимости от того, как реагируют нервные клетки на раздражители разной силы, выделяют различные фазы. Уравнительная фаза характеризуется тем, что в ответ на сильный и слабый раздражители получается одинаковая по силе реакция. Парадоксальная фаза — на слабые раздражители возникает большая по силе реакция, чем на сильные. Ультрапарадоксальная фаза — ответной реакции не наступает ни на сильные, ни на слабые положительные раздражители; она возникает в ответ на тормозной раздражитель, т. е. на такой, который до возникновения этой фазы вызывал в клетках торможение. Наркотическая фаза

(гипнотическая) — постепенное затухание условных рефлексов вначале на слабые, затем на средние и, наконец, на сильные условные раздражители. Если развивается полное торможение, клетки перестают реагировать на любые раздражители. Гипнотические фазы у здоровых людей можно наблюдать в момент засыпания, просыпания или неглубокого сна. При некоторых психических заболеваниях частичное торможение может сохраняться и в состоянии бодрствования.

И.П. Павлов различал три вида торможения: внешнее, внутреннее и охранительное (запредельное). Примером внешнего торможения может служить следующее явление. Если в коре большого мозга возникают два очага возбуждения, то более слабый из них, согласно закону отрицательной индукции, затормаживается.

Внутреннее торможение осуществляется в коре большого мозга. Оно образуется так же, как и условные, временные связи, и лежит в основе тормозных условных рефлексов. И.П. Павлов выделил несколько видов внутреннего торможения: угасательное, запаздывающее и дифференцировочное. Внутреннее торможение имеет существенное значение в поведении человека. Ослабление его приводит к ряду нарушений. Процесс внутреннего торможения, распространяющийся по всей коре большого мозга, участвует в наступлении сна.

Величина ответной реакции нейрона зависит от силы раздражителя. Может наступить такой момент, когда клетка перестает справляться с предъявляемой нагрузкой. В этих случаях в ответ на раздражения в ней развивается запредельное (охранительное) торможение, которое является охранительным потому, что предохраняет клетку от разрушения.

Нейроны восстанавливают свои энергетические запасы, находясь в состоянии торможения. На основании этого положения И.П. Павловым было теоретически обосновано охранительное и лечебное значение сна.

Психические нарушения составляют суть психических заболеваний. В одних случаях они носят глубокий характер, сопровождаются выраженными расстройствами осознания реальной действительности, патологическим поведением. Такие формы психических нарушений, соответственно болезней, называют психозами в отличие от пограничных форм нарушений психической деятельности (невроты, психопатии, личностная патология при органических поражениях головного мозга, задержки ин-

теллектуального развития и др.). В ряде случаев психические расстройства не складываются в целостную картину психической болезни, а являются отдельными проявлениями какого-либо иного, например, соматического, неврологического заболевания. Однако эти границы условны, так как нередко эти психические расстройства могут достигать психотического уровня (так называемые симптоматические психозы), по мере течения заболевания — занимать доминирующее положение в клинической картине. В качестве примера можно привести травматический психоз, нарастающее слабоумие после перенесенной травмы головы.

Диагностика психических болезней связана в первую очередь с распознаванием отдельных его проявлений, признаков, т. е. симптомов. Определенная совокупность симптомов называется синдромом. Если симптом, как правило, нозологически нейтрален, то синдром и особенно последовательная смена синдромов позволяют судить об этиологии, т. е. причине возникновения тех или иных психических нарушений.

СИНДРОМОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Расстройства познавательной деятельности

Познавательная деятельность состоит из трех элементов: восприятия, памяти и мышления. Восприятию непосредственно предшествует ощущение — простой психический процесс отражения отдельных свойств предметов и явлений окружающего мира, а также процессов, происходящих внутри организма, возникающих при непосредственном воздействии материальных раздражителей на органы чувств. Другими словами, речь идет о чувственном познании.

Нарушения ощущения

Эти симптомы являются наиболее элементарными.

Гиперестезией называют повышенную восприимчивость больным тех раздражителей, которые в обычном состоянии человеком подчас не фиксируются. Так, обычные звуки воспринимаются оглушающими, свет — ослепляющим. Больной начинает ощущать собственную одежду, которая раздражает его. Подобные расстройства типичны для невротических состояний. Гипестезия — пони-

женная восприимчивость к внешним раздражителям. Окружающий мир с его красками, звуками, иными чувственными раздражителями воспринимается больным как сквозь пелену, отдаленно. Это расстройство встречается, в частности, при депрессиях. Утрата способности к ощущениям носит название *анестезии*. Ее примером может служить психическая болезненная анестезия, характеризующаяся мучительным ощущением внутренней опустошенности. Расстройство характерно для шизофрении.

Сенестопатии — труднолокализуемые, тягостные, как правило, не поддающиеся точному описанию, ощущения, не имеющие в своей основе какой-либо соматической патологии. Больные жалуются, что «внутри», «в коже» и т. д. «что-то как-будто тянет, щекочет, переворачивает» и т. п. Эти расстройства нередко бывают при ипохондрии.

Расстройства восприятия

Расстройства восприятия при патологии психической деятельности выражаются иллюзиями и галлюцинациями.

Иллюзии — это искаженные восприятия реально существующих предметов. Иллюзии подразделяются на зрительные, слуховые, обонятельные, тактильные и вкусовые. Примерами зрительных иллюзий могут служить следующие явления: висящий в комнате халат принимается за человека, куст в лесу — за какого-то зверя. К слуховым иллюзиям относится, например, такое явление, когда шум падающих капель воспринимается как отдельные слова или фразы.

Иллюзии могут наблюдаться и у здоровых людей, особенно в тех случаях, когда восприятие окружающего бывает неотчетливым (полумрак, шумная обстановка) или человек находится в состоянии эмоционального напряжения (ожидание, страх, особенно то и другое одновременно.)

Иллюзии (главным образом зрительные и слуховые) часто возникают у больных инфекционными болезнями, при отравлениях, а также у физически ослабленных людей.

Галлюцинации называются мнимые восприятия, или восприятия без объекта. Если при иллюзиях действительно существующие предметы воспринимаются искаженно, то при галлюцинациях человек видит, слышит, ощущает при отсутствии реального раздражителя.

Рис. 40. Вид больного с зрительными галлюцинациями.



Галлюцинации, как и иллюзии, подразделяются по органам чувств. Чаще наблюдаются зрительные, слуховые и обонятельные галлюцинации. В зависимости от заболевания у больных преобладают те или иные галлюцинации. Так, зрительные галлюцинации (рис. 40) чаще встречаются при острых интоксикационных психозах (алкогольный делирий), инфекционных заболеваниях. Больной может видеть людей, животных, различные чудовища. Галлюцинаторные образы бывают неподвижные, но могут находиться в движении, быть яркими или блеклыми. Бывает и так, что больной сам принимает активное участие в тех сценах, которые разыгрываются в его галлюцинациях (от кого-то спасается, что-то ловит).

Слуховые галлюцинации особенно часто встречаются при шизофрении и алкогольном галлюцинозе (рис. 41). Больной слышит какие-то звуки или человеческие голоса. Голоса могут быть знакомые и незнакомые; они слышатся с разных сторон и на различном расстоянии. Слуховые галлюцинации бывают комментирующего характера или в виде приказаний (императивные), например: «Не ешь», «Не отвечай на вопросы!» Часто больным слышатся так называемые оклики, когда им кажется, что их кто-то зовет по имени.

Обонятельные галлюцинации, как и слуховые, чаще встречаются при шизофрении. Больные ощущают запахи, как правило, неприятные: пахнет тухлым, гнилью, ядовитыми газами. Больные зажимают нос, затыкают ноздри ватой (рис. 42). Поведение больного в момент переживания галлюцинаций в значительной степени зависит от того, как он к ним относится. Отношение больного к галлюцинациям может быть критическим и некритическим. О критическом отношении говорят в тех случаях, когда



Рис. 41. Вид больной со слуховыми галлюцинациями.

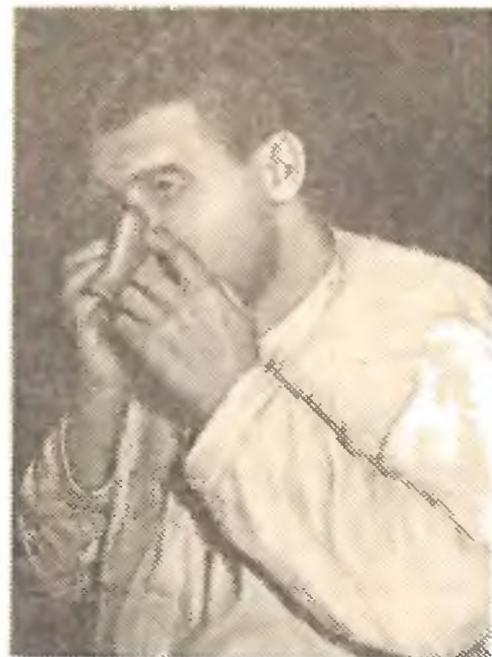


Рис. 42. Вид больного с обонятельными галлюцинациями.

больной оценивает галлюцинации как проявление болезни. Иногда такие больные продолжают работать и тщательно скрывают от окружающих наличие у них галлюцинаций. О некритическом отношении говорят тогда, когда галлюцинаторные голоса или образы принимаются больными за реально существующие. В таких случаях поведение больного определяется содержанием галлюцинаций. Так, например, больному, когда он ехал в поезде, голоса приказывали разорвать железнодорожный билет. Больной трижды выполнял эти требования, покупая на станциях новые билеты.

Энтероцептивные (телесные) галлюцинации выражаются в различных неприятных ощущениях в теле: прохождении электрического тока, лопание «пузырьков в кишечнике», особое давление. Такие галлюцинации часто бывают у больных шизофренией или энцефалитом.

Различают истинные и ложные галлюцинации (псевдогаллюцинации). Больной с истинными галлюцинациями убежден в их реальности, так как они проецируются в окружающем пространстве, не отличаются от обычных звуков, голосов, зрительных образов. Псевдогаллюцинации, по описанию открывшего их русского ученого В. Х. Кандинского, локализуются обычно в пределах собственного

тела больного, а не вовне, сопровождаются ощущением чуждости, сделанности, наведенности. Больные нередко говорят, что слышат голоса «в голове», «внутренним ухом», видят «внутренним глазом», им «делают видения» и т. д. Они описывают собственные псевдогаллюцинации как «механические», неестественного тембра, громкости, формы, окраски и т. д. Истинные галлюцинации более характерны для алкогольных, травматических, органических психозов, псевдогаллюцинации — для шизофрении.

Иногда галлюцинации, в частности, слуховые, являются основным содержанием заболевания. Так, например, при алкоголизме встречается синдром вербального галлюциноза. Больной практически постоянно слышит голоса, комментирующие его поведение, приказывающие ему. Нередко больной свыкается с голосами, осознает их болезненный характер, увязывает их усиление с очередной алкоголизацией.

Расстройства мышления

Расстройства мышления, с которыми приходится встречаться в психиатрической клинике, весьма разнообразны. Они могут проявляться ускорением мышления. При этом темп мышления становится настолько ускоренным, что больные не успевают свои мысли выразить словами. Таких больных бывает трудно понять, так как они пропускают отдельные слова, а иногда и фразы.

Подобное состояние наблюдается чаще в маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза. При этом же заболевании, но в депрессивной фазе наблюдается замедление мышления. В этих случаях в сознании больных надолго задерживается какое-либо представление. Отвечают они односложными фразами, медленно, с большими паузами между словами.

Изменения темпа мышления связаны с большей или меньшей легкостью возникновения представлений, которые в свою очередь отражают ассоциативную деятельность головного мозга.

При вязкости мышления наблюдается патологическая обстоятельность. Если больного просят рассказать о чем-либо, он подолгу останавливается на второстепенных деталях, с большой задержкой подходит к главному, существенному. Патологическая обстоятельность наблюдается при эпилепсии и связана с инертностью нервных процессов (возбуждения и торможения), характерной для этого заболевания.

Резонерство — склонность к ненужным рассуждениям, пустому мудрствованию. Предметом таких рассуждений обычно являются какие-либо второстепенные факты, не заслуживающие внимания.

Разорванность мышления проявляется в том, что отдельные слова или части фраз, правильно построенные грамматически, по смыслу не связаны между собой. Понять высказывания таких больных иногда совершенно невозможно. Так, например, больной на вопрос о самочувствии отвечает: «Ничего, капустаная склока, причем тут Виноградов, а вы мамке сказали». Резонерство и разорванность мышления наблюдаются у больных шизофренией.

Синдром навязчивых состояний

Под этим названием объединяют разнообразные болезненные состояния, которые могут проявляться в форме навязчивых воспоминаний, страхов, сомнений, желаний, действий, ненужность и необоснованность которых больной понимает, а избавиться от них не может. Навязчивые состояния характеризуются критическим отношением к ним. Обычно больные сознают нелепость этих мыслей, движений, страхов, борются с ними, но преодолеть их не могут.

Навязчивости встречаются и у психически здоровых людей. Многим известно, как назойливо может вспоминаться мотив какой-нибудь песенки, который хотелось бы уже забыть. У здоровых явления навязчивости обычно не продолжаются больше нескольких часов или суток, у больных же они могут наблюдаться месяцы и годы.

Навязчивые состояния встречаются при некоторых неврозах, чаще при психастении, шизофрении.

У ряда больных навязчивость может выражаться в виде страха — фобии — заболеть каким-либо инфекционным заболеванием, у других — в боязни закрытых помещений или открытых пространств. Например, больной в течение многих лет боится заболеть бешенством. У него постоянно появляются мысли, от которых он не может освободиться, что его на улице незаметно укусит бешеная собака или крыса. Он хорошо понимает, что этого не может быть или это маловероятно, тем не менее навязчивый страх его не покидает. От окружающих свои переживания больной тщательно скрывает.

Навязчивые сомнения выражаются в том, что боль-

ной сомневается, положил ли он документы в сейф, иногда возвращается по нескольку раз, проверяет; уходя из дома, сомневается, закрыты ли двери, выключен ли свет. Такие явления встречаются и у здоровых.

Навязчивые контрастные желания по своему содержанию могут быть различными. Например, у больного появляется навязчивое желание выпрыгнуть из окна многоэтажного дома, дотронуться рукой до быстро проходящей автомашины. Одна больная хотела выбросить в окно своего ребенка. Эта мысль пугала ее, она уходила подальше от окна, просила его забить. Другая больная, 60 лет, будучи религиозной, при приближении к церкви испытывала навязчивое желание произносить богохульные слова. Это ее необычайно тяготило, но избавиться от этих мыслей не могла. Навязчивые контрастные желания, как правило, больные не выполняют.

Навязчивые действия у больных проявляются по-разному: больные считают окна домов, телеграфные столбы, складывают цифры номеров проезжающих машин. Иногда такие действия выражаются в покашливании, зажмуривании глаз, мытье рук. К явлениям навязчивости относятся ритуалы — такие действия, которые совершает больной, чтобы предохранить себя от предполагаемой опасности.

Синдром навязчивых состояний является основным содержанием невроза навязчивых состояний, некоторых форм шизофрении, протекающих относительно благоприятно.

Сверхценные идеи

Этим термином обозначают суждения, появляющиеся на основе реальных обстоятельств, но занимающие в сознании человека неоправданно важное, не соответствующее их действительной значимости место. Такими идеями могут быть мысли о супружеской измене, изобретениях, сутяжные домогательства. Сверхценные идеи сопровождаются аффективной охваченностью и напряженностью. От бреда они отличаются наличием реальных факторов, лежащих в основе их возникновения. С течением времени они обычно затухают, блекнут, особенно в случаях разрешения вызвавших их обстоятельств в пользу больного.

Эти состояния могут встречаться при психопатии, инволюционных психозах, шизофрении.

Бредовый синдром

Бред — это умозаключение, не соответствующее действительности, возникшее на болезненной основе, не поддающееся критике и коррекции. Заблуждаться может каждый здоровый человек, но его можно разубедить или поколебать его убеждения. Если же возник бред, то сколько бы ни пытались разубедить больного в том, что он не прав, какие бы доводы ни приводили, достигнуть этого не удастся.

Наличие бреда является несомненным признаком психического заболевания. При определенных психических болезнях встречаются преимущественно конкретные формы бреда.

Бред отношения. Больной начинает утверждать, что ряд окружающих его явлений и предметов имеет к нему прямое отношение. Если кто-нибудь разговаривает или улыбается, больной считает, что речь идет именно о нем, что над ним смеются. Например, больному кажется, что лежащая на столе вилка имеет к нему какое-то отношение, этим дается какой-то намек.

Бред преследования. При бреде преследования больные утверждают, что за ними следят подосланные люди, представители «шпионской» организации, которые подглядывают за ним в окно, наблюдают на улице (рис. 43). Такие больные во время переездов делают пересадки, для того чтобы скрыться от врагов, переезжают в другой город.

Бред отравления. Больные считают, что их хотят отравить, в пищу подсыпают яд. Иногда они отказываются от еды. Один больной был убежден, что соседи с нижнего этажа действуют на него газом. Чтобы предотвратить проникновение газа, он налил на пол воду, которая протекла вниз и повредила потолок.

Бред физического воздействия. Такие больные утверждают, что они испытывают воздействие лучей от специальных машин, радиоволн, которые наносят вред их здоровью или руководят их действиями, поступками. Например, один больной утверждал, что его сосед по квартире «постукиваниями» испортил «клапаны пищевода», поэтому у него через рот выделяются кишечные газы. Иногда больные утверждают, что на них действуют гипнозом, электронными машинами, у них «отнимают мысли», передают их мысли на расстояние, делают мысли «звучными».

Ипохондрический бред. Больные считают, что



Рис. 43. Вид больного с бредом преследования.

у них тяжелая болезнь (рис. 44). Они утверждают, что гниет желудок или в кишечнике застряла кость, которая проникла в позвоночник. Другие утверждают, что их сердце давно перестало работать, и они скоро погибнут. Описанные формы бреда характерны для шизофрении.

Бред величия и богатства. Больные считают себя великими полководцами или учеными, изобретателями или богачами, имеющими много денег, золота. Один больной уверял, что его ежедневно ожидает самолет, на котором он по утрам летает на Северный полюс для прогулки. Подобный вид бреда, характеризующийся крайней нелепостью, особенно часто встречается при слабоумии, осложняющемся прогрессирующим параличом (рис. 45).

Бред ущерба. Этот вид бреда типичен для больных со старческим слабоумием. Они убеждены, что их обворовывают, в связи с этим обычно прячут свои вещи, а так как у них, как правило, расстроена память, то забывают, куда спрятали вещи. Это усиливает их бредовые переживания. Находясь в больнице, такие больные иногда свертывают все постельные принадлежности в узел и пытаются их спрятать, спасая от грабителей и воров.

Бред самообвинения. Больные считают себя преступниками, нередко утверждают, что в результате их деятельности нанесен непоправимый вред государству, семье. Заявляют, что они должны понести тяжелое наказание. Появляются мысли, а иногда и попытки к само-



Рис. 44. Вид больной с ипохондрическим бредом.

убийству. Этот вид бреда характерен для инволюционного психоза.

Выше описаны наиболее распространенные формы бреда в зависимости от его содержания. Кроме того, бред может быть разделен на первичный и образный (чувственный).

Первичный бред называется также интеллектуальным; в его основе лежат интерпретации, болезненные толкования фактов, событий. Первичный бред стоек, со временем приобретает характер системы, меняющей мировоззрение больного, его интересы, поведение.

Первичным бредом является уже описанный бред преследования, ипохондрический бред. Некоторые больные, не будучи специалистами в той или иной области, не располагая соответствующими знаниями, совершают «открытия», «изобретают» (бред изобретения), добиваются внедрения своих предложений. Как правило, они отличаются выраженной активностью. При бреде ревности больные убеждены в неверности супруга; в качестве доказательств приводят нелепые факты, полученные при слежке, осмотре белья, кожных покровов, «намекы» со стороны окружающих и т. д.

При образном бреде нет цепи доказательств, логичных обоснований. Этот бред связан с болезненными представлениями, образами. Он не систематизирован, непоследователен, возникает остро, сопровождается напряжением, тревогой, страхом. Если первичный бред изолирован, то образный связан с галлюцинаторными расстройствами, измененным настроением; по сути своей он вторичен. Примером может служить описанный бред самообвинения, развивающийся на фоне депрессии. При маниакальных состояниях (повышенное настроение) может встречаться бред величия. Помимо фантастического, образный бред может быть и



Рис. 45. «Удостоверение личности» большого с бредом величия.

обыденным по содержанию. Например, больной убежден в преследовании, так как ощущает отовсюду опасность — окружающие вдруг перегруппировались, заходят сбоку, подают друг другу знаки, заслоняют выход и т. д. Больной, стараясь спастись, может выпрыгнуть в окно, напасть на «врагов», в панике призывать на помощь.

Приведенные характеристики имеют значение при выделении бредовых синдромов.

Паранойальный синдром состоит из первичного бреда преследования, ревности, ипохондрического бреда и др. Другие психопатологические расстройства отсутствуют.

Параноидный синдром характеризуется преобладанием образного бреда, тесно связанного со слуховыми галлюцинациями, тревогой, подавленным настроением. Этот синдром может проявляться в форме параноида (при преобладании бреда) и галлюцинаторно-параноидного синдрома. При хроническом течении последнего бред носит более систематизированный характер, не выражены аффективные расстройства. Вариантом параноидного синдрома является синдром Кандицкого — Клерамбо (псевдогаллюцинации, бред преследования и воздействия и психические автоматизмы). Больные убеждены, что на них дей-

ствуют извне — «делают» мысли, «отнимают» их, «подстраивают» настроение, сны, влияют на их ощущения, физиологические функции, управляют их действиями и т. д. Больные ощущают себя во власти преследователей, «экспериментаторов».

Основной особенностью парафренного синдрома — парафрении является фантастический характер бреда, его сочетание с измененным настроением.

Расстройства памяти. Корсаковский (амнестический) синдром

Память — это способность запечатлеть, сохранять и воспроизводить данные прошлого опыта. Принято считать, что память складывается из способности запоминать, удерживать то, что запечатлено, и воспроизводить его.

Нарушения памяти делятся на расстройства запоминания и воспроизведения. Нарушения запоминания проявляются в том, что человек утрачивает способность усваивать новый материал. В подобных случаях он может одну и ту же страницу читать много раз и в то же время не будет в состоянии пересказать ее содержание.

Бывает даже так, что при повторных чтениях каждый раз текст на одной и той же странице воспринимается как нечто новое. Подобные состояния чаще наблюдаются при корсаковском психозе и ряде других заболеваний (старческое слабоумие, атеросклероз, инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы).

К нарушению воспроизведения относится гипомнезия — ослабление памяти, или отдельных ее компонентов, при котором человек с большим трудом вспоминает то, что когда-то хорошо знал, или некоторые события не может вспомнить совсем. Так, больной, по специальности инженер, назвал только два произведения А. С. Пушкина («Евгений Онегин» и «Цыгане»), других он вспомнить не мог. На вопрос о том, сколько у него внуков, ответил, что четверо, но по имени смог назвать только двух, хотя жил с ними в одной квартире на протяжении нескольких лет.

Амнезия — это выпадение воспоминаний о событиях того или иного отрезка времени. Различают ретроградную амнезию, когда из памяти выпадают события, предшествовавшие заболеванию, и антероградную, когда из памяти выпадают события, происшедшие после начала заболевания; больной не в состоянии запомнить и воспроизвести текущие события. Расстройство памяти типа ретроградной ам-

незии отмечается при сотрясении мозга, когда больные не могут вспомнить, чем занимались в день травмы, при каких обстоятельствах с ними произошел несчастный случай.

Нарушения памяти могут проявляться ложными воспоминаниями — псевдореминисценциями, когда больные переносят события прошлого в настоящее. Например, больная, в прошлом преподавательница гимназии, на вопрос о том, что она делала несколько часов назад, ответила: «Я имела беседу с начальницей гимназии и занималась с учениками».

Конфабуляция — заполнение провалов памяти вымышленными событиями. Так, больной, который около 3 мес находился в больнице, уверял, что 2 дня назад вернулся из заграничного путешествия. Подобные нарушения памяти чаще бывают при органических поражениях головного мозга (атеросклероз, прогрессивный паралич, сифилис головного мозга).

Корсаковский (амнестический) синдром характеризуется своеобразным расстройством памяти на текущие события при сохранении ее на события прошлого. Больные ничего не могут запомнить. Содержание заданного вопроса они очень быстро забывают. Больные не могут рассказать, чем они занимались несколько минут назад, кто их навещал. Для этого синдрома характерны также конфабуляции и псевдореминисценции, нарушение ориентировки в месте и во времени. В то же время сохраняется способность решать сложные задачи, если все условия их находятся в поле зрения.

Данный синдром является частью клинической картины корсаковского психоза. Однако он может наблюдаться и при атеросклерозе сосудов головного мозга, старческом слабоумии, травмах, инфекционных заболеваниях и отравлениях.

Слабоумие

Слабоумие — выраженное, стойкое снижение интеллекта (способность к приобретению новых знаний, потенциальные возможности мышления, памяти, внимания, уровень возможных достижений психической деятельности). При слабоумии у человека снижается способность понимать связь между явлениями, утрачивается способность отделять главное от второстепенного, отсутствует критическое отношение к своим высказываниям, поведению, ослабевает память, уменьшается запас знаний, представлений. Больные не воспринимают отвлеченные понятия, не способны к обоб-

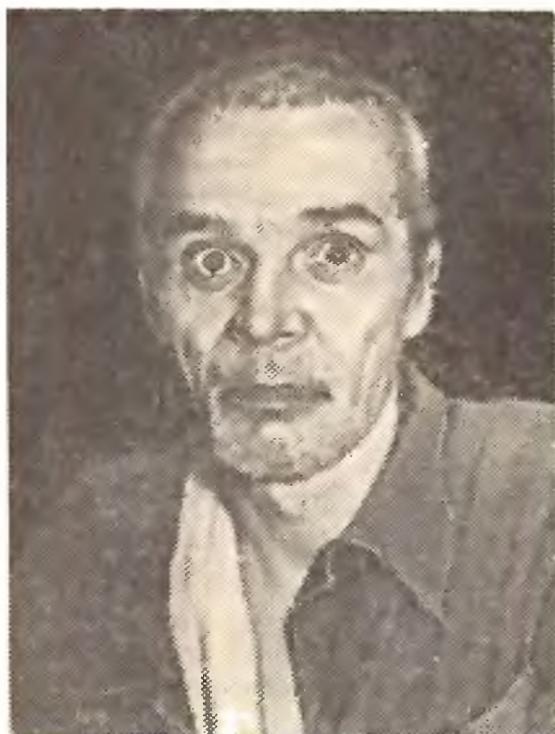


Рис. 46. Выражение лица больного с приобретенным слабоумием.

щениям. Таким образом, слабоумие представляет собой совокупность взаимосвязанных симптомов утраты познавательной деятельности. Различают два вида слабоумия: врожденное и приобретенное.

В основе олигофрении (врожденное слабоумие) лежит недоразвитие мозга в результате генетических нарушений, внутриутробных повреждений или заболеваний раннего детского возраста.

Приобретенное слабоумие является следствием органического поражения головного мозга в более позднем возрасте, чаще всего при прогрессивном параличе, старческом слабоумии, атеросклерозе сосудов головного мозга, травмах головного мозга (рис. 46).

Известен случай, когда больной, страдавший слабоумием, для того чтобы выгнать из комнаты налетевших комаров, развел на полу костер, в результате чего возник пожар. Другой больной проржавевшую крышу дома заклеивал газетной бумагой. Такое поведение больных свидетельствует о том, что они не понимают взаимосвязи явлений. На вопрос, в чем состоит разница между пароходом и поездом, один больной ответил, что у парохода труба шире. Другой считал, что различие между трамваем и троллейбусом заключается в том, что троллейбусы чаще синие, а трамваи — красные.

Больные со слабоумием утрачивают способность логически мыслить, анализировать, обобщать, теряют критику к своему поведению, высказываниям, не могут оценить окружающую обстановку. Такие больные могут решать сложные задачи, оставаясь совершенно оторванными от реальной жизни.

В основе слабоумия лежат грубые органические изменения клеток головного мозга, что приводит к тяжелым

расстройствам высшей нервной деятельности. При этом расстраивается формирование новых условных рефлексов, вплоть до полной невозможности образовать их. Ранее образовавшиеся сложные системы условных рефлексов разрушаются. При шизофреническом слабоумии системы условных рефлексов тормозятся, и при улучшении состояния (ремиссии) они могут снова нормально функционировать.

Расстройства эмоциональной сферы

Эмоция — это реакция в виде субъективно окрашенного переживания, например, радость, печаль, гнев, любовь. Все психические процессы сопровождаются эмоциями.

На человека постоянно действует множество различных внешних и внутренних раздражителей. В зависимости от характера раздражителя и состояния организма возникают различные чувства, которые определяют настроение. У здорового человека настроение в течение суток может изменяться.

Бурное проявление эмоций (гнев, радость, тоска, страх) называют аффектом. В случаях кратковременного психического расстройства с помрачением сознания говорят о патологическом аффекте. В таком состоянии человек может совершить тяжелое правонарушение. После этого часто наступает сон и всегда полная амнезия на события, происшедшие во время патологического аффекта.

Об эмоциональном состоянии судят по мимике, высказываниям больного, движениям, изменениям обмена веществ, вегетативным реакциям. Как известно, при эмоциях изменяется содержание сахара в крови, вязкость крови, расширяются или суживаются сосуды головного мозга, сердца, легких, почек. Все это имеет важное биологическое значение. Так, например, при волнениях и страхе увеличивается количество сахара в крови, от чего зависит питание мышц и, следовательно, способность к защите.

В настоящее время установлено, что эмоции в основном связаны с деятельностью некоторых образований подкорковой области. Если у больного ослабевают корковые процессы, то эмоциональные проявления в этих случаях усиливаются.

Следует помнить, что с подкоркой связаны примитивные эмоции, которые существуют с момента рожде-

ния. В процессе жизнедеятельности на их основе с участием коры формируются более сложные эмоции. Следовательно, в возникновении эмоций участвуют и подкорка, и кора.

При различных психических заболеваниях происходит повышение или понижение эмоциональности. К усиленной эмоциональности относятся такие состояния, как эйфория, депрессия, тревога, страх, к пониженной — эмоциональная тупость, безразличие.

Эйфория — приподнятое настроение, когда все окружающее воспринимается в радужных тонах. В этом состоянии больные много смеются, всем довольны. Эйфория чаще наблюдается при органических поражениях головного мозга, например при прогрессивном параличе. При маниакально-депрессивном психозе болезненно веселое настроение, как правило, сочетается со стремлением к деятельности. Такое состояние называют **манией**.

Депрессия — состояние, противоположное эйфории, при котором больные испытывают чувство тоски. Все воспринимается в мрачных тонах, движения замедлены. Нередко господствует мысль о том, что жизнь больше не имеет смысла. Такое состояние характерно для депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза. Тревога, которую испытывают больные, как правило, беспредметна. Иногда больные жалуются, что с ними, с их родственниками должно случиться что-то плохое. Как и депрессия, тревога нередко приводит к мысли о самоубийстве. Состояние тревоги чаще отмечается у больных с предстарческими психозами.

Нередко страхи занимают видное место у больных с депрессивным состоянием. Иногда больные опасаются чего-то определенного, а иногда бывает безотчетный страх. Испытывая чувство страха, больные могут застывать в определенной позе или стремятся куда-то бежать.

При незначительном понижении эмоциональности больные становятся более равнодушными к происходящим событиям, холоднее относятся к близким. При крайней степени снижения эмоциональности наступает **эмоциональная тупость**. Такому больному все становится безразличным. Например, на вопрос, желает ли он выписаться из больницы, больной отвечает, что ему все равно, где быть — дома или в больнице. Такие больные обычно не имеют планов на будущее. К сообщению о гибели близкого человека они относятся с полным безразличием. Эти состояния чаще наблюдаются при шизофре-

нии. При этом же заболевании бывают нарушения в области эмоциональной сферы, при которых внешние раздражители вызывают неадекватные им эмоциональные проявления. Так, например, в ответ на сообщение о болезни близкого человека больной улыбается.

Повышение эмоциональности обычно связывают с возбуждением подкорковой области. При нарушениях взаимодействия коры и подкорки переживания человека не согласуются с внешней эмоциональной реакцией (смех в ответ на печальное известие).

При ослаблении корковых процессов создаются условия, облегчающие проявления эмоций. Такие больные легко плачут или смеются по незначительному поводу, легко переходят от плача к смеху и наоборот. Больные часто критически относятся к этим проявлениям, но сдержать себя не могут. Описанное нарушение эмоций называется слабодушием.

В тех случаях, когда расстройства настроения преобладают в структуре синдрома, говорят об аффективных (эмоциональных) синдромах.

М а н и а к а л ь н ы й с и н д р о м характеризуется триадой расстройств: повышенное настроение, ускорение темпа мышления, повышенная деятельность. Легкую степень подобных эмоциональных расстройств называют гипоманиакальным синдромом. Маниакальные расстройства могут сочетаться и с другими психическими нарушениями, например, бредом. Такие состояния обозначаются как маниакально-бредовый синдром.

Типичный депрессивный синдром проявляется в сниженном настроении, замедленном течении ассоциаций, заторможенности движений (депрессивная триада). Необходимо напомнить, что эти больные склонны к самоубийству. При нарастании депрессивных расстройств может развиваться депрессивный ступор (обездвиженность (см. рис. 47). Больные безучастно пребывают в одной позе, все жизненно важные функции организма и потребности больных резко понижены.

Т р е в о ж н о - д е п р е с с и в н ы й с и н д р о м характеризуется сочетанием тоскливого настроения с тревогой, ожиданием каких-либо несчастий. Больной беспокоен, многоречив, не может ничем заниматься, плохо ест и спит. Могут быть попытки к самоубийству. Этот синдром характерен для больных с ипсволюционными (пресенильными) психозами. При а ж и т и р о в а н н о й д е п р е с с и и тревога достигает крайней степени — больные возбуждены,

склонны к самоповреждениям. Они требуют особого внимания к себе. Как и маниакальные, депрессивные расстройства могут сочетаться с бредом, галлюцинациями, другими психическими нарушениями. В таких случаях состояние обозначается как бредовая депрессия, депрессивно-параноидный синдром.

Расстройства волевой сферы

Сознательные и целеустремленные действия человека связаны с волевыми усилиями. При психических заболеваниях могут отмечаться разнообразные нарушения волевых процессов, в основном отмечается повышение и понижение волевой деятельности.

Гипербулия — повышение волевой деятельности; **гипобулия** — понижение ее с вялостью, бездеятельностью, отсутствием интереса к общению; **абулия** — полное отсутствие каких-либо побуждений. Например, при маниакальном состоянии повышение волевой активности проявляется главным образом в речевом и двигательном возбуждении, причем речевая продукция и движения носят целенаправленный характер, но нарушение внимания при этом лишает деятельность больных завершенности.

Понижение волевой активности может наблюдаться при ряде органических поражений головного мозга (прогрессивный паралич, опухоль мозга, церебральный атеросклероз), депрессивных состояниях, шизофрении.

Процесс активного внимания всегда связан с волевым усилием. Например, человеку, который желает заниматься определенным делом, необходимо активное внимание, чтобы выполнить эту работу. В патологическом состоянии возникает повышенная отвлекаемость. При этом больной направляет свою деятельность на все, что попадает в поле его зрения, и ни одного дела не доводит до конца. Это состояние часто наблюдается при маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза.

При депрессиях отмечается концентрация внимания, т. е. в сознании больного преобладает какой-то определенный круг мыслей, причем переключение удается с большим трудом.

Неустойчивость или истощаемость внимания наблюдается у больных неврастенией. Больные прилагают усилия, чтобы заняться определенным делом, но скоро замечают, что их внимание занято другим. Особенно ярко это можно наблюдать при чтении. Больной делает усилие, чтобы

прочтеть текст. Несколько строчек он усваивает, а затем отмечает, что читает механически, а мысли его заняты иным, через некоторое время все повторяется сначала.

Волевая деятельность предусматривает прежде всего сознательную регуляцию человеком своего поведения, в том числе и связанного с реализацией влечений. При психических заболеваниях могут встречаться как ослабление влечений (например, при депрессиях), так и их усиление, извращение. К волевым расстройствам относятся также импульсивные влечения душевнобольных в виде, например, пиромании — стремления к поджогам, дромомании — непреодолимого влечения к бродяжничеству, дипсомании — стремления к периодическим запоям, клептомании — навязчивого стремления к воровству ненужных, не имеющих ценностей вещей. Волевые расстройства могут проявляться в желании больных покончить жизнь самоубийством, в отказе от пищи, в негативизме — немотивированном стремлении действовать наперекор другим, мутизме — молчании, когда больной не говорит, не отвечает на вопросы.

Особая группа расстройств полового влечения будет рассмотрена при описании психопатий.

Расстройства двигательной сферы

Двигательные нарушения при психических заболеваниях в целом можно разделить на две группы: понижение двигательной активности и двигательное возбуждение. Особую группу составляют импульсивные действия, реализующиеся без волевого контроля. Они всегда неожиданны, немотивированы, нередко носят агрессивный характер. Встречаются чаще при некоторых формах шизофрении, расстройствах сознания при эпилепсии.

Ступорозные состояния. Ступор — это состояние полной или частичной обездвиженности. Различают несколько видов ступора: депрессивный, психогенный, кататонический.

Депрессивный ступор наблюдается чаще всего при депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза. Больные при этом почти не в состоянии совершить какое-либо действие или даже движение. Получить ответ на вопрос удается с большим трудом; иногда больных приходится кормить. На их лице выражение печали и скорби (рис. 47). Иногда депрессивный ступор внезапно



Рис. 47. Поза и выражение лица больной с депрессивным ступором.



Рис. 48. Вид больного с апатическим ступором.

сменяется раптусом — взрывом тоски. При этом больной может вскочить и в состоянии возбуждения нанести себе тяжелые повреждения.

При психогенном ступоре больные неподвижны, молчаливы, однако, когда слышат разговор о травмирующей ситуации, вызвавшей ступор, могут проявить эмоциональную реакцию: краснеют, бледнеют, плачут.

Кататонический ступор выражается в полной неподвижности. В одних случаях наблюдается понижение мышечного тонуса (вялый ступор) (рис. 48): поднятая вверх рука пассивно падает, в других случаях ступор протекает с повышением мышечного тонуса, тогда или очень трудно изменить положение больного, или это вовсе не удастся. Иногда при кататоническом ступоре состояние мышц бывает таким, что больному можно придать любое положение, в котором он застывает. Это явление называется восковой гибкостью, или катаlepsией. Кроме шизофрении, кататонический ступор может наблюдаться при инфекциях и интоксикациях. Он длится от нескольких часов до многих месяцев. Во время ступора



Рис. 49. Вычурная поза больного при маниакальной гебефрени.

больные часто отказываются от пищи, поэтому приходится кормить их через зонд. Основой ступора является торможение двигательных отделов коры большого мозга, которое распространяется на подкорковые и стволовые образования мозга.

Состояния двигательного возбуждения. В психиатрической практике часто приходится встречаться с маниакальным и кататоническим возбуждением.

При маниакальном возбуждении больные постоянно стремятся к деятельности, находятся в постоянном движении. Во всех их действиях имеется определенная целенаправленность, но в связи с повышенной отвлекаемостью внимания они ни одного дела не доводят до конца. Больные много говорят, иногда настолько быстро, что пропускают отдельные слова, фразы, голос становится хриплым. Ко всем окружающим постоянно обращаются с различными вопросами и предложениями. Чаще встречается более легкая форма маниакального состояния — гипоманиакальный синдром. Маниакальное возбуждение наблюдается при маниакально-депрессивном психозе.

При кататоническом возбуждении движения бесцельны, неестественны, стереотипны, в них нельзя усмотреть какого-либо намерения больного. Иногда двигательное возбуждение охватывает лишь отдельные группы мышц: например, при полной неподвижности ног

больной совершает движение руками, гримасничает, выкрикивает отдельные слова. Высказывания носят разорванный характер. Кататоническое возбуждение встречается при шизофрении.

Гебефреническое возбуждение: больные манерны, кривляются, гримасничают, принимают неестественные позы (рис. 49), иногда без причины смеются, могут быть агрессивны, высказывания их пустословны, слова они коверкают.

Судорожный синдром

В психиатрической практике в основном приходится иметь дело с двумя видами судорожных припадков: эпилептическим и истерическим. Судорожный припадок при эпилепсии называют эпилептическим, аналогичный припадок, наблюдаемый при других заболеваниях (например, при черепно-мозговой травме, сифилисе мозга, атеросклерозе сосудов головного мозга), — эпилептиформным.

Эпилептический и эпилептиформный припадок. Во время припадка больной внезапно теряет сознание, падает, лицо его бледнеет, а затем принимает синюшную окраску. Тотчас начинаются тонические судороги, которые выражаются в напряжении всей мускулатуры тела. Через 30—40 с тонические судороги сменяются клоническими, проявляющимися периодическим сокращением и расслаблением мышц. Клонические судороги продолжаются 1—2 мин. На этом припадок заканчивается, в общей сложности он длится не более 5 мин. Во время припадка реакция расширенных зрачков на свет отсутствует. Исчезают также и другие рефлексy. При падении больные могут получить различные повреждения. Необходимо помнить, что после эпилептического припадка больной либо засыпает, либо некоторое время находится в заторможенном состоянии — не понимает, где находится, кто его окружает и т. д. В этот период у больного может возникнуть психомоторное возбуждение, он может быть опасен для окружающих. Так протекает большой эпилептический припадок. В некоторых случаях судороги во время припадка могут быть неразвернутыми (абортивный эпилептический припадок). При малых эпилептических припадках отсутствуют тонические судороги — больной кратковременно теряет сознание, но не падает, отмечается подергивание отдельных мышц.

При некоторых формах (Джексоновская эпилепсия) судорожные сокращения отдельных мышц происходят при ясном сознании.

Истерический припадок. Начало истерического припадка чаще связано с какими-то внешними раздражителями. Припадок развивается медленнее, чем при эпилепсии. Падая, больные не получают тяжелых повреждений, как при эпилептических припадках. Во время припадка у них сохраняются рефлексы, зрачки реагируют на свет. Сознание полностью не утрачивается, можно иногда говорить только об его сужении. Больные реагируют на окружающее. Судороги при истерическом припадке не имеют такой строгой последовательности, как при эпилептическом. Они могут сочетаться с различными, иногда сложными и выразительными движениями («истерическая дуга»). Припадок иногда продолжается до нескольких часов.

Синдром расстроенного сознания

Сознание — высшая форма отражения человеком окружающей действительности. Ясное сознание означает, что человек правильно ориентируется в окружающей обстановке, собственной личности, во времени, отдает себе отчет во всех своих действиях, может использовать накопленный опыт. Сознание — это результат наибольшей активности коры большого мозга, причем область такой активности то суживается, то расширяется, меняя свои очертания. В каждый момент сознанием охватывается определенный круг представлений.

В патологии наблюдаются расстройства сознания, которые могут сочетаться с нарушениями всех сторон психической деятельности. Остановимся на основных видах нарушения сознания.

Состояние оглушения. В состоянии оглушения больные слабо реагируют на окружающие раздражители. Для получения от них ответа вопрос приходится повторять по нескольку раз или произносить его громче обычного. Больные отвечают односложно и с большими паузами, к происходящим вокруг событиям относятся безучастно. Движений мало, мимика бедная, прошлое вспоминается с трудом, во время сна отсутствуют сновидения.

Оглушенность может продолжаться от нескольких часов до нескольких дней и дольше. Когда это состояние проходит, больные могут лишь частично рассказать

о том, что с ними было. Состояние оглушенности часто встречается при различных заболеваниях (тиф, пневмония, черепно-мозговая травма, опухоль мозга, уремия, сахарный диабет).

Делириозное состояние. Это состояние представляет собой галлюцинаторное или иллюзорно-галлюцинаторное расстройство сознания, сочетающееся с возбуждением. Оно характеризуется наличием ярких зрительных галлюцинаций и иллюзий. Слуховые галлюцинации встречаются значительно реже. Больные переживают целые сцены, чаще устрашающего содержания, имеется ориентировка в месте и во времени. В переживаемых сценах больные обычно принимают активное участие. Их поведение обусловлено содержанием галлюцинаций. Делириозное состояние продолжается в среднем от нескольких часов до нескольких дней, к вечеру оно обычно усиливается. По окончании делирия больной может рассказать о своих болезненных переживаниях. Расстройство сознания делириозного типа наблюдается при инфекциях, травмах, интоксикациях.

Онейроидное состояние. Это грезоподобное или сновидное нарушение сознания. В отличие от делирия в этом состоянии нет единства между переживаниями больных и их поведением на высоте онейроидного расстройства сознания. Переживания фантастичны: больные видят себя на других планетах, в других мирах, в аду, в раю, летящими на ракете, в космосе и др. Поведение больных не соответствует переживаниям, они либо лежат в субступорозном состоянии, либо ходят, временами впадая в состояние возбуждения. Обычно отмечается двойная ориентировка в окружающем. Так, больной знает, что находится в больнице, и вместе с тем одновременно считает, что живет на Марсе.

Онейроидное состояние может продолжаться неделями, по выходе из него сохраняются воспоминания о болезненных переживаниях. Наблюдается это расстройство сознания чаще всего при шизофрении.

Аментивное состояние. При аментивном расстройстве сознания больные совершенно не ориентируются в окружающей обстановке и утрачивают сознание собственной личности. Они не понимают связи между окружающими явлениями и предметами. Иногда больные беспокойны, но при этом остаются в постели. Могут быть отрывочные галлюцинации. На вопросы больные не отвечают. Собственная речь их бессвязна.

Аментивное состояние может продолжаться до нескольких недель. После его окончания наблюдается полная амнезия. Встречается это состояние при инфекциях, интоксикациях, истощении нервной системы.

При исследовании высшей нервной деятельности таких больных обнаруживают резкую истощаемость процессов возбуждения и торможения.

Коматозное состояние. Выражает самую глубокую степень расстройства сознания. Больные не отвечают на вопросы, не реагируют на болевые раздражители. Зрачки расширены, реакция на свет отсутствует. Нередко выявляются патологические рефлексy. Коматозное состояние встречается при тех же заболеваниях, что и оглушенность. В основе этого состояния лежит глубокое торможение коры мозга и нижележащих отделов.

Сумеречное состояние. Клиника сумеречного состояния довольно разнообразна: оно развивается внезапно и также внезапно заканчивается. Иногда процесс ограничивается сужением сознания: больные бродят по улицам, отвечают на вопросы, автоматически выполняют несложную работу, не отдавая себе в этом отчета. В других случаях больные галлюцинируют. Тогда поведение их определяется содержанием галлюцинаторных переживаний. Иногда больным кажется, что на них нападают, хотят убить. Они защищаются или в страхе бегут. В этот момент они могут совершить опасные действия. Сумеречное состояние может продолжаться от нескольких минут до нескольких дней и даже недель. По окончании его наблюдается амнезия: больной не может рассказать, что с ним было. Наиболее характерны такие состояния для эпилепсии, истерии, черепно-мозговой травмы. При истерических сумеречных состояниях нет глубокого сужения сознания и не наступает полной амнезии.

Невротический синдром

Неврастенический (астенический) синдром. Основными проявлениями этого синдрома являются раздражительная слабость и истощаемость. Повышенная чувствительность к внешним раздражителям (звук, свет, тепло, холод), чрезмерная впечатлительность в отношении любых событий (отрицательных и положительных), эмоционально-вегетативная возбудимость сочетаются с быстрой истощаемостью и медленным восстановлением психической продуктивности и физических сил.

Больные с астеническим состоянием раздражительны, нетерпеливы, эмоционально неустойчивы, склонны к слезливости, крайне утомляемы, страдают нарушениями сна (трудность засыпания, ранние пробуждения, поверхностный сон, который не приносит ощущения отдыха, реже — гиперсомния), вялы и сонливы в дневное время. Нередко при этом отмечаются головные боли и вегетативные нарушения (лабильность вазомоторных реакций, гипергидроз, нарушения терморегуляции и др.).

Астенический синдром наблюдается при многих заболеваниях, а отдельные его признаки свойственны и состояниям утомления. Чаще всего признаки астении возникают в связи с перенесенными инфекциями, интоксикациями, другими соматическими нарушениями или являются начальным этапом психических заболеваний — атеросклероза, прогрессивного паралича, шизофрении. Наиболее длительно и в классическом своем проявлении астенический синдром наблюдается при неврастении.

При прогрессирующих психических заболеваниях признаки неврастенического синдрома возникают обычно в единстве с более тяжелыми признаками упадка психической деятельности, что и позволяет дифференцировать эти состояния от проявлений астении в чистом ее виде, в частности при неврозах. Так, например, при атеросклерозе головного мозга неврастенический синдром характеризуется выраженными признаками недержания эмоций, специфическими для позднего возраста расстройствами памяти. Данное заболевание характеризуется также нарастающим снижением критики и снижением продуктивности психической деятельности.

При шизофрении астенический синдром сочетается со специфической для этих больных диссоциированной эмоциональностью, характеризуется монотонностью и аутистической окрашенностью поведения.

Синдром навязчивых состояний. Характеризуется преобладанием в клинической картине явлений навязчивости в виде страхов, сомнений и т. д. Эти расстройства нередко носят затяжной характер, могут усложняться за счет присоединения защитных действий (ритуалов), выраженных явлений депрессии (чувство безысходности, угнетенности), стойких изменений характера (обособленность, мнительность). При шизофрении навязчивость приобретает вычурный, отвлеченный характер, при неврозах — она связана с психотравмой, психологически понятна.

Ипохондрический синдром. Больные высказывают повышенные опасения относительно состояния своего здоровья, находят у себя несуществующие заболевания, утверждают, что они могут погибнуть, если не будут приняты срочные меры. Часто больные жалуются на боли в брюшной полости и сердце. При этом настроение у них пониженное. К заверениям врача, что состояние их здоровья не вызывает опасений, относятся недоверчиво. Иногда с целью проверки правильности слов врача обращаются с одними и теми же вопросами к другим специалистам, читают соответствующую литературу.

Истерический синдром. Этот синдром характеризуется усилением и неустойчивостью эмоциональных реакций. Больные громко плачут, громко смеются. Переход от одного состояния к другому совершается очень быстро. Эмоции обычно оказывают значительное влияние на течение представлений. Отношение больных к окружающим определяется состоянием эмоциональной сферы. В своих поступках они руководствуются чувствами, а не разумом. Требуя к себе повышенного внимания, больные стараются быть замеченными. Имеется склонность к фантазированию. Под влиянием внешних раздражений могут возникнуть судорожные припадки.

Указанный синдром встречается при ряде заболеваний, например при черепно-мозговых травмах, в начальной стадии шизофрении, интоксикациях. При любом заболевании, когда возникает слабость корковых процессов, может развиваться синдром истерии. В основе синдрома, как указывал И.П. Павлов, лежит слабость коры с преобладанием первой сигнальной системы и подкорковых образований.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Что понимают под психическими заболеваниями?
2. Назовите основные симптомы нарушений познавательной деятельности.
3. В чем различие между истинными и ложными галлюцинациями?
4. Приведите основные характеристики бреда.
5. Назовите основные бредовые синдромы, их характеристики.
6. Что понимают под триадой расстройств при аффективных нарушениях?
7. Что такое импульсивность?
8. В чем различие между эпилептическим и судорожным синдромами?
9. Чем проявляются астенические расстройства?

ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

До конца XIX века классификация психических болезней основывалась на симптомах заболевания, поэтому такой принцип назывался симптоматическим. Затем был предложен нозологический принцип, при котором учитывались в первую очередь этиология и патогенез заболевания. Этим принципом советская психиатрия руководствуется и в настоящее время. Учет этиологических моментов в развитии того или иного психического заболевания позволяет применить наиболее эффективные лечебные и профилактические мероприятия.

Для целей медицинской статистики и сопоставления диагнозов психических болезней существует Международная классификация с разделами «Болезни нервной системы и органов чувств» и «Психические болезни», выработанная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Эта классификация периодически уточняется; в настоящее время действует ее IX пересмотр (МКБ-9). Как правило, в разных странах используется ее адаптированный вариант. Приведем структуру МКБ-9 в наиболее общем виде.

Психические расстройства приведены в 5-м разделе. Выделены группы: 1) психозов; 2) невротических расстройств, психопатий и других психических расстройств непсихотического характера; 3) умственной отсталости. К 1-й группе относятся психозы, обусловленные органическим поражением головного мозга, а также другими причинами (шизофренические, аффективные, специфичные для детского возраста и др.). Ко 2-й группе относятся невротические расстройства, расстройства личности, наркомании и токсикомании, специфические задержки развития и др. 3-я группа представлена различными по глубине формами умственной отсталости.

Каждой рубрике и подрубрике классификации соответствуют определенные цифровые обозначения, позволяющие производить унифицированную обработку данных о заболеваемости.

Эти так называемые цифры болезни регистрируются в различной медицинской документации, используются медицинской статистикой.

Предлагаемая в учебнике классификация психических болезней в основном соответствует международной, но более удобна в повседневной практике:

1. Психозы, связанные с инфекционными заболеваниями:
 - а) психические расстройства при острых инфекционных заболеваниях;
 - б) психические расстройства при хронических инфекционных заболеваниях.
2. Психозы, связанные с интоксикацией:
 - а) психические расстройства при профессиональных интоксикациях;
 - б) наркомании и токсикомании.
3. Психические расстройства, связанные с травматическим повреждением мозга:
 - а) острые травматические психозы;
 - б) травматическая энцефалопатия.
4. Психические нарушения при соматических заболеваниях.
5. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях.
6. Психические расстройства в возрасте обратного развития.
7. Шизофрения.
8. Маниакально-депрессивный психоз.
9. Эпилепсия.
10. Неврозы.
11. Реактивные психозы.
12. Психопатии.
13. Психические недоразвития.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЯХ, БОЛЕЗНЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Как видно из МКБ-9 и предлагаемой рабочей классификации, психические расстройства при некоторых заболеваниях (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия) обусловлены эндогенными факторами. В других случаях они связаны с экзогенными влияниями (инфекция, травма головного мозга, интоксикация, психогении). Подобное разделение носит в определенной мере условный характер, так как ряд заболеваний, например эпилепсия, психозы в возрасте обратного развития, могут быть в одинаковой мере отнесены к обеим группам.

Остановимся на некоторых общих положениях, имеющих отношение к особенностям проявления психических расстройств, в первую очередь при инфекционных и соматических заболеваниях.

Установлено, что безусловно существует специфика клинической картины психических расстройств при различных инфекционных, соматических, эндокринных и других забо-

леваниях. Она будет приведена при описании отдельных болезней. С другой стороны, психические нарушения при экзогенных поражениях обладают и определенным сходством как клинических проявлений, так и закономерностей их развития. При этом имеет значение в первую очередь интенсивность действия повреждающего фактора. При остром массивном его воздействии (менингит, кровоизлияние в мозг, острое отравление и т. д.) психические нарушения носят характер психозов (делирий, галлюциноз, аменция, параноид), сопровождаются более или менее выраженными расстройствами сознания. При хроническом воздействии вредности (хронические инфекции, интоксикации, постепенно нарастающая сосудистая патология головного мозга и т. д.) выявляются «мягкие формы» психических расстройств — астения, психопатоподобные изменения характера, различные патологические развития личности и т. д. Кроме того, характер выявляющихся психических нарушений зависит и от стадии основного заболевания. Так, на начальных его этапах и в период выздоровления выявляется астения, в остром периоде — психоз с нарушением сознания. Безусловно, характер выявляющихся психических расстройств зависит и от возраста больного, его конституции, пола. Так, в детском возрасте инфекционные заболевания часто сопровождаются судорогами, у лиц пожилого возраста — аменцией.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЯХ

Острые инфекционные заболевания (сыпной и брюшной тиф, малярия, крупозная пневмония, грипп и др.) могут сопровождаться психическими нарушениями. Чаще в этих случаях развивается и н ф е к ц и о н н ы й д е л и р и й. Основным признаком этого состояния является расстройство сознания с дезориентировкой в месте и во времени, но с сохранением ориентировки в собственной личности: больной правильно называет свое имя, фамилию, профессию. Типичными являются наплывы зрительных галлюцинаций, иллюзорность, восприятие окружающих предметов и отрывочные бредовые высказывания больных, двигательное возбуждение. При внимательном наблюдении за поведением такого больного можно предположить, что он видит какие-то сцены устрашающего характера: нападающих на него зверей, страшных чудовищ; больному кажется, что все рушится, с ним якобы

собираются расправиться, его режут, бьют. На лице — выражение страха и ужаса. Больной пытается спрятаться, защититься от нападающих, бежит к двери, окну. Бред при инфекционном делирии отличается нестойкостью. Описанные явления обычно возникают при высокой температуре тела и с ее снижением исчезают, но могут появляться и до повышения температуры или после ее снижения. Делирий обычно через несколько дней заканчивается полным выздоровлением.

Иногда после делирия наблюдаются остаточные явления в виде общей слабости, отрывочных бредовых высказываний — так называемый резидуальный бред, который через несколько дней проходит полностью. По выходе из состояния делирия больные обычно рассказывают о пережитом ими, критически относятся к болезни.

При более глубоком помрачении сознания у больных с острым инфекционным заболеванием может наступить аментивное состояние (острая спутанность), сопровождающееся иллюзиями, галлюцинациями и отрывочным бредом. Больной не только не ориентирован в окружающем, но и не может назвать своего имени, фамилии.

Нередко наблюдается смешанное аментивно-делириозное состояние. Для аменции характерно нарушение целостности восприятия объектов. Больные воспринимают лишь отдельные явления окружающего, но целого впечатления у них не создается. Отмечается умеренное двигательное возбуждение. Больные кричат, иногда стремятся убежать из палаты, совершают ряд беспорядочных движений. По окончании аментивного состояния они, как правило, ничего не помнят о пережитом. Этот признак также является доказательством большей глубины расстройства сознания при аменции, чем при делирии. Аментивное состояние может длиться несколько недель.

После острых психозов при инфекционных заболеваниях наблюдаются состояния психической слабости. У больных отмечается повышенная утомляемость, им с трудом дается даже небольшое физическое и психическое напряжение, они быстро устают от беседы. Настроение крайне неустойчивое, по малейшему поводу возникает раздражение, сменяющееся общей слабостью. Больных раздражают и утомляют шум и яркий свет. Физическая выносливость снижается. Постепенно эти явления проходят.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЯХ

Затяжной психоз. Иногда инфекционное заболевание приобретает неблагоприятный, затяжной характер. В этих случаях могут возникать затяжные психозы без нарушения сознания.

Клиническая картина. Проявляется депрессивным состоянием с чувством тоски, тревоги, которые сопровождаются двигательным беспокойством, реже заторможенностью. Типичными для таких депрессий являются слезливость, ухудшение состояния в вечерние часы с истощаемостью и нарастанием тоски, раздражительной слабости. В ночное время у этих больных нередко возникают кратковременные делириозные расстройства, состояние спутанности. Депрессия может сочетаться с бредом осуждения, отравления, преследования. Затяжные психозы могут проявляться также галлюцинаторно-параноидными состояниями с массивными слуховыми галлюцинациями и вербальными иллюзиями, чувством страха, бредом преследования.

После затяжных психозов у больных могут оставаться стойкие изменения психики, которые проявляются повышенной истощаемостью, головной болью, раздражительностью, ослаблением интеллекта. Могут нарастать вялость, безынициативность, сужение круга интересов, безразличие к окружающему, стойкие расстройства памяти, снижение критики. В целом хронические инфекционные заболевания характеризуются, как уже было сказано, преобладанием астенических расстройств, психопатоподобных нарушений или выраженного психоорганического синдрома (снижение памяти, ослабление понимания, недержание аффекта).

Следует отметить, что хроническое течение заболевания, особенно при определенном складе личности больного (тревожность, эгоцентризм), может значительно углубить эти характерологические особенности, способствовать отчуждению от окружающих его здоровых людей. Положение больного в обществе, семье изменяется. Реальное окружение по-новому оценивается длительно болеющим. Утрированным становится внимательное отношение больного ко всем деталям ухода за ним, что нередко представляет собой проявление защитной реакции.

Лечение. Должно быть направлено на борьбу с основным соматическим заболеванием. Одновременно

больным назначают общеукрепляющую и дезинтоксикационную терапию. Внутривенно вводят 40% раствор глюкозы, а также аскорбиновую и никотиновую кислоту, тиамин, внутривенно и внутримышечно — раствор сульфата магния, внутривенно — изотонический раствор хлорида натрия.

Для борьбы с делириозными, аментивными и галлюцинаторно-параноидными расстройствами назначают амипазин (300—400 мг/сут). Лечение депрессивных расстройств проводят антидепрессантами (амитриптилин). Если депрессия сочетается с бредовыми расстройствами, назначают антидепрессанты в сочетании с левомепромазином.

Необходимо тщательно следить за деятельностью сердечно-сосудистой системы и состоянием дыхания, назначая по мере необходимости сердечные средства. Большую роль при лечении таких больных играют тщательный уход и строгий надзор за ними, так как во время возбуждения под влиянием галлюцинаторных и бредовых переживаний больные могут причинить себе тяжелые физические повреждения или выброситься из окна. Необходимо выделить для такого больного круглосуточный пост младшего медицинского персонала. Остановимся отдельно на клинической картине психических расстройств.

Сифилис нервной системы. В настоящее время эта патология в психиатрической клинике встречается редко, что связано с резким снижением заболеваемости в целом, а также достижениями терапии, редкостью сифилитического поражения нервной системы. Сифилис вызывается бледной спирохетой. При сифилисе мозга чаще поражаются сосуды и оболочки мозга.

Клиническая картина. Сифилис головного мозга развивается через 3—4 года (иногда раньше) от момента заражения, если больному не проводилось специфическое лечение или оно было недостаточным. Клиническая картина обуславливается различной локализацией и характером поражения головного мозга. Заболевание начинается неврастеническим синдромом. У больных появляется головная боль, нарушается сон, отмечаются повышенная утомляемость, раздражительность. Иногда они испытывают боли в различных частях тела. В основе этих ощущений лежат диффузные инфекционно-токсические поражения нервной системы. Обнаруживаются очаговые неврологические симптомы в виде неравномер-

ности зрачков, рефлексов, менингеальных симптомов. Реакция Вассермана при исследовании цереброспинальной жидкости может быть положительной.

Сифилитический паранойд характеризуется постепенным развитием. У больных возникает бред преследования, воздействия, часто сочетающийся со слуховыми галлюцинациями. Содержание галлюцинаций обычно бывает неприятного характера. Отношение больного к галлюцинациям нередко двойственное. С одной стороны, он понимает, что галлюцинации — результат болезни, с другой — связывает их с действиями своих врагов. Неврологическое обследование обнаруживает вялость реакции зрачков на свет, их неравномерность, поражение лицевого нерва. Течение болезни длительное, с ремиссиями. Специфическое лечение не всегда дает хорошие результаты.

При внутриутробном заражении плода происходит задержка в развитии мозга. Признаки поражения нервной системы обычно появляются в первые годы после рождения ребенка. Врожденный сифилис характеризуется рядом соматических признаков: седловидный нос, неправильный рост зубов, микродонтоз (маленькие зубы), неправильное развитие костей (утолщение костей черепа и изменение их формы). Часто у больных выявляются различные степени слабоумия.

Лечение. Проводят курсами: вводят пенициллин (10 000 000 ЕД на курс) в сочетании с новарсенолом, препаратами висмута, ртути, йода. Все назначенные курсы лечения должны аккуратно выполняться. Внутривенные вливания новарсенола (0,15—0,6 г) сочетаются с внутримышечным введением бийохинола (по 3 мл через 2 дня, на курс лечения 45 мл).

Рекомендуется общеукрепляющая терапия. Для лечения врожденного сифилиса используют те же препараты. Особенно часто назначают бийохинол (до 15 г на курс лечения).

Прогрессивный паралич. Представляет собой также позднее сифилитическое поражение головного мозга. Если при сифилисе мозга первично поражаются сосуды и оболочки, то при прогрессивном параличе главным образом страдает вещество мозга (паренхима). Заболевание чаще начинается через 10—15 лет после заражения сифилисом, но иногда первые симптомы обнаруживаются раньше. Прогрессивный паралич чаще отмечается среди лиц, недостаточно лечившихся от сифилиса или вообще не получавших лечения.

Основу клинической картины болезни составляет нарастающее слабоумие. Течение прогрессивного паралича делят на три стадии: 1) неврастеническую, 2) стадию слабоумия (выраженные клинические проявления), 3) маразм. Деление на стадии условно и определяется преобладанием соответствующей симптоматики. В начальной, неврастенической, стадии у больных нарушается сон, появляются повышенная раздражительность, утомляемость, бестактность, снижается интерес к работе, преобладают примитивные влечения, наблюдается понижение активности.

На стадии слабоумия больные нередко совершают нелепые поступки: делают дорогие подарки малознакомым людям и в то же время совершенно перестают заботиться о своих близких. Так, один больной на все свои сбережения купил несколько ящиков тройного одеколona и привез их в подарок жене. Другой, получив зарплату, стал скупать иголки для примуса, пока не истратил все деньги. Появляется склонность к воровству, которое обычно носит нелепый характер, больной может на глазах у всех взять с прилавка какую-нибудь вещь.

В дальнейшем у больных исчезает критическое отношение к своему состоянию. Они не могут найти собственную квартиру, перестают узнавать родных и знакомых. На фоне органического слабоумия могут появиться дополнительные симптомы — бред, депрессия, возбуждение. В зависимости от преобладания тех или иных симптомов выделяют различные формы прогрессивного паралича.

Главное место в клинической картине экспансивной (классической) формы прогрессивного паралича занимает нелепый бред величия и богатства. Например, больной заявил о том, что он имеет вагоны золота, и в то же время собирал остатки пищи в столовой. Они всегда довольны, беспечны. Один больной считал себя великим полководцем, другой, по специальности инженер, заявлял, что он мать-героиня и т. д. Показательна следующая история болезни.

Больной С., 37 лет. Рос и развивался нормально. После окончания средней школы был призван в армию. Во время Великой Отечественной войны участвовал в боях. По характеру был общительным, веселым, энергичным, употреблял спиртные напитки.

Впервые странное поведение отмечено, когда начал называть себя маршалом, уверял, что ему подчинены все воздушные силы. В больнице высказывал идеи величия, заявлял, что он

«творец мировой победы». Под его руководством якобы произошла революция в Африке и Америке, где сейчас во главе правительства стоят его ближайшие родственники, которых он инструктирует, а сам входит в состав правительства всех стран. Утверждал, что имеет сотни орденов. Ему казалось, что перед поступлением в больницу у него сожгли все внутренности: желудок, сердце, легкие. В связи с этим он собирался лечиться у военного врача. Рассказывал, что ему подменили голову, а его настоящая голова забальзамирована и хранится у лечащего врача.

В тех случаях, когда слабоумие сочетается с благодушием, диагностируют дементную форму прогрессивного паралича. При депрессивной форме настроение больных подавленное. Они высказывают цельный бред. Заявляют, что у них сгнили все внутренние органы, что они уже мертвы. Эта форма болезни встречается редко. В клинической картине ажитивной формы преобладает возбуждение. Больных трудно удержать в постели. Они вскакивают, пытаются куда-то бежать, срывают с себя белье, выкрикивают отдельные фразы, по которым иногда можно судить о бреде величия. Течение этой формы заболевания наиболее злокачественное.

При всех формах прогрессивного паралича без лечения наступает психическая и физическая деградация, которая может привести к маразму.

Стадия маразма: больные утрачивают простейшие навыки; они все время вынуждены находиться в постели, становятся неопрятными, нередко у них развиваются парезы или параличи. Вследствие трофических нарушений у больных отмечаются контрактуры, пролежни, легко возникают переломы костей. Слабоумие достигает выраженной степени, больные не могут назвать своего имени, берут в рот все, что попадает им в руки. Смерть обычно наступает от инсультов или присоединившихся соматических заболеваний.

Лечение. В настоящее время наибольшее распространение получило лечение больных прогрессивным параличом методом инфекционной терапии. Больным вводят подкожно 5—7 мл крови, содержащей малярийных плазмодиев. Через 8—10 дней у них начинаются приступы малярии. В среднем больному дают перенести 9—10 таких приступов. Затем лечат малярию хинином или акрихином, бигумалем, после чего проводят специфическую терапию.

Уход. Наибольшие трудности представляет уход за возбужденными и физически ослабленными больными. При задержке мочи катетеризацию мочевого пузыря следует делать осторожно. У больных прогрессирующим параличом легко развиваются инфекционные заболевания. Надо тщательно следить за тем, чтобы у лежащих больных не образовывались пролежни: важно систематически протирать кожные покровы камфорным спиртом и следить за чистотой постели.

Резкие движения во время переворачивания больного в постели могут привести к переломам, особенно ребер. При лечении заражением малярией необходимо строго следить за температурой тела и сердечно-сосудистой деятельностью, проводить все мероприятия, которые назначают тяжелобольным инфекционными заболеваниями.

При кормлении больных следует учитывать, что у них бывает нарушено глотание, необходимо предотвращать попадание пищи в дыхательные пути.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ

Остановимся на характеристике психических нарушений при некоторых видах соматической патологии.

Известно, что у больных с заболеванием сердца могут отмечаться снижение настроения, чувство тревоги, беспокойства, страха. При сердечно-сосудистой недостаточности бывают галлюцинаторные явления, а иногда нарушается сознание. С улучшением физического состояния обычно все психические нарушения проходят. Об этом следует помнить медицинским работникам соматических больниц, так как оказание помощи таким больным следует производить на месте: больных обычно не переводят в психиатрические стационары в связи с временным характером психических нарушений.

Ревматические заболевания суставов и сердца также иногда сопровождаются нервно-психическими нарушениями. Как правило, такие больные очень раздражительны, нетерпеливы, плаксивы, страдают бессонницей. Иногда у них отмечаются обманы восприятий, особенно в вечерние часы перед сном. Значительно реже бывают острые психозы, сопровождающиеся картиной психомоторного возбуждения, наплывом галлюцинаций и расстройством сознания.

У больных со злокачественными опухолями (рак, саркома) иногда развивается аментивное состояние или делирий. Это чаще наблюдается в далеко зашедших стадиях болезни при тяжелой интоксикации и истощении. Обычно такие психические расстройства кратковременны, возникают преимущественно в вечерние часы.

При длительных, истощающих болезнях пищеварительного тракта отмечаются вялость, повышенная утомляемость, сонливость, раздражительность. У детей с глистной инвазией могут возникать эпилептиформные припадки, приступы расстройства сознания.

Депрессивные состояния часто встречаются при хронических соматических заболеваниях. Особенно пристального внимания требуют случаи острых депрессивных эпизодов с суицидальными действиями. В частности, фельдшер или медицинская сестра должны знать, что любые изменения в поведении соматического больного могут сигнализировать о снижении деятельности высших, регулирующих корковых функций, на фоне которого могут возникнуть острые депрессии с внезапными суицидальными действиями.

При некоторых соматических заболеваниях (сахарный диабет, уремия), протекающих с интоксикациями, может возникать нарушение сознания в виде оглушения. Наблюдается значительное повышение порога восприятия для всех раздражителей, которые не доходят до сознания больного. На громкие и средние звуки больные реагируют как на слабые, на слабые вообще не реагируют. Окружающая обстановка ими воспринимается как в тумане, они плохо осмысливают ее. Мысли, представления, воспоминания всплывают в сознании с трудом, образование ассоциаций замедлено. Наблюдается выраженная сонливость. Воспоминаний о периоде оглушения обычно не сохраняется. Оглушение может переходить в сопор, кому и приводить к смертельному исходу. Эта категория больных подчас требует от медицинского персонала особого отношения. Во-первых, это связано с часто внезапным характером выявления психозов, преобладанием форм с нарушенным сознанием, возбуждением. Во-вторых, необходимо подчеркнуть частоту депрессий, суицидальных попыток у ряда больных. И, наконец, нельзя забывать, что наступающие у хронически больных изменения личности (раздражительность, нетерпеливость, фиксированность на своей болезни и др.) не просто «дурной» характер, а следствие значимого для них забо-

левания, длительного подчас пребывания вне семьи. Только заботливость, неформальное участие в судьбе больного помогут найти с ним общий язык, облегчат его участь.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПЕРИОДА БИОЛОГИЧЕСКИХ СДВИГОВ

Известно, что нейрогуморальная регуляция имеет большое значение в осуществлении разнообразных психических функций человеческого организма. Различные нарушения в эндокринной системе (как врожденного, так и приобретенного характера) могут обуславливать психические расстройства от самых легких и преходящих до слабоумия. Ниже приведены психические нарушения, обусловленные некоторыми биологическими сдвигами.

Предменструальный синдром. В большинстве случаев этот синдром характеризуется явлениями астении (раздражительная слабость, расстройства сна, аппетита), снижением настроения, тревожностью, углублением имеющихся характерологических отклонений — истерических возбудимых, тревожно-мнительных. У некоторых больных эти расстройства носят настолько выраженный характер, что являются причиной временной утраты трудоспособности.

Климактерический синдром. Проявляется выраженной вегетативной дисфункцией, многообразными невротическими расстройствами (астеническими, истерическими), перепадами настроения, депрессивно-тревожным состоянием, бессонницей, расстройствами влечения к пище, полового влечения (угасание либо гиперсексуальность). Этот критический период может сопровождаться и стойкими психологическими переживаниями женщин на «утрату привлекательности», здоровья, утрированными опасениями за свое будущее.

Особую группу составляют психические нарушения в послеродовом периоде. Они могут быть представлены крайне разнообразно — от легких психогенных реакций (опасения за здоровье новорожденного) до глубоких психозов с совершением детоубийства. Собственно послеродовой психоз (делирий, депрессивно-параноидный синдром и др.) может быть обусловлен послеродовым сепсисом; в других случаях он практически неотличим от шизофрении. Больные с послеродовым психозом нуждаются в экстренном как противовоспалительном лечении, так и в лечении нейролептическими средствами.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Как проявляются психические расстройства в зависимости от характера воздействия экзогенной вредности?
2. У больного преобладают плохая память, ослабление понимания, взрывчатость, слезливость. Как квалифицировать это состояние? При каких заболеваниях оно может иметь место?
3. Назовите основные формы сифилитического поражения нервной системы.
4. Чем клинически проявляется послеродовой психоз?

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ИНТОКСИКАЦИЯХ

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ

Алкоголь относится к наркотическим веществам. После принятия внутрь действие алкоголя быстрее всего сказывается на функциях ЦНС. Как показали экспериментальные исследования, психическая деятельность нарушается уже при введении малых доз алкоголя. В исследованиях учеников И.П. Павлова доказано, что алкоголь угнетает как процесс торможения, так и процесс возбуждения. В большей степени страдает внутреннее торможение, что приводит к преобладанию возбудительных процессов в головном мозге. Отсюда становятся понятными те психические изменения, которые наблюдаются у опьяневшего.

У человека, принявшего алкоголь, снижается внимание, движения утрачивают точность, нарушается умственная работоспособность. Речь становится более громкой, проявляется неуместная «храбрость», хвастливость, развязность. Все это наблюдается в случаях так называемого простого опьянения. Глубокое опьянение сопровождается комой, может явиться причиной смерти.

Оказание неотложной медицинской помощи состоит из промывания желудка с помощью толстого зонда, подкожного введения 1—2 мл 10% раствора кофеина, внутривенного введения 500 мл приготовленного 4% раствора гидрокарбоната натрия, при обезвоживании организма — внутривенное введение 1—2 л изотонического раствора хлорида натрия либо 5% раствора глюкозы.

Иногда приходится сталкиваться с патологическим опьянением, при котором наступает временное (острое)

расстройство психической деятельности, проявляющееся внезапно наступающим изменением сознания типа сумеречного расстройства, которое отличается от состояния оглушенности, наблюдаемого при обычном остром опьянении. Больной утрачивает способность правильно воспринимать происходящие события, оценивать их, ориентироваться в окружающей среде, пользоваться прошлым опытом, руководить своими поступками и действиями. В связи с этим человек, совершивший правонарушение в состоянии патологического опьянения, признается невменяемым.

Лечение патологического опьянения проводят по общим принципам терапии психозов.

ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ

Злоупотребление спиртными напитками ведет к развитию хронического алкоголизма. Хронический алкоголизм — заболевание, характеризующееся непреодолимым влечением к алкоголю в результате сформировавшейся зависимости от него (психической и физической). Это влечение обуславливает систематическую алкоголизацию больного, в связи с чем наступают характерные изменения психики и внутренних органов. Выделяют 3 стадии в развитии хронического алкоголизма: 1) начальную; 2) развернутую и 3) конечную (декомпенсированную).

Клиническая картина. Начальная стадия длится 1—3 года. Для нее характерны: навязчивое влечение к спиртному, снижение контроля над количеством употребляемых спиртных напитков и повышение толерантности. Больной ищет повода для выпивок; не может остановиться, начав выпивку — напивается допьяна; чтобы опьянеть, ему требуется уже значительно большее количество спиртного. В этой стадии у больных появляется повышенная раздражительность, грубость и цинизм, снижение круга интересов.

Во второй стадии появляется похмельный синдром (абстиненция): потливость, дрожание рук, нарушение сна, подозрительность и др. Для купирования этих тягостных ощущений больные опохмеляются, пьют по несколько дней подряд. Появляются изменения во внутренних органах (печени, сердце и др.), нарастает психическая деградация больных — интересы сосредоточены на спиртном, способах его приобретения. Продаются вещи, совершаются кражи и т. д. В этот период у больных могут быть и алкогольные психозы.

Третья стадия характеризуется запоями, падением толерантности — больной пьянеет уже от малой дозы алкоголя. Типичен внешний облик этих больных — лицо отечное, с багровым или серым оттенком; неопрятные, запущенные. Больные либо расторможены, хвастливы, агрессивны, либо апатичны, бездеятельны. Они перестают работать, лишаются семьи, живут у собутыльников, на случайные заработки. Происходит морально-этическая деградация личности.

Лечение. Проводят поэтапно. На первом этапе лечение носит симптоматический характер — купируются абстинентные расстройства (нарушения сна, тревога, раздражительность и т. д.). Назначают снотворные, сердечные средства, иногда нейролептические. Назначают внутривенно тиосульфат натрия или унитиол, глюкозу, инъекции витаминов (аскорбиновой кислоты, тиамин, никотиновой кислоты), препараты стрихнина, подкожные вдувания кислорода. Рекомендуются молочно-растительная диета, щелочные минеральные воды. Может быть использована и терапия малыми дозами инсулина. При тяжелых запоях (при отсутствии противопоказаний) используется пиротерапия (искусственное повышение температуры тела). Суть его в введении в нарастающих дозах сульфазина (взвесь осажденной серы в растительном масле) с целью повышения температуры тела, дезинтоксикации.

Вторым этапом лечения являются мероприятия, направленные на подавление влечения к алкоголю. С этой целью используют метод, основанный на выработке отрицательного условного рвотного рефлекса на алкоголь путем назначения апоморфина или других средств. Методика лечения следующая: за 5—10 мин до инъекции апоморфина больному дают выпить 500—600 мл воды. Через несколько минут после инъекции апоморфина появляются неприятные ощущения, поташнивание, слюнотечение. В этот момент больному предлагают понюхать водку или другой алкогольный напиток, который он чаще всего употреблял, тошнота усиливается, затем больной выпивает 30—50 г алкоголя. Это обычно совпадает с выраженной рвотной реакцией на апоморфин. Такую процедуру проделывают несколько раз до образования отрицательного условного рефлекса: рвота возникает при одном запахе водки, даже при ее виде, без введения апоморфина. В дальнейшем рекомендуется время от времени (в диспансере, поликлинике) подкреплять образовавшуюся условнорефлекторную реакцию. Этот метод эффек-

тивен в I стадии болезни. Во II и III — более предпочтителен метод десенсибилизации, цель которого подавить влечение к алкоголю, сделать невозможным его употребление. Для десенсибилизирующего лечения применяют тетурам (антабус), метронидазол, пирроксан. В течение недели назначают 0,5 г тетурама, затем проводят тетурам-алкогольную пробу. Появляющиеся неприятные, подчас тягостные вегетативные реакции способствуют подавлению у больного влечения к алкоголю. В дальнейшем в амбулаторных условиях проводят поддерживающую терапию тетурамом. Эффективным методом лечения является подкожная имплантация препаратом эспераль (радотер). На этапе поддерживающей терапии, помимо лечения тетурамом, подкожной имплантации препаратов, основное место занимает рациональная психотерапия. Больному внушают веру в выздоровление, объясняют, что только при настойчивом его желании можно добиться успеха в лечении. С больными систематически проводят беседы, в которых разъясняют вред злоупотребления алкоголем, приводят конкретные примеры хороших результатов лечения. С помощью гипноза больному внушают отвращение к алкоголю, а также бодрость, способствующую улучшению настроения, аппетита, сна.

Профилактика. В настоящее время, когда советский народ успешно решает задачи коммунистического строительства, борьба с пьянством, предупреждение алкоголизма становятся особенно актуальными. Учитывая справедливые требования трудящихся, Коммунистическая партия Советского Союза и Правительство приняли ряд важных постановлений, предусматривающих последовательное осуществление законодательных, административных, медико-гигиенических мер борьбы с этим социально опасным злом (постановление ЦК КПСС от 7 мая 1985 г. «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма», постановление Совета Министров от 7 мая 1985 г. «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма, искоренению самогонварения», Указ Президиума Верховного Совета СССР от 16 мая 1985 г. «Об усилении борьбы с пьянством»). Опыт свидетельствует об эффективности принимаемых мер. Медико-гигиеническая профилактика пьянства и алкоголизма включает санитарно-просветительную противоалкогольную работу, раннее выявление, активное лечение лиц, страдающих алкоголизмом. Санитарно-просветительная работа осуществляется территориальными домами санитарного просвещения. В этой работе участвуют

наркологи, привлекаются психологи, социологи, юристы. В противоалкогольной работе активно используются средства массовой информации.

Раннему выявлению лиц, страдающих алкоголизмом, их активному лечению способствует приближение подразделений наркологической службы к населению и производству (наркологические пункты на промышленных предприятиях, в общих поликлиниках), тесное взаимодействие в работе подразделений наркологической службы, общемедицинской сети, медвытрезвителей, общественных организаций.

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

Алкогольный делирий (белая горячка). Это острое опасное для больного и окружающих заболевание. Возникновению его могут способствовать травмы головы, некоторые инфекционные болезни (например, пневмония), длительная бессонница, тяжелые психические переживания.

Клиническая картина. Развитию заболевания предшествует тревожный сон с кошмарными сновидениями. Начинается оно обычно вечером, среди ночи или утром. Самым характерным для этого психоза является своеобразное расстройство сознания. Больной неправильно ориентирован в окружающей обстановке, хотя иногда верно называет себя. Реальная действительность как бы заслоняется многочисленными яркими зрительными галлюцинациями (рис. 50.). Больной, принимая свои видения за реальность, испытывает страх, ужас, то стремится спрятаться, то нападает на своих «врагов», нередко он «видит» различных, часто мелких животных, насекомых которые лезут на него, кусают. Иногда «видит» чертей, которые ругают его, строят ему рожи, грозят. Кроме галлюцинаций, у таких больных наблюдается искаженное восприятие действительных предметов, людей (иллюзии). Больной принимает знакомых за врагов, предметы — за оружие, тени на стенах кажутся ему страшными чудовищами. К зрительным галлюцинациям могут присоединяться и слуховые: больной слышит голоса, которые угрожают схватить его, убить. Не желая «сдаваться», такой больной или сам нападает, или «спасается от преследователей», получая иногда тяжелые повреждения. Иногда с больным удается вступить в общение, он как бы успокаивается, но затем вновь все возвращается с прежней силой. Больной испытывает страх, отчаяние, переходящие в гнев и ярость.



Рис. 50. Сцена и галлюцинаторные образы у больного, находящегося в состоянии алкогольного делирия, зарисованная по выздоровлении.

У больных алкогольным делирием, кроме повышения температуры тела, отмечается дрожание рук и всего тела. Глаза больного лихорадочно блестят, лицо осунувшееся. Они жалуются на сухость во рту, сердцебиение, учащенное дыхание. Такое состояние продолжается обычно несколько дней, заканчивается оно длительным сном.

В основе алкогольного делирия лежит возникновение в коре большого мозга запредельного охранительного торможения, на фоне которого развивается частичное торможение (гипнотические фазы), ослабевает процесс возбуждения.

Лечение. Больного следует срочно поместить в психоневрологический стационар. В случае возникновения алкогольного делирия у больного, находящегося в больнице по поводу тяжелого соматического заболевания, необходимо установить тщательный круглосуточный надзор за ним и обеспечить лечение, не переводя его в психиатрическую больницу. Лечение должно носить комплексный характер и в первую очередь предусматривает дезинтоксикацию. Это осуществляется интенсивной инфузионной терапией (введение 5% раствора глюкозы, гемодеза — при обезвоживании; лазикса, концентрированного раствора глюкозы, плазмы, 3% раствора хлорида калия — при отеках). Проводят ликвидацию гемодинамических нарушений, расстройств дыхания. Комплекс лечеб-

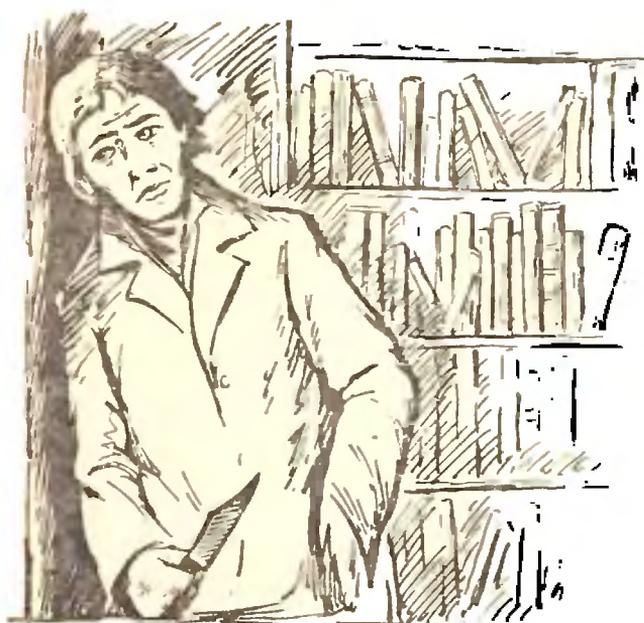


Рис. 51. Вид и повеление больного, который слышит за стеной голоса мужчины, сговаривающихся его убить.

ных мероприятий зависит от характера преобладающих нарушений, но всегда включает и массивную витаминотерапию, купирование возбуждения седуксеном, оксibuтиратом натрия, нейролептическими средствами. После продолжительного сна (12—15 ч и более) явления психоза, как правило, проходят. Необходимо тщательно следить за состоянием сердечно-сосудистой системы.

Алкогольный галлюциноз. Проявляется слуховыми галлюцинациями обычно неприятного и устрашающего характера. Сознание при этом практически остается ясным. Под влиянием наплыва таких галлюцинаций больной неправильно воспринимает окружающее. Он слышит голоса, которые полностью определяют его поведение, повелевают им, издеваются над ним, бранят, грозят с ним расправиться (рис. 51). В таком состоянии больной может совершить опасные для его жизни поступки. Иногда он слышит целые диалоги, в которых разбирается вся его прошлая жизнь, причем бывает и так, что одни голоса говорят о нем плохое («он преступник, недостойный человек, пьяница, вор, с ним надо покончить») (рис. 52), а другие защищают («он еще исправится, ему надо простить, он хороший человек») (рис. 53). Алкогольный галлюциноз может носить острый или хронический характер. В последнем случае слуховые галлюцинации длятся месяцами, а иногда годами. Заболевание это крайне мучительно для больных.

Лечение. Как и при алкогольном делирии, больного



Рис. 52. Вид больного, который слышит оскорбляющие его голоса.



Рис. 53. Вид больного, который слышит приятные для него голоса.

необходимо срочно поместить в психоневрологический стационар. Назначают сердечно-сосудистые и нейролептические средства: аминазин, трифтазин, этаперазин. В дальнейшем проводят лечение хронического алкоголизма.

Корсаковский психоз. Встречается реже, для него характерны тяжелые нарушения памяти в сочетании с полиневритами. Такой психоз впервые описан в 1887 г. и известен как корсаковский психоз. У больных резко нарушается запоминание текущих событий. Так, например, больной не в состоянии запомнить, кто его только что навещал, виделся ли он с врачом, не знает, что он сегодня ел, не может запомнить только что прочитанный текст. Такие больные склонны к ложным воспоминаниям (конфабуляции). Течение психоза носит хронический характер.

Бредовые состояния. Являются серьезным нарушением психики при хроническом алкоголизме. Чаще это алкогольный бред ревности.

Клиническая картина. Больной начинает подозревать свою жену в измене, следить за ней. В связи с появляющейся недоверчивостью и подозрительностью по отношению к окружающим он искаженно трактует

самые различные факты, видя во всем «неоспоримые доказательства» измены жены. Больной запирает ее в комнате, когда сам уходит на работу, нередко бьет ее, заставляя признаться в измене, иногда нападает на мнимого любовника. Значительную роль в возникновении такого бреда играют нарушения половой функции: половая слабость, или импотенция, при сохранении, а иногда и усилении полового влечения. Обычно заболевание длится долго и нередко является причиной расторжения брака. Иногда у больных хроническим алкоголизмом наблюдаются эпилептиформные припадки (алкогольная эпилепсия).

НАРКОМАНИИ, ТОКСИКОМАНИИ

Под наркоманиями и токсикоманиями понимают болезненное пристрастие к некоторым веществам, лекарственным средствам. При этом к наркоманиям относятся те формы привыкания, которые связаны со злоупотреблением наркотиками (веществами, признанными наркотическими законом). К их числу относят героин, ЛСД, кодеин, кокаин, опион, промедол, морфий, опий-сырец, конопля индийская и др. Злоупотребление другими веществами, вызывающими привыкание, но не относящимися к категории наркотиков, называется токсикоманией. Такими веществами являются некоторые психотропные и другие препараты; транквилизаторы (седуксен, эуноктин, феназепам и др.), снотворные, производные барбитуровой кислоты (фенобарбитал, барбитал и др.), стимуляторы (сиднокарб, ацефен, алкалоиды кофеина, содержащиеся в чае, кофе), циклодол, димедрол и некоторые другие вещества. Одной из причин развития токсикомании является неупорядоченное лечение перечисленными препаратами, особенно лиц, страдающих психопатиями.

Наркомания может проявляться в виде болезненного пристрастия к одному наркотику либо нескольким (полинаркомания). Привыкание к наркотику идет путем формирования наркоманического синдрома с зависимостью, абстиненцией и напоминает таковой синдром при алкоголизме.

Морфинизм. Морфинизм является разновидностью опиоидной наркомании, предметом пристрастия является морфин.

Клиническая картина. Привыкание возникает у лиц, которым по поводу соматического заболевания препарат назначался как обезболивающее средство. При-

ныкание развивается при длительном употреблении промедола и барбитуратов, например барбамила.

У страдающих наркоманией временное прекращение приема препарата вызывает ряд тягостных ощущений, известных под названием абстиненции: плохое настроение, раздражительность, вялость, страхи, головокружение, сердцебиение, понос, тревожный сон. Во время абстиненции больные пользуются любимыми, иногда преступными, способами, лишь бы получить наркотик. Если такой больной добровольно поступил в больницу с твердым намерением избавиться от этого недуга, то уже через несколько часов воздержания под влиянием указанных выше симптомов он часто категорически требует морфина или немедленной выписки из больницы. Иногда такие больные демонстрируют приступ болей, например в животе, сердце, лишь бы получить наркотик.

С течением времени небольшое количество морфина больных уже не удовлетворяет, и они постепенно значительно увеличивают дозу наркотика, которая достигает нескольких граммов в сутки. Это приводит к хронической интоксикации, проявляющейся рядом соматических и психических нарушений. У больных морфинизмом, как правило, истощенный вид, отсутствует аппетит. Кожные покровы сухие, дряблые, наблюдается сердцебиение, плохой сон, тремор пальцев рук. Со стороны психики отмечается ослабление воли, значительное снижение трудоспособности. Больные становятся лживыми, эмоционально неустойчивыми, умственная работоспособность и память снижаются. Поступая в больницу для лечения, больные иногда приносят с собой наркотики и некоторое время принимают их втайне от медицинского персонала. В письмах к близким и родным они обращаются с просьбами и угрозами, надеясь получить от них морфин. Бывают случаи похищения наркотиков в отделении. Часто на кожных покровах таких больных можно видеть рубцы — следы бывших гнойников, так как больные нередко делают сами себе инъекции, например нестерильным шприцом, через одежду, пренебрегая правилами асептики.

Большую роль в развитии наркомании при систематическом применении морфина играют особенности нервной системы человека. Установлено, что наркоманами становятся лица, которые по складу характера относятся к психопатическим личностям.

Лечение. Лечение должно быть длительным, настойчивым. Главное в борьбе с этим заболеванием — его

предупреждение. Необходимо крайне осторожно относиться к систематическим назначениям морфина. Запрещается давать наркотики по просьбе самого больного. В случае конфликта по этому поводу медицинская сестра должна пригласить врача. Лечение больного, страдающего морфинизмом, проводят в психиатрической больнице под строгим надзором и тщательным наблюдением. Необходимо внимательно просматривать все передачи, которые получает больной, так как иногда в них может быть наркотик.

Как правило, физически крепкие больные сразу же прекращают прием наркотиков. Иногда в первые дни лечения больным вводят наркотик в убывающих дозах. Для снятия явлений абстиненции применяют лечебный сон. Хороший эффект дает инсулин в малых и средних дозах в сочетании с глюкозой. В последнее время положительные результаты получены при лечении аминазином (по 2 мл 2,5% раствора внутримышечно днем и на ночь). Широко применяют препараты брома, теплые ванны, проводят психотерапию в форме гипноза.

Барбитуризм. Как разновидность токсикомании барбитуризм в настоящее время встречается реже, что может быть объяснено сужением круга показаний к лечению производными барбитуровой кислоты, в частности, при расстройствах сна.

Длительное неконтролируемое применение барбитуратов может быть причиной появления к ним патологического влечения, нарастания изменений психики — снижение интеллекта, ослабление памяти, моральная деградация, благодушие, порой — преобладание тоскливо-злобного настроения с агрессивностью. Абстинентные расстройства при барбитуризме длятся порой до 2 мес (судорожные припадки, делирий, реже — галлюциноз).

Лечение. Проводят в стационаре. На фоне постепенного лишения барбитуратов проводят дезинтоксикационную терапию, при нарастании абстиненции, появлении психотических расстройств показано применение психотропных средств (транквилизаторов, нейролептиков).

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПСИХОЗЫ

Применение определенных лекарственных средств, особенно их передозировка, могут стать причиной появления психических нарушений, порой — тяжелых лекарственных психозов.

Клиническая картина. Острые атропиновые психозы характеризуются делириозными расстройствами с яркими галлюцинаторными образами, резким психомоторным возбуждением, страхом. При более тяжелых отравлениях возможны сопор и кома. Характерны такие соматические и неврологические расстройства, как частый пульс, высокое артериальное давление, сухость кожи, слизистых оболочек, судорожные подергивания, расстройства речи. При менее острых состояниях (например, курсовое лечение при язвенной болезни желудка) у больных нет возбуждения, расстройств сознания, они нередко критически оценивают имеющиеся у них обманы восприятия.

При остром отравлении астматолом у больных появляются астения, сонливость, расстройства ходьбы, видения предметов вблизи. В дальнейшем развивается делирий со зрительными (насекомые, мелкие животные) и слуховыми галлюцинациями, бредом, хаотическим двигательным возбуждением, в тяжелых случаях — наступает кома.

Передозировка барбитуратов вызывает оглушение с беспорядочным возбуждением, отдельными делириозными нарушениями, в дальнейшем — кому. Выход из коматозного состояния характеризуется дурашливостью, расстройствами настроения, расторможенностью. Нарастание сонливости, вялости, в тяжелых случаях расстройства сознания по типу комы наблюдаются и при отравлении другими снотворными, транквилизаторами (радедорм, седуксен, элениум и др.).

Лечение. Состоит из максимально быстрого выведения токсического фактора из организма, обезвреживания оставшегося в организме яда, поддержания жизненно важных функций (дыхания, кровообращения). В случаях преобладания в клинической картине делириозных расстройств, галлюцинаций, психомоторного возбуждения показано применение нейролептических средств (аминазин, тизерцин, галоперидол и др.). Комплекс неотложной терапии при передозировке лекарственных средств состоит из промывания желудка, назначения слабительных средств, постановки клизм, внутривенного введения 10 мл 30% раствора тиосульфата натрия, подкожного или внутривенного капельного введения изотонического раствора хлорида натрия (500—1000 мл); сосудистых средств (2 мл 25% раствора кордиамина, 1 мл 10% раствора кофеина, 1 мл 1% раствора мезатона подкожно), лазикса и других

диуретических средств. При атропиновых психозах необходимо введение пилокарпина, отравлении снотворными — внутривенное введение стрихнина (0,001—0,003 г каждые 3—4 ч).

ТАБАКОКУРЕНИЕ (НИКОТИНИЗМ)

Из всех разновидностей токсикоманий наиболее широкое распространение получило употребление табака. Эта вредная привычка стала эпидемическим заболеванием современного общества. Многочисленные исследования показывают, что курение распространено среди мужчин и женщин во всех социальных слоях населения, охватывает все более молодые возрастные группы, быстро распространяется среди молодых девушек и женщин. Отравление никотином, другими токсическими веществами, попадающими в организм при курении, способствует возникновению ряда болезней. Оно является важным фактором возникновения инфаркта миокарда. Установлено, что опасность инфаркта возрастает прямо пропорционально количеству выкуриваемых сигарет.

Значение курения как причины возникновения и утяжеления течения хронических заболеваний дыхательного аппарата установлено с абсолютной достоверностью. У курильщиков все функции легких снижены по сравнению с таковыми у некурящих; бронхит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки встречаются почти вдвое чаще, чем у некурящих. Курение нарушает кислотно-щелочное равновесие и изменяет двигательную функцию привратника.

Крайне вредное влияние на развитие плода оказывает курение женщины в период беременности. Такие дети чаще болеют и отстают в развитии от детей, рожденных некурящими женщинами. По некоторым данным, курение матери вызывает выраженные морфологические нарушения сосудов плода, которые в дальнейшем могут способствовать развитию атеросклероза. Курение матери может явиться и этиологическим фактором возникновения у ребенка различных уродств.

Необходимо отметить, что курение не только наносит вред здоровью самого курящего, но и оказывает пагубное воздействие на организм некурящего человека. Так называемое пассивное курение, т. е. вдыхание табачного дыма некурящим человеком, столь же вредно для организма, как и «активное курение». При «пассивном курении» табачный дым вызывает общее состояние дискомфорта,

может стать причиной возникновения сердечных приступов у лиц с коронарной недостаточностью или приступов удушья у больных бронхиальной астмой, нарушает психомоторные реакции. Особенно же опасно «пассивное курение» для детей. Врачи любой медицинской специальности, средний медицинский персонал должны овладеть методами лечения, способствующими прекращению курения. Это лечение может и должно проводиться в стационарных и поликлинических учреждениях любого профиля. И, безусловно, эффективность лечения будет в значительной мере определяться личным примером медицинского работника. Совершенно недопустимым является курение медицинского персонала в присутствии больных, на своем рабочем месте.

Лечение. Наиболее благоприятные результаты при лечении лиц, желающих бросить курение, дает применение комплекса медикаментозных и других (психотерапия, рефлексотерапия, физиотерапия, бальнеотерапия) методов лечения.

Ведущее место в лечении курильщиков занимает психотерапия, основной целью которой является разрушение привычного патологического стереотипа, связанного с употреблением табака.

Лечение курильщиков табака складывается из двух этапов: первый этап — купирование никотиновой абстиненции и выработка отрицательной реакции на запах табака, второй этап — закрепление полученных результатов и проведение поддерживающей терапии.

Перед началом лечения больной должен быть тщательно клинически обследован, после чего лечащий врач разъясняет, какой ущерб его здоровью нанесло курение, с тем, чтобы далее в процессе лечения фиксировать внимание больного на уменьшение и исчезновение патологических симптомов, имевшихся до начала лечения. Такая тактика оказывает психотерапевтический эффект.

Лечение начинают с купирования абстиненции. Абстиненция при прекращении курения проявляется рядом психосоматических симптомов, выраженность которых зависит от общего состояния больного, наличия сопутствующих заболеваний, длительности курения, типологических особенностей высшей нервной деятельности. Наиболее выраженными при абстиненции бывают нарушения со стороны эмоционально-волевой сферы, которые проявляются тягостным влечением к табаку, снижением умственной и физической работоспособности, апатией, депрес-

сией, плаксивостью, повышенной раздражительностью. Отмечаются нарушения сна, который становится поверхностным, тревожным. Нередко больных беспокоят сновидения, связанные с ритуалом курения. Иногда может наблюдаться двигательное беспокойство, когда пациент не находит себе места, совершает бесцельные движения, жестикулирует.

Кроме того, больные отмечают головокружения, головную боль, шум в ушах, боли в области сердца, желудка, диспепсические явления, усиление кашля.

Абстинентные явления купируются различными медикаментозными средствами, рефлексотерапией на фоне массивного психотерапевтического воздействия. Из методов медикаментозной терапии на первом этапе наиболее широко применяют медикаментозно-заместительную терапию, сущность которой заключается в создании в организме «конкурентных отношений» между никотином и рядом лекарственных средств (пилокарпин, цитизин, лобелин, табекс, лобесил). Прием этих лекарств устраняет чувство никотинового «голодания» и снижает интенсивность проявлений никотиновой абстиненции. Для подавления патологического влечения к табаку назначают психотропные препараты (седуксен, тазепам, феназепам, этаперазин, неулептил, терален). Особенно эффективен сочетанный прием транквилизаторов с нейролептическими средствами. Имеющиеся в состоянии абстиненции симптомы недомогания легко устраняют путем назначения симптоматических средств, витаминов, а также с помощью физиотерапевтических процедур.

Одновременно с купированием абстинентных явлений проводят медикаментозно-адверсионное лечение, сущность которого заключается в выработке у больного отрицательного условного рефлекса на вкус и запах табака. Для этой цели применяют 20% спиртовую настойку черных орешков, водный раствор нитрата серебра, отвар корневища змеевика, 1% раствор апоморфина. На втором этапе лечения еще большее внимание уделяют психотерапии с периодическим подкреплением выработанного условного рефлекса на запах табачного дыма.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. У больного появляется потребность опохмелиться. О какой стадии алкоголизма следует думать?
2. Какова схема лечения алкогольного делирия?
3. На что необходимо обращать внимание при уходе за больным наркоманией?

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СОСУДИСТЫХ БОЛЕЗНЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

АТЕРОСКЛЕРОЗ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Сущность патологического процесса состоит в том, что кровеносные сосуды, питающие головной мозг, становятся узкими, стенки их уплотняются (склерозируются). Это нарушает питание мозговой ткани и снабжение ее кислородом, что приводит к расстройствам функций головного мозга. Измененные сосуды могут становиться полностью непроходимыми. В тяжелых случаях развиваются очаги кровоизлияния в головной мозг или энцефаломалации мозговой ткани. Согласно концепции Н. Н. Аничкова, в основе патологического процесса, приводящего к атеросклерозу, лежит нарушение липидного обмена. Различные жироподобные вещества, накапливаясь в избыточном количестве в организме человека, откладываются во внутренней оболочке сосудов, что приводит к разрастанию соединительной ткани сосудистой стенки.

Атеросклероз сосудов головного мозга чаще развивается у лиц в возрасте 50—60 лет. Большое значение в возникновении этого страдания имеют перенесенные в прошлом заболевания, такие, как сыпной тиф, травмы головы, а также длительные эмоциональные напряжения, злоупотребление пищей, богатой холестерином, алкоголизмом, курение, малоподвижный образ жизни.

Клиническая картина. Ранними признаками заболевания являются головная боль, головокружение, шум и чувство тяжести в голове. Появляется раздражительность, наступает быстрая утомляемость, отмечается слабодушие. Сон нарушается, особенно плохо больные засыпают. Наряду с этим обнаруживаются нарушения памяти: забывчивость, рассеянность. Память ослабевает главным образом на недавно прошедшие и текущие события: плохо запоминаются новые имена, фамилии, сведения из недавно прочитанного или виденного. Все это приводит к снижению работоспособности. Так, для выполнения задания, которое раньше не вызывало затруднений, требуется большое напряжение и много времени. Особенно затруднено усвоение нового, незнакомого материала. Понимая происходящие с ними болезненные перемены, больные тяжело реагируют на это, что нередко

приводит к длительным депрессивным состояниям, иногда с суицидальными мыслями и попытками. Все указанные выше признаки представляют собой начальные проявления атеросклероза сосудов головного мозга. Иногда без лечения после длительного отдыха значительная часть упомянутых расстройств может исчезнуть.

Все симптомы атеросклероза мозговых сосудов периодически то усиливаются, то ослабевают. На ранних стадиях болезнь с периодическими ухудшениями может протекать длительно (многие месяцы и годы). Однако, если не провести лечебные мероприятия и не устранить воздействие вредных факторов, заболевание будет медленно прогрессировать (нарастает расстройство памяти, работоспособность все больше снижается). В дальнейшем появляются трудности в выполнении более сложных функций осмысления. Больные становятся еще более слабодушными: легко плачут, слушая торжественную музыку, при встрече с родными и т. д. Постепенно может развиваться слабоумие, в структуре которого значительное место занимают расстройства памяти, сообразительности. Несмотря на это, у больных остается сознание своей болезни, что характерно именно для артериосклеротического слабоумия. В поздних стадиях заболевания присоединяются органические неврологические расстройства. После перенесенного инсульта значительно быстрее наступает картина упадка психической деятельности, слабоумие принимает более выраженный характер, развивается благодушие, неряшливость, больные не тяготеют своим состоянием. Иногда они становятся эгоистичными, черствыми, внимание их сосредоточено только на удовлетворении собственных потребностей, появляются признаки физического истощения. За такими больными требуется постоянный уход, так как они не в состоянии полностью обслужить себя.

В некоторых случаях развивается тяжелая картина старческого маразма: больные вследствие стойких параличей или парезов беспомощны, глубоко слабоумны, их приходится кормить, постоянно следить за чистотой постели, нередко отмечается непроизвольное выделение мочи и кала. Быстро возникают пролежни, гипостатические пневмонии. На почве атеросклероза могут развиваться и другие психические расстройства, проявляющиеся в депрессии, галлюцинаторно-бредовых синдромах. Иногда при церебральном атеросклерозе отмечаются эпилептиформные припадки.

При атеросклерозе обнаруживаются также поражения аорты, коронарных артерий сердца и артерий почек.

Патологоанатомические изменения. При вскрытии больных, умерших от атеросклероза сосудов головного мозга, отмечаются участки атрофии коры большого мозга, более или менее крупные очаги энцефаломалиции, иногда с формированием полостей, заполненных жидкостью (киста). При осмотре крупных сосудов мозга, особенно сосудов его основания, часто можно видеть грубые склеротические изменения в них: при разрезе стенка сосуда не спадается, сосуды на ощупь плотные, что свидетельствует об отложении в них солей. Участки размягчения мозга или кровоизлияния обнаруживаются не только в коре, но и в подкорковых образованиях, в стволовом отделе мозга.

Лечение. При появлении начальных признаков заболевания необходимо провести ряд гигиенических мероприятий: устранить перегрузки на работе, соблюдать строгий режим труда и отдыха, наладить сон, совершать прогулки за час до сна, принимать теплые ванны перед сном (за 10—15 мин). Необходимо также резко сократить употребление продуктов, способствующих развитию атеросклероза. Пища должна быть преимущественно молочно-растительной. Больной должен прекратить курение. Если настойчиво и систематически выполнять все эти мероприятия, то лечение дает хорошие результаты. Из медикаментозных средств рекомендуются йодистые препараты (3% раствор йодида калия по 1 столовой ложке 2—3 раза в день), большие дозы аскорбиновой кислоты, мисклерон, липокаин. При повышении артериального давления назначают сосудорасширяющие средства.

Для лечения атеросклеротических психозов успешно применяются нейролептические средства, однако необходимо тщательное наблюдение за соматическим состоянием больных. Показаны физиотерапевтические процедуры, углекислые ванны, электрофорез йодида калия или новокаина на шейные симпатические ганглии, лечебная физкультура, массаж.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Установлено, что возникновение психических нарушений при гипертонической болезни обусловлено сочетанным воздействием ряда факторов, осложняющих течение заболевания,— травмы головы, инфекции, алкоголизация, психи-

ческие травмы, наследственная отягощенность психозами, врожденная неполноценность сердечно-сосудистой системы. Устранение указанных неблагоприятных факторов, их компенсация соответствующим лечением, режимом лежит в основе профилактики психических расстройств при гипертонической болезни.

Многообразные психические нарушения при этом заболевании могут быть систематизированы в 3 группы: 1) начальные (неврозоподобные, психопатоподобные); 2) синдромы слабоумия (приобретенного); 3) психотические синдромы (синдромы помрачения сознания, аффективные, бредовые и др.). Большинство психических нарушений при гипертонической болезни носит волнообразный, «мерцающий» характер: ухудшения состояния чередуются с его улучшением.

Клиническая картина. Начальные синдромы встречаются на ранних этапах течения болезни, как правило, у лиц молодого возраста. Неврозоподобные расстройства носят преимущественно неврастенический характер: повышенная утомляемость, истощаемость, раздражительность, рассеянность, снижение памяти на текущие события, тревожные опасения за собственное здоровье, многообразные неприятные ощущения (боль в сердце, головокружения, головная боль и др.). У больных полностью сохраняется осознание болезни; на фоне депрессивных переживаний собственной несостоятельности они порой склонны к суицидальным попыткам. Начальные психические нарушения проявляются в форме заострения отдельных черт характера: возбудимости, мнительности, эгоизма, педантичности и др. Эти отклонения могут приобретать стойкий психопатоподобный характер, когда по существу меняется вся личность больного — его отношение к близким, социальные, трудовые установки и др.

В III стадии заболевания наступает прогрессирующее снижение интеллекта, памяти, круга интересов, в дальнейшем и утрата критики к собственному состоянию, благодушие, т. е. состояние слабоумия.

Острые психотические состояния, как правило, возникают у больных в продромальном периоде инсульта либо после него. Гипертонические психозы чаще проявляются в виде тревожной депрессии, соответствующих бредовых переживаний. Нарушения мозгового кровообращения сопровождаются различными по тяжести нарушениями сознания (оглушение, сумеречные расстройства сознания, кома).

Лечение. Предусматривается как лечение основного заболевания (гипотензивные, сосудорасширяющие и другие средства), так и психических нарушений (психотропные, психофармакологические препараты). Последние назначаются по общим показаниям в зависимости от преобладающего психопатологического синдрома. Психотропные средства назначаются крайне осторожно в минимально эффективных дозах, избегают активных препаратов, комбинаций нейролептических средств. Лечение должно проводиться при постоянном участии терапевта и невропатолога. Необходимо строгое соблюдение режима дня с чередованием труда и отдыха, устранение всяких волнующих моментов. Необходимо наладить сон, обеспечить длительное пребывание больного на свежем воздухе, строго следить за деятельностью кишечника. Большую пользу в этот период приносит психотерапия. Диета должна быть преимущественно молочно-растительной. Недопустимо употребление алкоголя, крепкого кофе, чая. Назначают ножные ванны, электрофорез новокаина на область шейных симпатических ганглиев.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Каковы ранние психические нарушения при атеросклерозе сосудов головного мозга?
2. Чем проявляется атеросклеротическое слабоумие?

ПСИХОЗЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ВОЗРАСТНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ОРГАНИЗМА

Существует ряд психозов, которые встречаются в преклонном возрасте. Их клиническая картина находится в известной зависимости от возрастных изменений, происходящих в организме: перестройка обмена веществ, а также снижение функции гонад. Последнее всегда приводит к нарушению эндокринного равновесия. В этот период у больных отмечаются вазомоторные нарушения, которые проявляются в приливах к голове и лицу, нередко повышается артериальное давление.

Процесс увядания организма (инволюция) обычно довольно продолжителен. Условно принято его делить на два периода: пресениум (предстарческий) относится к возрасту между 45 и 60 годами, второй — сениум (старость) — после 60—65 лет.

ИНВОЛЮЦИОННЫЕ (ПРЕДСТАРЧЕСКИЕ) ПСИХОЗЫ

В клинической картине таких психозов значительное место занимает тревога. Больные испытывают чувство тревожного ожидания, говорят о близкой смерти или гибели родных, иногда утверждают, что они виноваты в предстоящем разрушении своей семьи, ждут наказания, расправы. В зависимости от преобладания в клинической картине болезни тех или иных симптомов различают следующие формы этих психозов: инволюционную депрессию и инволюционный параноид, реже инволюционную истерию.

Инволюционная депрессия. Болезнь развивается постепенно, в течение нескольких месяцев, иногда остро. Острому началу чаще всего предшествуют какие-то неблагоприятные обстоятельства (психическая травма, соматическое заболевание).

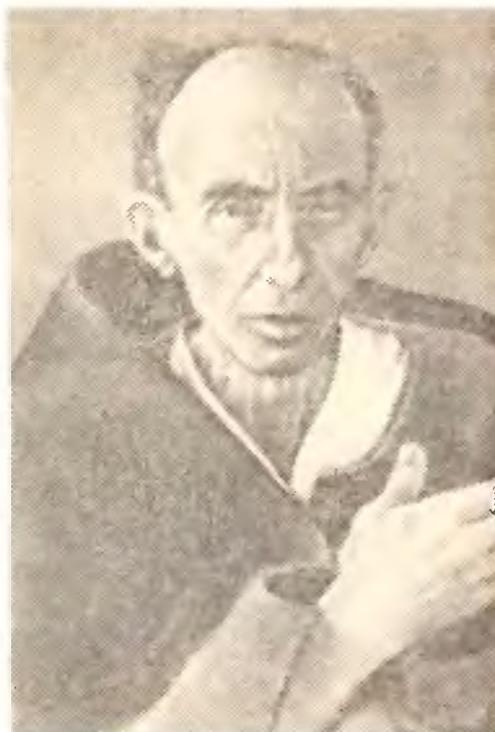
К л и н и ч е с к а я к а р т и н а. Складывается из депрессии, тревоги, двигательного возбуждения, сочетающихся с идеями греховности и самообвинения (рис. 54). У больных почти всегда нарушается сон. Они беспокойны, испытывают тревогу, страхи, часто отказываются от лечения, а иногда и от пищи, утверждая, что у них нет желудка, кишечника. Инволюционная депрессия с выраженной тревогой, идеомоторным возбуждением, ажитацией носит название ажитированной меланхолии. Даже в тех случаях, когда больные не отказываются от пищи, они значительно теряют в массе. Выглядят такие больные, как правило, старше своих лет. У них дряблая кожа, раннее поседение волос. Они постоянно ждут, что за ними должны прийти какие-то люди, повести на расстрел или на страшные муки. Иногда больные считают, что их должны арестовать, так как все их внутренности гниют и тем самым они заражают всех окружающих. Некоторые больные утверждают, что у них нет дома, погибли все близкие, гибнет весь мир и они этому причина. Часто у таких больных бывают мысли о самоубийстве, которые они нередко приводят в исполнение, причем совершенно неожиданно. Известны случаи, когда больные, прежде чем покончить жизнь самоубийством, убивали своих близких, так как считали, что те «все равно должны погибнуть в страшных муках». В таких случаях нужна немедленная госпитализация больных в психиатрический стационар. Нередко описанное состояние трудно отличить от депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза. Инволюционная депрессия может

Рис. 54. Тревожно-тоскливое выражение лица у больного с инволюционным психозом.

продолжаться многие месяцы, реже — годы. Даже при ликвидации основных симптомов заболевания на фоне атеросклероза сосудов головного мозга остается дефект в интеллектуальной и эмоциональной сферах.

Инволюционный параноид. В клинической картине этого заболевания видное место занимают бредовые переживания. Развитие их связано с конкретной ситуацией: неприятности на работе, дома, перенесенные соматические заболевания. Больные считают, что отношение к ним окружающих странное, во всем усматривают какое-то особое значение. Содержание бреда при инволюционном параноиде обычно не выходит за рамки возможного («бред обыденных отношений»). Он часто связывается именно с теми людьми, с которыми у больного сложилась конфликтная ситуация. На содержание бреда иногда влияют неприятные ощущения в теле. В связи со снижением деятельности гонад бред нередко приобретает сексуальную окраску. Развивается бред ревности. Больные следят за письмами близких в надежде перехватить любовное письмо, подозрительно относятся к посещению знакомых. В ряде случаев больные находят подтверждение «правильности» своих бредовых идей в содержании слуховых галлюцинаций. Инволюционный параноид протекает более длительно, чем инволюционная депрессия, и в прогностическом отношении менее благоприятен.

Инволюционная истерия. Чаще возникает у женщин, характеризуется выраженной неустойчивостью настроения с бурными эмоциональными реакциями по незначительным поводам. Больные жалуются на «комки» в горле, неприятные ощущения во всем теле; нередко у них могут наблюдаться истерические припадки, функциональные парезы и параличи конечностей.



ИНВОЛЮЦИОННЫЕ (ПРЕДСТАРЧЕСКИЕ) ПСИХОЗЫ

В клинической картине таких психозов значительное место занимает тревога. Больные испытывают чувство тревожного ожидания, говорят о близкой смерти или гибели родных, иногда утверждают, что они виноваты в предстоящем разрушении своей семьи, ждут наказания, расправы. В зависимости от преобладания в клинической картине болезни тех или иных симптомов различают следующие формы этих психозов: инволюционную депрессию и инволюционный параноид, реже инволюционную истерию.

Инволюционная депрессия. Болезнь развивается постепенно, в течение нескольких месяцев, иногда остро. Острому началу чаще всего предшествуют какие-то неблагоприятные обстоятельства (психическая травма, соматическое заболевание).

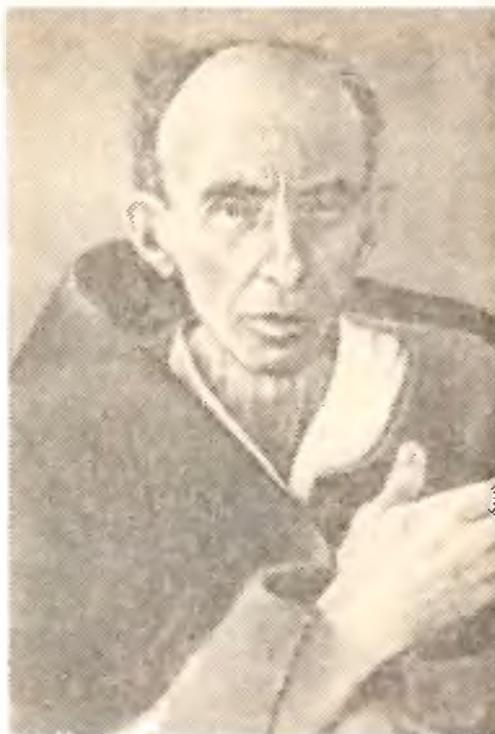
Клиническая картина. Складывается из депрессии, тревоги, двигательного возбуждения, сочетающихся с идеями греховности и самообвинения (рис. 54). У больных почти всегда нарушается сон. Они беспокойны, испытывают тревогу, страхи, часто отказываются от лечения, а иногда и от пищи, утверждая, что у них нет желудка, кишечника. Инволюционная депрессия с выраженной тревогой, идеомоторным возбуждением, ажитацией носит название ажитированной меланхолии. Даже в тех случаях, когда больные не отказываются от пищи, они значительно теряют в массе. Выглядят такие больные, как правило, старше своих лет. У них дряблая кожа, раннее поседение волос. Они постоянно ждут, что за ними должны прийти какие-то люди, повести на расстрел или на страшные муки. Иногда больные считают, что их должны арестовать, так как все их внутренности гниют и тем самым они заражают всех окружающих. Некоторые больные утверждают, что у них нет дома, погибли все близкие, гибнет весь мир и они этому причина. Часто у таких больных бывают мысли о самоубийстве, которые они нередко приводят в исполнение, причем совершенно неожиданно. Известны случаи, когда больные, прежде чем покончить жизнь самоубийством, убивали своих близких, так как считали, что те «все равно должны погибнуть в страшных муках». В таких случаях нужна немедленная госпитализация больных в психиатрический стационар. Нередко описанное состояние трудно отличить от депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза. Инволюционная депрессия может

Рис. 54. Тревожно-тоскливое выражение лица у больного с инволюционным психозом.

продолжаться многие месяцы, реже — годы. Даже при ликвидации основных симптомов заболевания на фоне атеросклероза сосудов головного мозга остается дефект в интеллектуальной и эмоциональной сферах.

Инволюционный параноид. В клинической картине этого заболевания видное место занимают бредовые переживания. Развитие их связано с конкретной ситуацией: неприятности на работе, дома, перенесенные соматические заболевания. Больные считают, что отношение к ним окружающих странное, во всем усматривают какое-то особое значение. Содержание бреда при инволюционном параноиде обычно не выходит за рамки возможного («бред обиденных отношений»). Он часто связывается именно с теми людьми, с которыми у больного сложилась конфликтная ситуация. На содержание бреда иногда влияют неприятные ощущения в теле. В связи со снижением деятельности гонад бред нередко приобретает сексуальную окраску. Развивается бред ревности. Больные следят за письмами близких в надежде перехватить любовное письмо, подозрительно относятся к посещению знакомых. В ряде случаев больные находят подтверждение «правильности» своих бредовых идей в содержании слуховых галлюцинаций. Инволюционный параноид протекает более длительно, чем инволюционная депрессия, и в прогностическом отношении менее благоприятен.

Инволюционная истерия. Чаще возникает у женщин, характеризуется выраженной неустойчивостью настроения с бурными эмоциональными реакциями по незначительным поводам. Больные жалуются на «комки» в горле, неприятные ощущения во всем теле; нередко у них могут наблюдаться истерические припадки, функциональные парезы и параличи конечностей.



Лечение. Больные инволюционным психозом нуждаются в госпитализации в психоневрологическую больницу. Особое внимание следует обратить на лиц, страдающих инволюционной депрессией, учитывая возможность суицидальных попыток. Из медикаментозных средств следует назначать аминазин в сочетании с мелипрамином, тизерцин (левомепромазин), амитриптилин, галоперидол. В некоторых случаях, особенно при инволюционной депрессии, показана электросудорожная терапия. При инволюционной истерии положительный эффект достигается при назначении триоксазина, элениума, аминазина. Больным инволюционным психозом следует проводить психотерапию.

Уход. В отделении необходимо внимательно наблюдать за этими больными, так как у них часто бывают мысли о самоубийстве, особенно при двигательном возбуждении, сочетающемся с чувством тоски и тревоги. Персонал должен следить за соматическим состоянием больных и их питанием. В случаях упорного отказа от пищи приходится прибегать к искусственному кормлению.

ПРЕСЕНИЛЬНОЕ СЛАБОУМИЕ

Эти заболевания обусловлены атрофией головного мозга. Начало выявления первых признаков болезни относится к пресенильному возрасту (45—60 лет). Для этих заболеваний характерно неблагоприятное необратимое течение с исходом в слабоумие. Группа пресенильного слабоумия включает в себя болезни Пика, Альцгеймера, хорею Гентингтона и некоторые другие заболевания.

Болезнь Пика. Характеризуется атрофией коры лобных и височных долей, базальной коры, нарушением соответствующих высших корковых функций. Так, в начальном этапе болезни больные становятся безынициативными, бездеятельными, либо у них утрачиваются нравственные установки, растормаживаются низшие влечения. В дальнейшем, по мере прогрессирования атрофии, наступает все более отчетливое тотальное слабоумие. На всех этапах типичны расстройства речи. Нередко афазия может быть первым признаком болезни. Конечная стадия болезни характеризуется полным распадом речи; больной не узнает окружения, совершенно беспомощен.

Болезнь Альцгеймера. Отмечается более медленное нарастание слабоумия. Заболевание встречается преимущественно у женщин. Как правило, оно начинается с рас-

стройства памяти (прогрессирующая амнезия). Забываются в первую очередь поздно приобретенные опыт, навыки. Больные растеряны, бестолковы, «разучиваются» выполнять привычную работу — готовить пищу, стирать, бриться и т. д. Появляются амнестическая, затем сенсорная, моторная формы афазии. Больные тем не менее многословны; их речь представляет собой набор случайных слогов. Для болезни Альцгеймера характерно присоединение бредовых идей ущерба, отравления, эпилептических припадков. В исходной стадии больные совершенно беспомощны, лежат в эмбриональной позе.

Хорея Гентингтона. Проявляется хореотическими гиперкинезами, психопатоподобными нарушениями, депрессиями; отдельными бредовыми расстройствами, нарастающим слабоумием. Заболевание связано с наследственной предрасположенностью. Прогноз при этой форме пресенильного слабоумия более благоприятен.

СТАРЧЕСКОЕ СЛАБОУМИЕ

Патологоанатомической основой старческого слабоумия является также атрофия головного мозга. В связи с этим у больных нарастает слабоумие.

Клиническая картина. Старческое слабоумие обычно начинается в возрасте 60—65 лет. В первую очередь у больных ослабевает память, они с трудом усваивают новое, забывают то, что знали, особенно усвоенное в последние годы жизни. При нарастающих нарушениях памяти больные забывают имена знакомых и даже близких, не помнят, куда положили свои вещи. Нередко обнаруживается бесцельная суетливость. У некоторых расстройства памяти достигают такой степени, что они совершенно забывают события последних лет. На вопрос, чем они занимались в последнее время, рассказывают о том, что с ними было в молодости или много лет назад. При этом содержание и даты основных событий далекого прошлого они нередко помнят хорошо. Воспоминания текущих событий иногда подменяют давно прошедшим. Так, больная, 82 лет, на вопрос, чем она занималась утром, рассказала, что ездила в церковь на извозчике, заходила к знакомым, танцевала под граммофон. Она считала, что идет 1905-й год.

У таких больных часто наблюдаются конфабуляции, они рассказывают о событиях, которых в действительности никогда не было. Умственные способности больных снижаются настолько, что они перестают понимать



Рис. 55. Выражение лица больной со старческим слабоумием.

связь между окружающими явлениями, затруднено решение простейших логических задач. Они путают события, факты. Один больной считал, что родной сын старше его на 5 лет. Критика к своему состоянию у больных отсутствует. При указании на пробелы памяти они обижаются (рис. 55). Настроение подавленное, высказывают мрачные

мысли, но могут быть и благодушно беспечными. При этом напевают, приплясывают, не смущаясь присутствия посторонних. Часто наблюдается нарушение сна. По ночам больные не спят, бродят по комнатам, проверяют, заперты ли окна, двери, так как нередко опасаются грабителей. Днем после бессонной ночи наблюдается повышенная сонливость: больные могут заснуть во время беседы или еды.

Прогрессирующее слабоумие может сопровождаться явлениями психоза. Бред ограбления (бред ущерба) является весьма характерным для этих больных. Они прячут свои вещи, иногда даже относят к знакомым, так как уверены, что домашние их обворовывают. Поскольку имеются выраженные нарушения памяти, они постоянно забывают, куда отнесли вещи, что подкрепляет их мысли об ограблении. Больные часто уверяют, что могут погибнуть от голода, так как у них нет никаких средств к существованию, а также высказывают другие идеи ущерба. Они нередко собирают ненужные вещи: тряпки, коробки, пузырьки. В отделении больницы такие больные иногда связывают свою постель в узел и держат его обеими руками, опасаясь, что их собираются обокрасть. Они становятся неряшливыми и неопрятными. Аппетит у многих больных старческим слабоумием бывает хороший, а иногда — повышенный. В далеко зашедших случаях больные не могут пользоваться ложкой, вилок. Их не трогает судьба близких, все интересы направлены на удовлетворение своих элементарных потребностей.

Лечение. Симптоматическое. Психотические расстройства (депрессия, бред, возбуждение) лечат назначением соответствующих психотропных средств. Наибольшее значение приобретают уход и надзор за больными. При лечении хореи Гентингтона применяют препараты, блокирующие допаминовую систему (резерпин, этаперазин, трифтазин, метилдофа).

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Назовите общие симптомы инволюционных психозов.
2. Чем отличаются начальные проявления различных форм слабоумия?

ЭПИЛЕПСИЯ

Слово «эпилепсия» в переводе с греческого означает «внезапно падать». Эпилептическая болезнь — хроническое заболевание, протекающее со специфическими пароксизмальными расстройствами и характерными изменениями личности больного. Эпилепсия впервые описана Гиппократом (V—IV века до н. э.).

В настоящее время принято выделять генуинную (истинную) эпилепсию и симптоматическую. Этиология истинной эпилепсии выяснена не полностью; определенное значение придают генетическим факторам. При симптоматической эпилепсии эпилептиформный синдром возникает как следствие травматического, инфекционного, интоксикационного и других поражений головного мозга. Выявлено, что механизм развития пароксизмальных расстройств тесно связан с нарушениями обмена, соответственно накоплением недоокисленных токсических продуктов, повышением возбудимости нервной системы.

В некоторых случаях еще за несколько лет до начала заболевания у больных могут отмечаться эпизодические кратковременные внезапно наступающие приступы головных болей, головокружений, подергивания отдельных мышц, изменений настроения и др. С развитием болезни эти расстройства становятся выраженными, принимают отчетливый пароксизмальный характер. Клинические проявления при эпилепсии крайне многообразны. В целом выделяют судорожные и бессудорожные пароксизмы, психозы и эпилептические изменения личности.

Среди судорожных пароксизмов выделяют: 1) большой эпилептический (большой судорожный) припадок; 2) ма-

лый эпилептический припадок; 3) фокальный эпилептический припадок.

Большой эпилептический припадок возникает обычно внезапно, без какой-либо внешней причины. Тем не менее установлен ряд провоцирующих припадок факторов: алкоголизация, психогения, перенесенное инфекционное заболевание, переутомление и др. У ряда больных наступлению припадка предшествуют кратковременные стереотипные особые ощущения, так называемые предвестники припадка, аура. Аура бывает весьма разнообразной. Выделяют вегетативную ауру, во время которой больные покрываются потом, бледнеют или краснеют, испытывают сухость во рту. Сенсорная аура выражается в виде различных ощущений: ползанье мушек, покалывание, жжение, онемение в теле; или же в возникновении неоформленных зрительных, слуховых, обонятельных и вкусовых галлюцинаций (яркие световые пятна, пламя пожара, звон, шум, крик, неприятный запах, необычные вкусовые ощущения). Моторная аура проявляется рядом стереотипных, импульсивных движений, гиперкинезов. При психической ауре внезапно резко изменяется эмоциональное состояние больных. За короткий период ауры больные нередко переживают чувство страха или особенные состояния, во время которых испытывают чувство блаженства.

Большой эпилептический припадок длится 2—5 мин. Первая фаза его — это фаза тонических судорог. Больной внезапно теряет сознание и падает чаще вперед и в сторону, реже — назад. Во время падения может отмечаться громкий крик. Тонические судороги своеобразны: руки и ноги вытянуты, мышцы конечностей резко напряжены, также напряжены и мышцы туловища. Дыхание отсутствует. Лицо бледнеет, затем принимает синюшную окраску. Зрачки расширены, реакция на свет отсутствует. Сухожильные рефлексы не вызываются. Больной не реагирует на самые сильные раздражители. Из полости рта выделяется пена, нередко окрашенная кровью вследствие прикуса языка или внутренней поверхности щек. Часто происходит непроизвольное мочеиспускание, реже — дефекация. Через 20—40 с тонические судороги сменяются клоническими, что выражается ритмическим сокращением мышц конечностей, наступает вторая фаза припадка — фаза клонических судорог. Восстанавливается шумное, с всхрапыванием дыхание. Спустя 2—3 мин судороги постепенно стихают, наступает третья фаза — фаза эпилептоидной ко-

мы, переходящей в сопор и глубокий сон. Фаза комы длится 20—30 мин. После припадка всегда отмечается амнезия (больные совершенно не помнят, что с ними было), нередко — амнестическая афазия (не могут вспомнить названия ряда предметов, хотя знают их название). Ряд симптомов указывают, что имел место эпилептический припадок. Так, на сгибательных поверхностях в области локтевых суставов, на склерах можно обнаружить точечные кровоизлияния. В крови отмечается лейкоцитоз, в моче обнаруживается белок. Выявляются патологические рефлексy (симптомы Бабинского, Оппенгейма и др.). Поскольку эпилептический припадок возникает внезапно и в любой обстановке, он может повлечь за собой тяжелые повреждения.

Иногда большие эпилептические припадки следуют один за другим в течение нескольких часов, 1—2 сут. Промежутки между ними настолько коротки, что больные не успевают прийти в сознание. Подобная серия больших эпилептических припадков называется эпилептическим состоянием (*status epilepticus*). Подобные состояния представляют угрозу жизни больного в связи с развивающейся гипоксией и отеком мозга, резким ухудшением сердечной деятельности.

Малые эпилептические припадки характерны для детского возраста (их основные клинические варианты приведены в соответствующем разделе). По клиническим проявлениям они разнообразны, однако в целом могут быть обозначены как кратковременные пароксизмальные состояния с изменением тонуса определенных групп мышц, расстройством сознания, последующей амнезией. Больные на мгновение как бы застывают в одной позе с устремленным в одну точку взглядом. Лицо бледнеет. Могут быть фибриллярные подергивания в отдельных группах мышц. Иногда больные совершают стереотипные движения, повторяют какое-либо слово, фразу, совершают нелепые действия. В некоторых случаях малые эпилептические припадки могут проявляться лишь во внезапном кратковременном выключении сознания без каких-либо других проявлений (абсанс).

К фокальным (парциальным) припадкам относят адверсивный и джексоновский припадки. Первый из них напоминает большой эпилептический припадок, однако начинается он со своеобразного тонического сокращения мышц туловища вокруг продольной оси. Происходит последовательный насильственный поворот в одну сторо-

ну глазных яблок, затем головы, туловища, и больной падает.

Джексоновский припадок отличается от большого тем, что происходит сокращение в определенной группе мышц (в одной руке либо ноге, на одной стороне лица).

Бессудорожные эпилептические пароксизмы могут быть разделены на формы с нарушением сознания (сумеречные расстройства сознания, амбулаторные автоматизмы, трансы) и без его расстройств (аффективные пароксизмы, психомоторные и др.).

Сумеречное состояние характеризуется внезапным началом, продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов и более. Это состояние часто возникает как бы вместо припадка, в связи с чем его называют психическим эквивалентом припадка. Поведение больных в этом состоянии определяется теми болезненными переживаниями, которые они в это время испытывают. Больные видят устрашающие картины и соответственно ведут себя: прячутся, бегут, нападают на окружающих. Находясь в таком состоянии, больные нередко совершают различные правонарушения, характеризующиеся нелепостью и жестокостью. Затем наступает полная амнезия, больные не могут ничего рассказать о своем поведении.

Состояние амбулаторного автоматизма называют еще упорядоченным сумеречным состоянием. Оно проявляется в виде автоматизированных действий, совершаемых при расстроенном сознании. В некоторых случаях эти действия элементарны — причмокивание, облизывание, глотание (оральные автоматизмы), однообразное вращение на одном месте, в других — сложные, последовательные. Больные подчас не обращают на себя внимание окружающих, так как их поведение носит внешне упорядоченный, нередко сложный характер. Эти состояния прекращаются внезапно, воспоминания на весь период автоматизма отсутствуют.

Иногда больные совершают многодневные переезды в состоянии расстроенного сознания — транса. Один больной, житель Москвы, в состоянии транса направился на вокзал, купил билет, сел в поезд и уехал в Ленинград, ничем не обратив на себя внимание окружающих. Такое состояние продолжалось около суток. Больной совершенно не помнил, что с ним было и не мог объяснить, как он попал в Ленинград.

Наиболее часто аффективные пароксизмы проявляются в форме дисфории (расстройство настроения).

Они возникают неожиданно, без внешней причины. Так же неожиданно заканчиваются. Выражаются внезапным появлением тоски, злобы, реже веселости. Больные ко всему придираются, пристают с никчемными просьбами и жалобами, могут быть агрессивными. Иногда на фоне подавленности значительно выражен безотчетный страх. При дисфориях сознание не расстроено, не наступает амнезия. Внешне больные бледны, зрачки расширены, реакция их на свет вялая, отмечается потливость, дрожание рук. Расстройство настроения продолжается от нескольких часов до нескольких дней, недель. Подобные состояния у больных нередко сопровождаются импульсивным влечением к употреблению спиртного (дипсомания), бродяжничеству (дромомания) и др.

Эпилептические психозы могут быть острыми либо хроническими. Острые психозы по существу исчерпываются описанными сумеречным состоянием, дисфорией. У ряда больных могут возникать острые аффективно-бредовые психозы (параноиды) с тревогой, возбуждением, агрессией. Хронические эпилептические психозы носят преимущественно бредовый, галлюцинаторно-бредовый характер. У одних больных преобладает бред обыденного содержания (отношения, ущерба), ипохондрический бред, бред религиозного содержания. У других больных бред носит вторичный характер, является следствием галлюцинаторных переживаний, как правило, антагонистического характера. Одни голоса оскорбляют больного, другие — защищают, восхваляют его. Иногда наблюдаются императивные галлюцинации, бредовое, противоправное поведение больных. Бред величия у больных эпилепсией нередко носит религиозный характер, сопровождается экстатически-восторженным настроением.

Наступающие со временем изменения личности и интеллекта при эпилепсии выражаются в появлении и нарастании психической деградации с типичными только для этого заболевания признаками, позволяющими говорить об эпилептическом характере, эпилептическом слабоумии. Основные черты психических процессов у этих больных (тугоподвижность, вязкость, медлительность) развиваются медленно. Они нарастают быстрее, когда наблюдаются частые судорожные припадки. Некоторые больные эпилепсией до преклонного возраста сохраняют высокий интеллектуальный уровень.

При наличии выраженных изменений личности больные

не могут кратко излагать свои мысли. Они заостряют внимание на ненужных деталях, не могут отделить главное от второстепенного. Таких больных всегда очень трудно слушать, переключать с одной темы разговора на другую. У них появляется склонность употреблять уменьшительные слова. Они становятся необыкновенно предупредительными, слащавыми, за каждый пустяк благодарят бесконечное число раз или многократно просят извинения, готовы унижаться. Наряду с указанными особенностями личности имеются диаметрально противоположные черты: жестокость, эгоизм, злобность, агрессивность по отношению к окружающим. В этом заключается своеобразие личности больного эпилепсией: сочетание противоположных черт характера. Больные мелочно аккуратны и педантичны, легко вступают в конфликт, очень злопамятны, годами вынашивают планы мести тем, кто нарушил порядок расположения их вещей.

Память у больных, как правило, ухудшается. Им особенно трудно усваивать что-либо новое. При выполнении той или иной работы больные проявляют необыкновенную тщательность и аккуратность (рис. 56). Они внимательно следят за проведением назначенного лечения и раздражаются при малейшей неточности его выполнения. Иногда представляют себя «борцами за справедливость», придираясь к окружающим, ставят себя в пример.

У одного и того же больного можно встретить все приведенные симптомы эпилепсии, а иногда только некоторые из них.

При решении вопросов дифференциальной диагностики следует учитывать, что эпилептиформные припадки могут наблюдаться при различных органических заболеваниях головного мозга: сифилисе мозга, атеросклерозе сосудов мозга, последствиях черепно-мозговых травм, опухолях мозга.

Любой медицинский работник должен уметь отличать эпилептический припадок от истерического. Продолжительность эпилептического припадка обычно не превышает 2—5 мин, а истерический может продолжаться часами. При эпилептическом припадке реакция зрачков на свет отсутствует, при истерическом — сохраняется. При эпилептическом припадке отмечается бледность и синюшность лица, при истерическом — лицо больного не меняет окраски или несколько розовеет. Истерический припадок не сопровождается амнезией, при нем не бывает прикуса языка, непроизвольного мочеиспускания. При

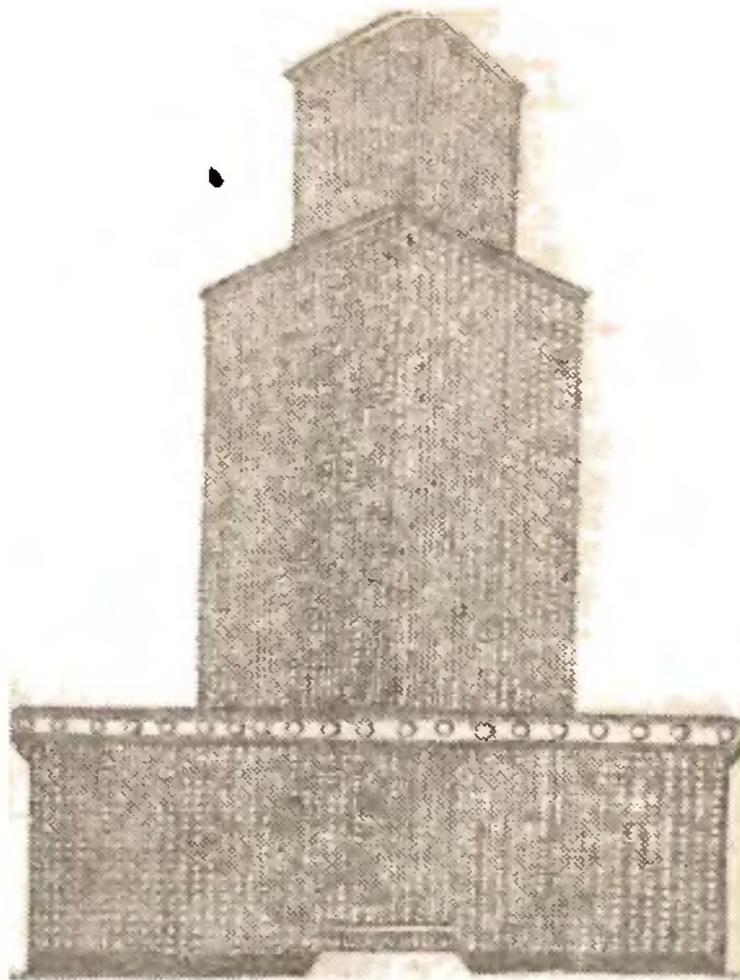


Рис. 56. Рисунок, выполненный больным, страдающим эпилепсией.

истерическом припадке больной никогда не получает тяжелых повреждений, как это иногда бывает при эпилепсии. И наконец, учитывают симптомы, наблюдающиеся после эпилептического припадка, в межприступном периоде. Истерический припадок возникает при наличии аудитории.

Диагностическое значение имеют данные электроэнцефалографии, которые во многих случаях обнаруживают характерные для эпилепсии изменения биоэлектрической активности мозга.

Лечение. Должно проводиться с соблюдением ряда принципов: индивидуального подбора лекарственных средств и их дозировок, непрерывности и длительности лечения, его комплексности и преемственности. Различают этиологическое, патогенетическое и симптоматическое

лечение. Первое из них возможно в тех случаях, когда известна причина возникновения судорожных расстройств (ревматизм, алкоголизм и др.). Формами патогенетического лечения являются дегидратация (диакарб по 0,25 г утром в течение 3 дней с перерывом на 4-й, аспаркам по 0,3 г в день, верошпирон по 0,025 г 3 раза в день и др.), средства, стимулирующие процессы регенерации (экстракт алоэ, ФиБС, лидаза). Выбор противосудорожных препаратов определяется в большей степени типом и структурой припадков, наиболее часто применяют фенобарбитал (по 0,05 г 3 раза в день), бензонал (0,1 г 2—3 раза в день), гексамидин (0,25—0,5 г 2—3 раза в день), дифенин (0,1 г 2—3 раза в день), хлоракон (0,25—1 г 2—3 раза в день) и др. Все указанные препараты назначают чаще при наличии больших эпилептических припадков. При малых припадках применяют триметин (0,1—0,2 г 2—3 раза в день), этосуксимид (0,25—0,5 г 2—3 раза в день), депакин (0,15—0,3 г 3 раза в сутки), пикнолепсин (1 капсула 3 раза в сутки), суксилеп (1—2 капсулы 3 раза в день) и др. Карбамазепин (тегретол), помимо антисудорожного действия, обладает и психотропным эффектом, что позволяет успешно применять его при лечении судорожных состояний, дисфорий и других психических эквивалентов припадков (по 0,2—0,4 г 2—3 раза в день). Перечисленные средства рекомендуют применять в сочетании. В начальной стадии болезни показано применение транквилизаторов (триоксазин, элениум). Психотические расстройства при эпилепсии купируются нейролептическими средствами, антидепрессантами, выбор которых определяется структурой психоза. Для купирования возбуждения, дисфорий, галлюцинаторно-бредовых состояний применяют внутримышечные инъекции аминазина (2 мл 2,5% раствора с 3 мл 0,25% раствора новокаина), тизерцина (2 мл 2,5% раствора с 3 мл 0,25% раствора новокаина), галоперидола (1 мл 0,5% раствора). Наличие депрессивных нарушений требует лечения amitриптилином, азафеном. При эпилептическом статусе необходимо: купирование судорог, предупреждение аспирации слизи либо рвотных масс, поддержание сердечной деятельности, борьба с отеком мозга. Противосудорожное лечение начинают с медленного внутривенного введения 4 мл 0,5% раствора седуксена вместе с 16 мл 40% раствора глюкозы. Внутримышечно вводят смесь: 1 мл 2% раствора промедола, 2 мл 50% раствора анальгина, 2 мл 1% раство-

ра димедрола и 2 мл 0,5% раствора новокаина. Повторное введение седуксена при необходимости повторяют через 2 ч, смеси — через 4 ч. Проводят дегидратацию: осуществляется внутримышечное введение 1—2 мл 2% раствора лазикса, капельно внутривенно 200 мл 20% раствора маннита. Вводят сердечные средства: внутривенно (медленно!) коргликон, дигоксин. Одновременно очищают полость рта, носа, за корень языка проводится воздуховод. Для купирования судорог применяют при необходимости гексенал (40 мл 2,5% раствора внутривенно медленно!), ингаляционный наркоз, внутривенное капельное введение ГАМК из расчета 100—150 мг на 1 кг массы тела, поясничную пункцию и выпускание цереброспинальной жидкости, краниоцеребральную искусственную гипотермию. В некоторых случаях показано хирургическое лечение — иссечение очага патологической активности в головном мозге. Важно назначать гигиенический режим труда и молочно-растительную диету с ограничением соли и жидкости. Изложенные принципы в полной мере относятся и к лечению эпилепсии детского возраста (естественно, с учетом возрастных коррекций доз).

Вопросы трудоустройства решаются всегда индивидуально в зависимости от характера, частоты пароксизмальных расстройств, выраженности изменений личности, установок больного. Вместе с тем существуют общие установки — больным запрещается работа на транспорте, высоте, около движущихся механизмов.

Уход. Во время одиночного эпилептического припадка необходимо принять меры, чтобы больной не получил тяжелых повреждений: положить под голову какие-либо мягкие вещи. Придерживая конечности больного, нельзя противодействовать их судорожным движениям, так как этим можно нанести больному повреждение (перелом костей, растяжение сухожилий). Необходимо расстегнуть воротник рубашки, снять пояс. Для предотвращения прикуса языка в рот рекомендуется вставить резиновую трубку, либо край мягкой ткани, завязанный в узел. Голову следует повернуть в сторону, чтобы свободно стекала слюна.

При сумеречных расстройствах сознания необходимо проявить большую оперативность. Персонал должен удерживать больного в постели. Затем по назначению врача ему вводят внутримышечно нейролептические средства.

СУДОРОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Отличаются рядом особенностей: 1) преобладанием определенных клинических вариантов эпилептических припадков; 2) известной неспецифичностью судорожного синдрома.

Типичными для детского возраста являются малые эпилептические припадки. В одних случаях это проявляется в застывании ребенка на некоторое время (выключение сознания), в других преобладают пропульсивные припадки — кивки, внезапное кратковременное сгибание головы, туловища, ретропульсивные (кратковременное прогибание туловища назад), импульсивные припадки (серия внезапных толчкообразных движений, преимущественно в руках). Эти расстройства могут быть проявлением врожденной эпилепсии, чаще они связаны с перинатальным поражением ЦНС (патология беременности, родовая травма и др.).

Вторая указанная особенность (неспецифичность синдрома) обуславливается возрастной незрелостью ЦНС ребенка, рефлекторным характером реагирования (судорожные реакции) на различные вредные факторы, действующие извне. Наиболее часто встречающимися формами судорожных реакций в детском возрасте являются: фебрильные судороги, аффективные судороги, спазмофилия, судороги после прививок.

Фебрильные (гипертермические) судороги развиваются у детей на высоте подъема температуры тела; проявляются, как правило, большим эпилептическим припадком. Аффективные судороги встречаются чаще на 1—2-м году жизни, возникают на высоте заходящего плача, проявляются в форме как застывания (выключения сознания), так и в форме тонических, клонических судорог. В их происхождении имеет значение гипервентиляция при заходящемся плаче. Спазмофилия объясняется повышенной нервно-мышечной возбудимостью при рахите. Судорожные расстройства после прививок сравнительно редки, они связаны с токсико-аллергическими энцефалитами, возникающими как осложнение после прививки. Следует подчеркнуть, что в связи с атипичностью судорожных проявлений в детском возрасте, переоценкой неспецифического характера этих расстройств нередко просматривается эпилепсия как болезнь, лечение начинается поздно. Эпилептические

реакции несомненно свидетельствуют о готовности организма ребенка к пароксизмальным проявлениям, требуют тщательного анализа причин их возникновения.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Назовите основные группы расстройств, отмечаемых при эпилепсии.
2. Как лечат эпилептический статус?
3. На что необходимо обращать внимание при уходе за больным эпилепсией?
4. В чем особенности судорожных расстройств в детском возрасте?

ШИЗОФРЕНИЯ

История развития учения о шизофрении связана с именами С. С. Корсакова, В. Х. Кандинского, Э. Крепелина, Е. Блейлера.

Во второй половине XIX века отдельные формы шизофрении описывались как самостоятельные заболевания. Первые попытки объединить их в нозологическую группу были сделаны С. С. Корсаковым и В. Х. Кандинским.

Э. Крепелин под названием *dementia praecox* (раннее слабоумие) объединил в одну группу болезни, которые, по его мнению, начинались в молодости и быстро приводили к слабоумию. В дальнейшем стало очевидно, что существуют и другие формы болезни. Их кардинальным признаком Е. Блейлер считал «расщепление». Название заболевания «шизофрения» в переводе с греческого означает «расщепление» психики.

В разных странах число больных шизофренией колеблется от 0,15 до 1—2%. Сложность выделения шизофрении объясняется разнообразием клинической картины заболевания.

Причина шизофрении до настоящего времени неизвестна. Получены убедительные данные о значении наследственного предрасположения. Имеет значение слабость нервных клеток, которая развивается вследствие отравления продуктами нарушенного обмена веществ (главным образом белкового обмена).

Исследования в области нейрофизиологии и психофармакологии установили наличие при шизофрении нарушений взаимодействия коры, подкорковых образований и ретикулярной формации ствола мозга.

Клиническая картина. Для шизофрении типичен ряд синдромов: невротоподобный, аффективный,

кататонический, галлюцинаторно-параноидный. Во все синдромы входят общие, характерные симптомы, которые наблюдаются с большей выраженностью. К ним относятся следующие.

Расщепление — утрата единства психической деятельности: стремления, действия, чувства больных утрачивают связь с реальной действительностью, возникает неадекватность чувств, сменяющаяся снижением эмоциональности, эмоциональной холодностью, эмоциональной тупостью.

Аутизм — отгороженность, отрыв от реальности, погружение в мир собственных переживаний.

Утрата активности: больные постепенно становятся малоактивными, бездеятельными, вялыми, безынициативными, иногда проявляют активность и инициативу, направляемую болезненными переживаниями.

Указанные 3 группы симптомов составляют суть нарастающих специфических изменений личности — так называемый шизофренический дефект. Его выраженность обуславливается в первую очередь прогрессивностью заболевания. Под исходными понимают относительно стабильные на конечных этапах развития болезни состояния, характеризующиеся преимущественно симптомами дефекта. Под ремиссией понимают частичное или полное исчезновение признаков болезни. Ремиссия может наблюдаться как закономерный этап течения болезни (спонтанная ремиссия) или наступает под воздействием лечения (терапевтическая ремиссия).

Различают три формы клинического течения шизофрении: 1) непрерывно текущую; 2) рекуррентную (периодическую); 3) приступообразно-прогрессивную (шубообразную).

Для непрерывно текущей формы характерно течение процесса без заметных признаков улучшения, непрерывно, с постепенным нарастанием психопатологической симптоматики и усилением клинических проявлений. По степени быстроты нарастания психического дефекта выделяют три варианта данной формы: медленно текущую (вялотекущая, малопрогрессивная), умеренно-прогрессивную шизофрению и злокачественное течение.

Рекуррентная (периодическая, ремиттирующая) форма отличается возникновением острых, относительно кратковременных вспышек психоза, перемежающихся светлыми промежутками. При этой форме течения изменение личности нарастает медленно.

Приступообразно-прогредиентная шизофрения (шубообразная) также протекает в форме приступов, но они обычно более длительные, чем при рекуррентной шизофрении. За приступами следуют периоды значительного ослабления или даже исчезновения болезненной симптоматики (ремиссии), однако от приступа к приступу отмечаются все более заметные изменения личности и нарастание слабоумия.

У больных с вялым течением болезни не наблюдаются острые психотические состояния, длительное время отсутствуют проявления болезни. Вначале отмечаются неврозоподобные расстройства, немотивированные колебания настроения, неопределенные соматические жалобы, возникающие без соответствующих причин, чувство усталости. Постепенно возникают признаки отчужденности (аутизм), расстройства мышления в виде остановок и обрывов (так называемые шперунги) или наплывов мыслей, бесплодного мудрствования и резонерства. Такие больные, не обладая элементарными сведениями, начинают читать книги по философии, экономике, астрономии и т. п., высокопарно говорят о банальных истинах.

Постепенно у этих больных нарастают чужаковатость, неряшливость, жестокость, эгоизм. Возникает эмоциональное оскудение с безразличием к родным, собственной судьбе, исчезают прежние интересы и привязанности. Больные вынуждены прерывать учебу, становятся безынициативными на работе, у них часто снижается трудоспособность. При этом усиливаются вялость, апатия, происходит так называемая редукция энергетического потенциала. На отдаленных этапах болезни появляются бредовые расстройства в виде бреда изобретательства, реформаторства, ревности, иногда в сочетании с элементами идей преследования.

Прогноз при вялотекущей шизофрении относительно благоприятный, так как стойкая утрата трудоспособности наступает спустя годы от начала болезни.

Умеренно-прогредиентная (параноидная) шизофрения обычно начинается в возрасте 25 лет и старше. Для нее характерны бредовые расстройства. Появлению типичного бреда предшествует инициальный период, во время которого у больных могут наблюдаться навязчивости и другие неврозоподобные симптомы, тревожность, подозрительность. Этот период может продолжаться несколько лет. Затем наступает паранойяльный этап заболевания. Постепенно формируются бредовые

идеи различного содержания, при этом галлюцинаций обычно не бывает. В дальнейшем развивается параноидный этап болезни: нарастает и усложняется бред, появляются галлюцинации, псевдогаллюцинации, явления синдрома Кандинского—Клерамбо. Чаще всего на этом этапе преобладают бредовые идеи преследования и воздействия.

Больная П., 56 лет. Росла и развивалась правильно, по характеру была веселая, общительная, отзывчивая. Рано выявилась музыкальная одаренность. Окончила консерваторию, преподавала музыку. Замужем, имеет здорового взрослого сына.

Заболела в возрасте 39 лет, когда появилась подозрительность, настороженность, стала раздражительной, искала у себя различные заболевания. Несколько раз была госпитализирована в психиатрическую больницу. По выписке чувствовала себя хорошо, продолжала работать. Обострение болезни отмечается с 50-летнего возраста.

Во время пребывания в клинике появились слуховые галлюцинации: больная слышала голоса некоего Политова и его друзей, которые обвиняли ее в заражении сифилисом врачей, студентов и учащихся музыкальных школ, где она преподавала. Больная утверждала, что Политов «устраивал ей допрос, называл ее разными обидными словами, фашисткой, пел про нее неприличные песни». В такие периоды больная часами стояла в одной и той же позе со склоненной головой, выслушивала его обвинения. Закрывала ноздри мылом, так как ей слышалось, как он говорил ей, что из носа выделяется зловоние, отравляющее окружающих. Однажды ей сказали, что допрос окончен и она ни в чем не виновата. Однако через некоторое время стала опять слышать голос. «Он испугался, что нанес непоправимый ущерб моему здоровью и поэтому решил меня уничтожить». С тех пор больная постоянно слышит голос своего врага, который сообщает обо всех зверствах, совершаемых над ней. Голос она слышит из подвала. Убеждена, что он скрывается там, посылает ему пищу, чтобы не разгневать его, умоляет врачей спуститься в подвал и отобрать у него рентгеновский аппарат, ящик с радиом, «лучами которого он размахивает».

Следующий период развития болезни в типичных случаях характеризуется возникновением абсурдного бреда величия фантастического содержания.

~~Злокачественный вариант психоза~~ — шизофрении обычно начинается в юношеском возрасте, после короткого инициального периода быстро развиваются выраженные расстройства психики. Чаще при этом наблюдаются гебефренический и кататонический синдромы. Гебефреническому синдрому свойственны наряду с бредом и галлюцинациями своеобразные аффективные расстрой-



Рис. 57. Вычурная поза больной с гебефреническим синдромом.



Рис. 58. Вид больного с кататоническим ступором («эмбриональная» поза).

ства в виде эйфории и дурашливости, быстрое развитие слабоумия. Клиническая картина характеризуется полиморфизмом. Больные гримасничают, принимают вычурные позы (рис. 57).

Кататонический синдром может проявляться в виде ступора или возбуждения. При кататоническом ступоре больные неподвижны, поза может быть различной: руки и ноги максимально согнуты во всех суставах и прижаты к туловищу, голова наклонена вперед так, что подбородок касается груди (рис. 58, 59), или лежат с разогнутыми конечностями. У больных отмечается мутизм, т. е. отсутствие речи. Иногда обнаруживается явление, известное под названием «каталепсия», или восковая гибкость: если поднять руку больного, он на долгое время застывает в таком положении (рис. 60). Лежа в постели, больные могут подолгу держать голову над подушкой — симптом «воздушной подушки» (рис. 61).

При прикосновении к губам больного они иногда складывают губы в трубочку и вытягивают их вперед — симптом «хоботка» (рис. 62).

Одним из ярких признаков кататонического состояния



Рис. 59. Поза больной с кататоническим ступором.



Рис. 60. Вид больных с каталепсией (восковая гибкость)

является негативизм: больные не выполняют тех действий, которые им предлагают, или совершают противоположные. Так, если больному предлагают открыть рот, то он или не открывает его, или закрывает еще плотнее. Негативизм часто является причиной отказа от еды.

Следует всегда помнить, что у больного, находящегося в кататоническом ступоре, может внезапно наступить двигательное кататоническое возбуждение. Оно характеризуется следующими основными признаками: движения нецеленаправленные, хаотичные, вычурные, нередко импульсивные (рис. 63). Часто отмечается стереотипия движений и речи, что выражается в повторении одного и того же действия, слова или фразы. В случаях речевого возбуждения (может быть изолированным) больные выкрикивают отдельные слова, фразы, не связанные между



Рис. 61. Положение головы больного при симптоме «воздушной подушки».



Рис. 62. Симптом «хоботка» у больного шизофренией.



Рис. 63. Вычурная неестественная поза больного с кататоническим синдромом.

собой, так что понять речь такого больного невозможно,— разорванность речи. Иногда больные повторяют слова (эхолалия) и действия (эхопраксия) окружающих.

Возбуждение может продолжаться несколько минут или затягивается на многие дни, недели. Нередко подобные проявления так же внезапно прекращаются, как и начинались.

Больной Д., 14 лет. Родился в срок, рос и развивался правильно. В детстве перенес корь и скарлатину. Школу начал посещать с 8 лет. Учился хорошо, много читал. По характеру был общительным, дружил с товарищами.

С 12 лет стал жаловаться на головную боль, утратил сон, появилась рассеянность, не мог ни на чем сосредоточиться. Ощущал неприятные запахи, отказывался от еды, высказывал идеи самообвинения, говорил, что не заслужил хорошую одежду, пищу. Были мысли о самоубийстве. Такое состояние продолжалось несколько дней и затем прошло. Через год снова появились головная боль, рассеянность, перестал спать, стал отказываться от еды, ничего не мог делать, часами сидел в одной и той же позе, ощущал неприятные запахи. Часто появлялись мысли о том, что жить не стоит. Решил покончить жизнь самоубийством. После осмотра психиатром помещен в психиатрическую клинику.

Внутренние органы без патологических изменений. В психическом состоянии отмечается резкая заторможенность. Часами сидит в определенной позе: голова опущена, руки согнуты в локтях, кисти рук свисают. При попытке поднять его голову оказывает резкое сопротивление. Посаженный вопреки его желанию на стул, остается неподвижным, несмотря на неоднократные предложения встать. Состояние изменяется в течение дня: заторможенность переходит в возбуждение, во время которого больной бегает по палате, куда-то стремится, при этом издает нечленораздельные звуки или выкрикивает отдельные, не связанные между собой слова. Движения нецелесообразные и некоординированные.

По окончании курса лечения приступил к занятиям в школе.

Рекуррентная (периодическая) форма диагностируется у $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ всех больных шизофренией. Наблюдаются отдельные приступы со своеобразной клинической картиной, в которой большое место занимают: 1) аффективные расстройства (маниакальные, депрессивные синдромы, состояние страха, тревоги); 2) бред — образный, чувственный, грезоподобный, фантастический (не интерпретативный, не бред толкования); 3) изменения сознания; 4) кататонические нарушения. В каждом приступе наблюдается сочетание этих расстройств. В межприступном

периоде у таких больных отмечаются лишь незначительные личностные нарушения: суживается круг интересов, появляются замкнутость, отгороженность, снижается активность.

Одним из характерных состояний при этой форме заболевания является онейроидная кататония. Начало приступа острое, бурное, как бы внезапное. Развитию приступа часто предшествуют бессонница, тревога, головная боль.

На первых этапах типичными являются бред инсценировки, двойная ориентировка, расстройства узнавания. Больным кажется, что все происходящее инсценировано специально для них, перед ними специально разыгрывают сцены, «показывают картины». В окружающих людях узнают своих близких и, наоборот, считают, что одновременно находятся в больнице и в каком-то другом месте.

При ухудшении состояния возникают фантастический бред и онейроидное помрачение сознания, характеризующиеся несоответствием между необыкновенно яркими фантастическими переживаниями и обыденным отрешенным поведением больных. Прогноз при отдельном приступе, как правило, хороший. Приступы продолжаются в течение нескольких недель.

Больная А., 47 лет. Родилась в крестьянской семье, развивалась правильно, работала экономистом.

Заболела остро, появились тревога, подозрительность, подавленное настроение, затем стала молчаливой, заторможенной, много времени проводила в постели, закрывалась с головой одеялом, бродила с закрытыми глазами. После выздоровления рассказала, что ей казалось, будто против нее что-то замышляют, перед ней разыгрывают какие-то сцены, устраивают инсценировки, заставляют ее участвовать в этих представлениях. Временами видела себя то в отделении клиники, то в каком-то помещении, напоминающем арену цирка, то окруженной всадниками в средневековых доспехах, спасалась от них; видела колонны демонстрантов, которые «имели к ней отношение». Некоторые эпизоды жизни отделения причудливым образом переплетались с фантастическими событиями. В окружающих больных видела своих знакомых, родных.

В случаях сочетания аффективных и бредовых расстройств развиваются депрессивно-параноидные приступы. Депрессия нарастает быстро, обычно сопровождается тревогой (ажитированная депрессия), бредом инсценировки (для них специально разыгрывают сцены, их окружают подставные лица, идет спектакль и др.).

Больным кажется, что окружающие говорят об их виновности в преступлениях.

В ряде случаев появляется бред Котара (бред мучительного бессмертия). В этом состоянии больные склонны к самоубийству, могут нанести себе тяжелые увечья. Приступы продолжаются в течение многих месяцев.

Реже возникают преимущественно аффективные нарушения: маниакальные или депрессивные состояния, после которых наступает светлый промежуток.

В маниакальном состоянии наблюдаются элементы дурашливости, цинизм, грубое расторможивание влечений, бредовые идеи преследования и отношения.

Депрессивное состояние характеризуется ворчливостью, угрюмостью, малодоступностью, тревогой, бредом преследования и психическими автоматизмами. С каждым последующим приступом обычно усложняется клиническая картина.

Приступообразно-прогредиентная форма течения шизофрении встречается чаще других. В ней сочетаются признаки непрерывнотекущей шизофрении в виде постепенного нарастания негативных расстройств и глубоких изменений личности с очерченными приступами, напоминающими приступы рекуррентной шизофрении. Приступы носят затяжной характер (до 3 лет), негативная симптоматика постепенно углубляется, появляются психотические расстройства с бредом и галлюцинациями и даже в межприступных периодах. Клиническая картина приступов разнообразна, но преобладают состояния с параноидной и галлюцинаторно-параноидной симптоматикой.

Появление и течение шизофрении у детей имеют ряд особенностей: никогда не бывает развернутого бреда; значительное место в клинической картине занимают ночные страхи и изменение поведения. Прогноз, как указывала Г. Е. Сухарева, лучший у подростков. Значительное место в клинической картине у них занимают ипохондрические жалобы, на втором месте — кататонические симптомы.

Лечение. Основными методами лечения, которые в настоящее время используются в психиатрической практике, являются нейролептики и симптоматические средства. Реже применяют инсулинотерапию.

Изучение терапевтической активности нейролептиков при психических заболеваниях показало, что некоторые из них избирательно действуют на отдельные

психопатологические синдромы. Дозу нейролептиков обычно подбирают индивидуально. Препараты назначают по определенной схеме, примером которой является схема лечения аминазином.

Аминазин оказывает общее успокаивающее и антипсихотическое действие. В ряде случаев применение его дает хорошие терапевтические результаты. Аминазин назначают внутрь или вводят внутримышечно в виде 2,5% раствора. Средняя суточная доза составляет 300 мг. Лечение длится примерно 2—3 мес. За больными, получающими аминазин, необходимо тщательно следить, так как у некоторых из них могут возникнуть осложнения в виде резкого падения артериального давления в момент перехода из горизонтального положения в вертикальное — ортостатический коллапс. При наступлении коллапса больного следует уложить в постель, ввести кордиамин или адреналин. Особенно часты явления коллапса в начале курса лечения, поэтому больные в первые сутки должны находиться на строгом постельном режиме, им ежедневно нужно измерять артериальное давление. При лечении аминазином могут образоваться инфильтраты на месте уколов; иногда наблюдаются дерматит, желтуха. Медицинская сестра должна ежедневно производить тщательный осмотр больного, чтобы вовремя обнаружить эти осложнения.

В некоторых случаях во избежание обострений больных после курса лечения аминазином переводят на лечение так называемыми поддерживающими дозами. При этом больной получает аминазин в таблетках в дозе от 25 до 150—200 мг/сут.

Хороший лечебный эффект при бредовых состояниях дают трифтазин (стелазин) и галоперидол. Трифтазин назначают в таблетках по 1—5 мг. Дозы постепенно увеличивают до 20—80 мг (иногда до 100 мг) в сутки. Суточную дозу делят на 3—4 приема. В таких дозах препарат принимают до наступления терапевтического эффекта и исчезновения или значительного ослабления болезненных переживаний, затем дозы снижают до 5—10 мг/сут и лечение продолжают длительное время (поддерживающая терапия). Галоперидол применяют примерно по такой же схеме.

Оба препарата иногда используют для быстрого купирования психомоторного возбуждения, при этом их вводят внутримышечно или (реже) внутривенно.

При состояниях бредовой тревожности эффективен

тизерцин (левомепромазин) в начальной дозе от 12 до 50 мг/сут, оптимальные лечебные дозы — от 100 до 400 мг/сут.

Депрессивные синдромы хорошо поддаются лечению амитриптилином и мелипрамином. Кроме отдельных препаратов, широко применяют их комбинации в индивидуально подобранных дозах в зависимости от ведущих и сопутствующих психопатологических синдромов.

Новые возможности для фармакотерапии психозов открываются в связи с применением нейролептиков пролонгированного (продленного) действия. Инъекции препарата модитен-депо (1—2 мл 2,5% раствора), которые производят 2—3 раза в месяц, обеспечивают относительно постоянный уровень действующего вещества в организме. Применение модитен-депо позволяет значительно шире проводить лечение психически больных в амбулаторных условиях, способствует более глубокой и стойкой социально-трудовой реадaptации.

Наряду с указанными осложнениями (коллапс, дерматит) при лечении нейролептическими препаратами могут развиваться явления паркинсонизма, гиперкинезы. У некоторых больных появляется акатизия — неприятное ощущение в мышцах, вследствие чего они вынуждены постоянно менять положение. Иногда больные, принимающие нейролептики, жалуются на бессонницу, хотя объективно спят хорошо. Это явление называется расстройством чувства сна. У ряда больных появляются подавленное настроение, вялость — «нейролептическая депрессия». Для профилактики указанных состояний назначают корректоры (ромпаркин, норакин).

Инсулинотерапия вызывает определенный сдвиг в обмене веществ, уменьшает явления интоксикации. Прежде чем начать лечение инсулином, проверяют содержание сахара в крови натощак, которое в норме составляет 9—11 г/л, и при специальной сахарной нагрузке. После введения инсулина количество сахара в крови может понизиться до 1—2 г/л. При значительном снижении уровня сахара наступает так называемый шок (гипогликемическая кома). Средняя доза инсулина, вызывающая шок, составляет примерно 80—100 ЕД. В некоторых случаях шоковое состояние развивается при введении 30 ЕД инсулина, а иногда 200 ЕД инсулина не вызывает шока. Для установления дозы инсулина, вызывающей шок, дозу повышают постепенно. Редко при лечении шизофрении, главным образом в случаях особой

устойчивости к инсулинотерапии и нейролептикам, проводят электросудорожную терапию.

Уход. Больные шизофренией нуждаются в тщательном уходе и надзоре (см. «Особенности ухода за психически больными»).

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Назовите наиболее общие симптомы шизофрении.
2. Назовите варианты течения шизофрении, их отличительные признаки.
3. Перечислите характерные расстройства мышления при шизофрении.
4. Как проявляется симптоматика кататонического синдрома при шизофрении?
5. Какова методика лечения шизофрении с учетом преобладающих расстройств?
6. Каковы особенности ухода за больными шизофренией?

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

Маниакально-депрессивный психоз встречается преимущественно в молодом возрасте, чаще у женщин.

Ряд ученых отметили при появлении приступов маниакально-депрессивного психоза нарушение обмена веществ. Некоторые данные указывают на значение наследственности в развитии этого заболевания.

Клиническая картина. Этот психоз имеет ряд особенностей. Одна из них — повторяемость маниакальных и депрессивных приступов. Эти приступы могут протекать и повторяться в различных вариантах: маниакальные приступы могут сменяться депрессивными без светлого промежутка или между маниакальным и депрессивным приступами бывает светлый промежуток, продолжающийся от нескольких дней до нескольких лет. Продолжительность маниакальных и депрессивных приступов самая разная. Приступ может продолжаться от 2 до 10 мес. Заболевание чаще начинается с депрессивного приступа. Иногда в клинической картине преобладают только маниакальные или только депрессивные приступы. Вторая особенность заключается в том, что светлый промежуток между фазами характеризуется восстановлением психического здоровья. Больные обычно возвращаются на прежнюю работу и ведут себя так же, как и до заболевания. Третья особенность состоит в том, что как бы тяжело



Рис. 64. Вид больной, находящейся в маниакальном состоянии.

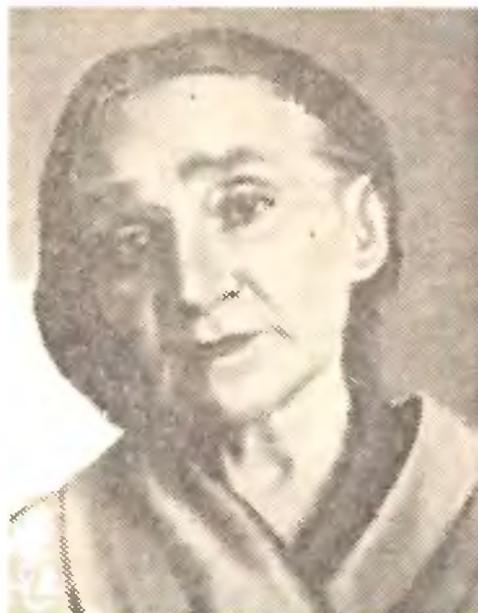


Рис. 65. Вид больной, находящейся в депрессивном состоянии.

ни протекали приступы, как бы часто они ни повторялись, деградации личности никогда не развивается.

Маниакальная фаза. У больных отмечается веселое настроение, повышенное стремление к деятельности. Они за все берутся, вмешиваются во все дела, составляют смелые проекты, стремятся их осуществить, добиваются приема у «ответственных лиц». В отделении больницы мимо больного незамеченным пройти невозможно: больной обязательно обратится с каким-либо вопросом или предложением. Нередко больные переоценивают свои возможности и способности: например, не имея никакого отношения к медицине, предлагают свои методы лечения. Иногда эта переоценка принимает характер бредовых высказываний. Так, больная, по образованию юрист, успешно справлявшаяся с работой, во время маниакального приступа уверяла всех окружающих, что у нее прекрасный голос и ее несколько лет подряд дирекция Большого театра «на коленях умоляет» дать согласие выступить в роли Кармен.

Для больных в маниакальной фазе характерна повышенная сексуальность. Находясь вне больницы, они часто вступают в случайные связи. Одна больная пожилого возраста ежедневно красила щеки и губы красным карандашом, в волосы вплетала красные ленточки, пыталась опустить голову в ведро с мастикой, чтобы окрасить волосы.

Больные в маниакальном состоянии много говорят, но их не всегда можно понять. Вследствие ускоренного течения представлений речь иногда становится настолько быстрой, что внешне может производить впечатление разорванности: больные пропускают отдельные слова и фразы. Сами они говорят, что у них язык не успевает высказывать все мысли. В связи с тем что больные много говорят, голос у них становится хриплым. Назойливость таких больных раздражает окружающих.

Часто наблюдается повышенная отвлекаемость внимания. Ни одного дела больные не доводят до конца; спят очень мало, иногда 2—3 ч в сутки, и совершенно не чувствуют усталости (рис. 64). Настроение у них обычно веселое, но иногда они бывают гневливые, легко вступают в конфликт.

Больной Б., 72 лет. Родился третьим ребенком в семье; в детстве рос и развивался правильно, в школе начал учиться с 7 лет; отличался хорошими способностями, успешно окончил реальное училище и институт. Занимал административно-хозяйственные должности. Заболевание началось в молодом возрасте.

Без видимой причины стали возникать приступы подавленного настроения, которые продолжались по нескольку недель. В дальнейшем приступы тоски сменялись совершенно иным состоянием: больной становился без причины чрезмерно весел, подвижен, очень словоохотлив, суетлив и навязчив. В этот период, по его словам, испытывал чрезвычайно приятное состояние: «Все казалось ярким, красочным и красивым, все лица, все люди казались милыми и симпатичными, во всем теле было ощущение легкости и бодрости, хотелось двигаться, работать, абсолютно отсутствовало чувство усталости». Промежутки между приступами иногда длились несколько лет. В эти периоды больной продолжал работать. В психиатрическую больницу поступал много раз. В отделении быстро знакомился со всеми больными, сразу вмешивался во все дела персонала, давал советы и указания по уходу за больными, а врачам предлагал свои услуги в лечении больных по собственной системе. Был суетлив и навязчив, его голос ни на минуту не умолкал; больным постоянно с кем-нибудь беседовал, спорил, давал советы. Очень охотно вступал в беседу с врачами отделения. На лице постоянно благодушная улыбка. Иногда бывал вспыльчив и раздражителен, но быстро успокаивался и опять начинал весело смеяться, был склонен к переоценке своих возможностей и способностей.

Депрессивная фаза. Больные в депрессивном состоянии все воспринимают в мрачных тонах, постоянно испытывают чувство тоски (рис. 65). Говорят они обычно медленно,

тихим голосом, бóльшую часть времени сидят, опустив голову. Движения резко замедленны. Заторможенность может достигать такой степени, что приходится говорить о депрессивном ступоре. У больных меняется отношение к близким и родным. Так, одна больная с горечью говорила: «Вижу что это мои дети, а чувств к ним нет». Это называется болезненной бесчувственностью (*anaesthesia psychica dolorosa*), что характерно для больных шизофренией с эмоциональной тупостью. Возможны бредовые высказывания, чаще бред самообвинения. Больные утверждают, что все их поступки были лишь обманом, который всем приносил непоправимый вред. Иногда больные приходят к заключению, что им не стоит жить, покушаются на самоубийство, отказываются от пищи. Таких больных следует немедленно помещать в стационар. Родственники неправильно оценивают состояние больного и иногда просят не брать его в больницу. Необходимо объяснить опасность ситуации, так как в домашних условиях больной может осуществить попытку самоубийства. Суицидальные попытки возможны и в больничных условиях, поэтому такие больные нуждаются в тщательном надзоре.

На высоте депрессии попытки самоубийства наблюдаются нечасто, так как больным вследствие выраженной заторможенности трудно осуществить свои намерения. Опасность самоубийства возрастает при выходе из депрессивного состояния, так как в это время заторможенность уменьшается, а тоскливый фон настроения еще остается.

Иногда, на высоте депрессии, у больных наблюдаются состояния возбуждения, во время которых они в отчаянии рвут на себе одежду, волосы, наносят себе повреждения. Такое особо опасное состояние называется взрывом тоски (*grius melancholicus*). О возможности его возникновения необходимо постоянно помнить.

Больная М., 38 лет, не работает. Психически больных в роду не было. Развивалась нормально, с юных лет страдает колебаниями настроения. Больной себя считает около 3 лет, когда без видимой причины появилось плохое настроение, мысли о безнадежности своего состояния, отказывалась идти к врачу, не выходила из дома. Несколько раз пыталась кончить жизнь самоубийством. За последние 2 года значительно похудела.

Соматическое состояние: пульс 96 в минуту, болезненность при пальпации живота; запоры.

Психическое состояние: правильно ориентирована в месте, времени и окружающей обстановке. Говорит тихо; голова опущена, выражение лица скорбное. Внимание большой прикова-

но к мысли о том, что она никогда не поправится, что состояние ее безнадежно, что она всем надоела и всем в тягость. Единственный выход из создавшегося положения видит в своей смерти. Считает себя виновной перед сестрой, у которой отнимает время, заставляет ее волноваться и заботиться. Тосклива, движения замедленные, на вопросы отвечает односложно.

Если маниакально-депрессивный психоз протекает в легкой форме, с нерезко выраженными маниакальными и депрессивными фазами, говорят о циклотимии. При таком проявлении заболевания больные иногда лечатся амбулаторно в психоневрологическом диспансере.

Маниакально-депрессивный психоз в некоторых случаях обозначают как циркулярный психоз, когда у больных последовательно наблюдаются обе фазы. При наиболее тяжелых формах циркулярного психоза одна фаза следует за другой без светлых промежутков. Помимо депрессивных или маниакальных состояний, существуют еще так называемые смешанные состояния, когда одновременно отмечаются симптомы, характерные и для депрессивной, и для маниакальной фазы. Например, больной тосклив, высказывает идеи самообвинения и вместе с тем не заторможен, а возбужден. Такие больные часто пытаются совершить самоубийство. Это так называемая ажитированная меланхолия.

В последние десятилетия клиническая картина маниакально-депрессивного психоза претерпела определенные изменения, в частности преобладающими стали депрессивные состояния, а маниакальные — относительно редкими.

Наряду с типичными депрессивными состояниями часто встречаются так называемые маскированные депрессии. Для них характерны не столько тоскливое, сколько угнетенное, унылое настроение, появление множества соматических жалоб (неопределенные боли в области сердца, желудочно-кишечного тракта), бессонница, сон без ощущения отдыха. Такие больные обычно безуспешно лечатся у терапевтов, реже обращаются к невропатологам. Состояние маскированной депрессии обычно сохраняется длительно. Ряд психиатров этот тип депрессивного состояния включают в рамки маниакально-депрессивного психоза как его мягко протекающий атипичный вариант.

Лечение. При депрессии с выраженной двигательной заторможенностью назначают мелипрамин. На ночь рекомендуются тизерцин (12—25 мг), терален (до 25 мг). При ажитированной депрессии лучший эффект дают

амитриптилин и другие препараты из этой группы, а также нуредаль, трансамин.

Недопустимо назначать антидепрессанты различных групп. При маниакальных приступах применяют аминазин и другие препараты хлорпромазинового ряда.

В последние годы для лечения аффективных расстройств весьма успешно используют препараты солей лития, которые оказывают специфическое седативное действие, снимают эмоциональную напряженность, тревожное возбуждение. Карбонат лития назначают как для купирования острых психотических состояний (внутрь по 0,25—0,75 г 3—4 раза в сутки после еды), так и для длительного систематического лечения с целью профилактики аффективных приступов (по 0,3—1,5 г/сут в течение нескольких месяцев). Лечение проводят при постоянном контроле за уровнем содержания лития в сыворотке крови.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Каковы отличительные особенности маниакально-депрессивного психоза как заболевания в целом?
2. Как проводится лечение больных с маниакально-депрессивным психозом?

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Психические нарушения в связи с травмой головного мозга могут носить как психотический, так и непсихотический характер, выявляются в остром периоде травмы, на этапах выздоровления и отдаленных последствий. Они занимают одно из первых мест среди всех экзогенно обусловленных психических расстройств.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ

Тяжелые травмы головного мозга, особенно его ушиб, ушиб со сдавлением, сопровождаются глубокими, нередко длительными расстройствами сознания вплоть до комы. После восстановления сознания могут возникать психозы острого периода, чаще в форме различных помрачений сознания (сумеречные состояния, делирий).

Сумеречные расстройства травматического происхождения протекают с возбуждением, галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, агрессией, нередко со спутанностью сознания.

Травматический делирий, как правило, наблюдается у лиц, страдающих алкоголизмом. Его проявления напоминают клиническую картину алкогольного делирия, однако для травматического делирия более характерны спутанность, рецидивирующий характер течения — чередование психоза со светлыми промежутками. В остром периоде после описанных состояний помрачения сознания может развиваться корсаковский синдром с амнезией, конфабуляциями. Психозы острого периода в зависимости от тяжести травмы могут сохраняться длительно; выход из психотического состояния всегда сопровождается выраженной астенией.

Психозы отдаленного периода травм головного мозга проявляются как в форме пароксизмальных расстройств сознания (преимущественно сумеречных), тесно связанных с посттравматическими припадками, так и в форме очерченных аффективных, паранойяльных, галлюцинаторно-бредовых психотических состояний.

Аффективные психозы носят чаще характер маний по типу клише — однообразные повторяющиеся психотические состояния. Им предшествуют дополнительные вредности (алкоголизация, общие заболевания, психогении). В других случаях выявляются депрессивные фазы, смена фаз. Длительность травматических аффективных психозов 1—3 мес. Для них характерно сочетание аффективных расстройств с проявлениями нарушенного сознания.

В позднем возрасте могут выявляться паранойяльные бредовые идеи ревности, сутяжные установки, бред ущерба, преследования. Эти психозы длительны, плохо поддаются лечению, часто обуславливают противоправное поведение больных, однако окружающими они нередко расцениваются как проявления плохого характера.

Галлюцинаторно-бредовые психозы также часто возникают после приступов травматической эпилепсии. Как правило, преобладают вербальный галлюциноз, связанные с ним бредовые расстройства, растерянность, страх, двигательное возбуждение.

Нередко психозы могут приводить к травматическому слабоумию, как правило, не носящему тотального характера.

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

В остром периоде эти нарушения проявляются астенией, аффективной неустойчивостью, на этапе отдаленных последствий — в форме различных вариантов травматической энцефалопатии. Наиболее часто она носит характер травматической астении. Это расстройство вообще характерно для травматических поражений головного мозга. Больным свойственны истощаемость, обидчивость, нередко непереносимость внешних раздражителей (физические нагрузки, атмосферные колебания, жара, езда в транспорте). В других случаях травматическая астения проявляется сочетанием истощаемости с вялостью, адинамичностью, снижением инициативности, сужением круга интересов. Помимо астении, травматическая энцефалопатия может носить характер стойкой психопатизации личности (преимущественно по истеро-возбудимому типу). Больные отличаются демонстративностью поведения, эгоцентризмом, капризностью, требуют особого к себе отношения, аргументируя это, в частности, перенесенной травмой. Их отличают возбудимость, брутальность аффективных реакций, агрессивность. Тяжесть перечисленных расстройств в значительной мере обуславливается нередко формирующейся у них склонностью к злоупотреблению алкоголем.

Лечение. Терапия психотических расстройств, связанных с травматическими поражениями головного мозга, проводится с учетом этапа заболевания, тяжести травмы, характера психопатологических проявлений. Она носит комплексный характер. В остром периоде при возникновении психоза наряду с проведением комплекса лечебных мероприятий по восстановлению жизненно важных функций (дегидратация, сердечно-сосудистые средства и т. д.) применяются методики купирования психомоторного возбуждения при делирии, сумеречных расстройствах сознания, бредовых состояниях. Лечение осуществляется в условиях стационара, как правило, травматологического. Перевод таких больных в психиатрический стационар целесообразен. Больные, перенесшие психоз, нуждаются в динамическом наблюдении психиатра. В отдаленном периоде назначают общеукрепляющие, седативные, в ряде случаев — психотропные средства с учетом преобладающих расстройств; при астении — элениум, эуноктин, сиднокарб, тонизирующие (настойка лимонника, элеутеро-

кокка). Периодически проводят дегидратацию, витаминотерапию. Психопатоподобные расстройства требуют применения также неулептила. Очень важны в этот период использование психотерапевтических методов лечения, адекватная трудовая реабилитация больных.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Что характерно для травматических психозов острого периода?
2. Изложите клиническую картину психозов отдаленного периода травм головного мозга.
3. Что вкладывается в понятие травматической энцефалопатии?

ПСИХОГЕНИИ

К психогениям относятся заболевания, возникшие под влиянием психической травмы. Термином «психогенные заболевания» вначале обозначали только истерические расстройства. Затем в эту категорию вошли реактивные психозы и неврозы. В. А. Гиляровский для обозначения этих заболеваний предложил термин «пограничные состояния», подчеркивая этим, что указанные расстройства как бы занимают пограничное положение между психическим заболеванием и психическим здоровьем, между соматическими и психическими заболеваниями.

Психическая травматизация может быть внезапной, неожиданной и растянутой во времени. Внезапные сильные вредоносные воздействия (землетрясение, наводнение, пожар, транспортные катастрофы, нападения, неожиданные известия о смерти) нередко вызывают аффективно-шоковые реакции, которые могут носить гиперкинетический или гипокинетический характер аналогично реакциям двигательной бури и мнимой смерти, наблюдаемым в животном мире. В этих случаях картина двигательного возбуждения или признаки обездвиженности — ступора бывают чаще недлительными, однако продолжительность их находится в определенной зависимости от продолжительности действия вредоносного фактора. При особо значимых для личности моральных потрясениях психогенный ступор может некоторое время сохраняться и после ликвидации травмирующей ситуации.

Иногда наблюдается отставленный тип реагирования, если ситуация непосредственной опасности (например, пожары) сопровождается мобилизацией психики пострадавшего и он производит целеустремленные и адекватные

действия, после чего, однако, может наступить патологическое и отставленное реагирование на полученную травму в виде резко выраженных эмоциональных и вегетативных нарушений, которые проявляются страхом, сердцебиением, одышкой, слезами и др. Эти реактивные состояния принимают иногда затяжной характер.

Важно отметить, что для возникновения психогений имеют значение личностные особенности человека, получившего психическую травму, ее субъективное значение для него. В некоторых случаях можно проследить связь между психологическими особенностями личности и свойственным ей способом реагирования на психическую травму. Например, у тревожно-мнительных личностей (психастеники) особенно легко возникает невроз навязчивых состояний.

Как отмечалось, выделяют две группы психогенных заболеваний: неврозы и реактивные психозы.

НЕВРОЗЫ

Неврозы относятся к группе психогенно-реактивных заболеваний, в основе которых лежат нарушения высшей нервной деятельности, возникающие под влиянием стрессовых (патогенных) факторов различной силы и длительности.]

В большинстве случаев причина неврозов не в абсолютной силе патогенного раздражителя, а в сигнальном значении травмирующего воздействия и в функциональном состоянии высшей нервной деятельности заболевшего в момент получения психической травмы. Развитию неврозов в значительной степени способствует как действие индивидуально значимых раздражителей, так и влияние ослабляющих нервную систему вредоносных факторов (соматические заболевания, переутомление, вынужденное недосыпание, эндокринные нарушения, алкоголизм и др.).

Согласно теории, выдвинутой И. П. Павловым при создании экспериментальных неврозов, нарушения высшей нервной деятельности, в частности функциональные расстройства корковой деятельности, формируются в двух направлениях — сплошного, диффузного, и локального, парциального, поражения («больные пункты»).

Клиническая выраженность неврозов по типу диффузного поражения соответствует неврастеническим проявлениям, а локальные поражения составляют основу навязчивых состояний. Необходимо отметить, что понятие

локальности и изолированности «больных пунктов» И. П. Павлов считал относительным, так как со временем локальные нарушения становятся источником патологических функциональных сдвигов в коре большого мозга, создавая картину полиморфности невротических расстройств.

Именно с помощью создания экспериментальных моделей неврозов на животных были показаны функциональный характер и обратимость неврозов под влиянием лечения и устранения патогенных воздействий, пути возникновения рецидивов болезни, переход неврозов в хронические невротические состояния с необратимостью некоторых расстройств и др.

Нервные механизмы образования неврозов были сведены к перенапряжению силы и подвижности нервных процессов, образованию инертных очагов патологического возбуждения и торможения под влиянием чрезвычайно сильных, однообразных, быстро сменяющихся внезапных отрицательных раздражителей.

Согласно патогенетической концепции неврозов В. Н. Мясищева, нарушение значимых отношений личности ведет к нервно-психическому перенапряжению и срыву высшей нервной деятельности, что клинически выражается различными формами невротических состояний. Основными клиническими формами неврозов являются: неврастения, истерический невроз и невроз навязчивых состояний.)

Неврастения. Как самостоятельное заболевание неврастению необходимо отличать от неврастенического синдрома, нередко наблюдаемого при органических заболеваниях центральной нервной системы (ЦНС), при шизофрении.

В основе неврастении чаще всего лежит чрезмерное или длительное переутомление, сочетающееся с отрицательными эмоциональными переживаниями (волнение, страх, тревожное ожидание, постоянные огорчения, чувство неприязни к выполняемой работе, спешка и т. п.) при наличии ослабляющих организм факторов в виде постоянного нарушения режима сна, питания, хронических интоксикаций (злоупотребление алкоголем, курением). Существенным моментом в возникновении неврастении может явиться постоянная необходимость в частых и срочных переключениях внимания для выполнения различных работ, особенно если это связано с волнением и беспокойством.

Клиническая картина. Одним из кардинальных признаков неврастения является так называемая раздражительная слабость, выражающаяся в повышенной возбудимости ЦНС и одновременно быстро наступающей истощаемости. Этот симптом обнаруживается в интеллектуальной, эмоциональной и волевой сферах психической деятельности больного. Больные на незначительные замечания или другие внешние раздражители отвечают бурными вспышками гнева с криком, бранью, но тотчас успокаиваются, нередко сожалея о происшедшем, становятся угнетенными, иногда плачут, сетуют на свою несдержанность, непереносимость ожидания. Реже преобладают подавленность, апатия, больные утрачивают интерес к окружающему, становятся малоинициативными; вследствие быстрой утомляемости трудоспособность их все больше снижается, особенно затруднительной становится работа, требующая напряженного внимания. Больные часто жалуются на плохую память. При объективном обследовании нарушений памяти не выявляют, но обнаруживают отчетливые признаки ослабления активного внимания. Расстраивается сон, который становится поверхностным, нередко сопровождается неприятными сновидениями. Сон не приносит надлежащего отдыха, поэтому утром больные чувствуют себя вялыми, сонливыми. Часты жалобы на головную боль в виде ощущения стягивания головы «обручем», «каской», покалывания и боли в области сердца, сердцебиение, шум в ушах, головокружение, мелькание «черных мушек» перед глазами. Нередко больные отмечают снижение полового влечения или повышенную половую раздражительность с быстрой истощаемостью.

Лечение. Рекомендуются соблюдение режима труда и отдыха, освобождение от дополнительных нагрузок. По возможности необходимо устранить причину неприятных эмоциональных переживаний, нужно разъяснить больному, что интенсивный труд сам по себе не является причиной заболевания. Необходимы общеукрепляющее лечение, регулярное питание, продолжительный сон, пребывание в течение 1—2 ч на воздухе, витамины.

Для налаживания сна и укрепления тормозного процесса назначают бромиды, транквилизаторы (элениум, седуксен, тазепам, реланиум, рудотель и др.), малые дозы нейролептиков и антидепрессантов успокаивающего действия, иногда снотворные. Показаны физиотерапевтические процедуры: теплые соляно-хвойные ванны, ножные ванны перед сном. Иногда, особенно на ранних этапах болезни,

необходимо временное освобождение больных от работы или учебы на некоторое время (до 3—4 нед). В начале болезни и особенно в тяжелых случаях неврастении желательнее изолировать больного от травмирующих воздействий и направить на стационарное лечение с последующим отдыхом в условиях санатория или дома отдыха.

- При выраженной вялости, апатии наряду с общеукрепляющим лечением следует назначить стимулирующие средства: китайский лимонник, секуринин, кофеин, витамины В₁, В₁₂, из физиотерапевтических процедур — душ Шарко, веерный душ, утреннюю гимнастику, прогулки на свежем воздухе, спортивные игры. При затяжном течении неврастении показан систематический умеренный труд с редким предоставлением больничных листов. Одним из основных методов лечения является рациональная психотерапия.

Истерия. По И. П. Павлову, истерия наблюдается при слабости коры головного мозга, что приводит к расторможенности подкорковых образований и преобладанию первой сигнальной системы. Этим объясняются многие симптомы истерии.

Клиническая картина. Проявления истерии весьма разнообразны, иногда напоминают симптомы других болезней, за что истерию называют «великой подражательницей». {Главнейшие проявления истерии: истерический припадок, вегетативные и сенсомоторные расстройства.}

{Истерический припадок всегда связан с какими-либо внешними раздражителями, особенно с ситуацией, травмирующей психику больного или вызывающей воспоминания о неприятных переживаниях прошлого. При истерическом припадке установить какую-либо последовательность в движениях больного не представляется возможным. Это объясняется тем, что характер движений отражает переживания больного. Сознание при этом никогда не бывает полностью затемнено, можно говорить лишь о его сужении, поэтому реакция больного на внешнюю обстановку до известной степени сохраняется.}

Продолжительность истерического припадков может быть от нескольких минут до нескольких часов. Припадок бывает более продолжительным, если вокруг больного находятся люди. Истерические припадки, как правило, возникают днем. Больные, падая, не получают тяжелых повреждений, как при эпилептическом припадке. При истерическом припадке реакция зрачков на свет сохранена,

вызываются и остальные рефлексy. У одной больной развился истерический припадок после того, как на ее глазах утонул ребенок, за которым она ухаживала. Во время припадка сознание у нее было сужено; она каталась по земле, делала руками движения, которые указывали, что она пытается кого-то схватить и удержать. Припадок продолжался около часа. В дальнейшем припадки возникали каждый раз, как только разговор заходил о детях или об уходе за ними. Истерические припадки могут напоминать сердечный приступ, обморок или какое-либо соматическое заболевание.

При истерии наблюдаются двигательные и чувствительные расстройства, парезы и параличи (моноплегия, параплегия, гемиплегия), гиперкинезы. При истерическом параличе тонус мышц не изменяется, сухожильные рефлексy вызываются, отсутствуют патологические рефлексy, нет атрофий. В клинической картине нет признаков органического поражения центральной или периферической нервной системы. Своеобразным симптомом двигательных расстройств, свойственным истерии, является астазия-абазия, сущность которой сводится к тому, что больной не может стоять и ходить при сохранности двигательных-координационных функций в ногах во время обследования в постели. Гиперкинезы при истерии носят разнообразный характер: дрожание рук, ног, всего тела.

Для расстройств чувствительности типа анестезии характерно, что зона нарушения чувствительности не соответствует анатомическому распространению чувствительных проводников. Например, при истерической гемиапестезии граница расстройств чувствительности проходит строго по средней линии, часты анестезии в виде пятен.

Реже наблюдаются истерические расстройства речи: мутизм (немота), заикание, афония (беззвучность голоса) или глухонемота (сурдомутизм). При истерии возможны расстройства желудочно-кишечного тракта: рвота, парез кишечника, икота. Редко бывают истерическая слепота (амавроз), блефароспазм.

Характер больного истерией имеет много общих черт с характером ребенка. У детей кора головного мозга еще недостаточно развита, и в их поведении большую роль играет подкорковая область. При истерии вследствие слабости коры подкорковая область высвобождается из-под ее влияния с большей легкостью, поэтому наблюдается повышенная эмоциональность. Эмоции оказывают опре-

деленное влияние на течение представлений. Пришима решение, делая какое-либо умозаключение, больной истерией руководствуется не разумом, а чувством.

Лечение. Применяются психотерапия, различные физиотерапевтические и общеукрепляющие процедуры. Больные истерией нуждаются в чутком и внимательном отношении персонала. В некоторых случаях необходима тактичная требовательность к больным, спокойное отношение к демонстративному поведению, свойственному отдельным больным. { Назначают малые дозы нейролептиков (аминазин и др.) фенотиазинового ряда. }

Невроз навязчивых состояний. Название болезни указывает на то, что центральное место в клинической картине занимают различные проявления навязчивости, с большей или меньшей силой или продолжительностью овладевающие больными. Навязчивые состояния по своему содержанию очень полиморфны: чаще наблюдаются навязчивые страхи, мысли, действия и т. п. Для невроза навязчивых состояний характерны понимание больными чуждости переживаемых явлений, их болезненности, а также стремление преодолеть чувство страха и неприязни к патогенным для них раздражителям. Явления навязчивости часто сопровождаются чувством тревоги, страха и вегетативными расстройствами в виде тахикардии, повышенной потливости, лабильности вазомоторных реакций и т. п.

Клиническая картина. Подавляющее большинство больных неврозом навязчивых состояний обращаются к врачу по поводу беспокоящих их навязчивых страхов: либо опасение за свою жизнь, либо боязнь допустить ошибку в поведенческих морально-этических реакциях (известны под названием «явления по контрасту»). Чаще отмечаются навязчивость ипохондрического содержания, мысли о телесном ущербе (нозофобия — страх заболеть раком, сифилисом, умереть от инфаркта и т. п.). Незначительное число больных жалуются на навязчивые явления по контрасту (страх закричать в неподходящем месте, произнести неприличное слово вслух, ударить, плюнуть в лицо, толкнуть уважаемого человека, разорвать ценные бумаги и т. п.). Навязчивые страхи ипохондрического содержания (боязнь умереть от инфаркта) нередко сопровождаются страхом совершить самоубийство (суицидофобия) и страхом совершить агрессивный поступок по отношению к наиболее близким и любимым людям (гомисидофобия).

Острые фобические состояния часто сопровождаются навязчивыми сомнениями, содержание которых исчерпывается тематикой навязчивых страхов.

Наличие фобических явлений, как правило, сочетается с системой так называемых защитных действий, противопоставляемых больными патогенным для них факторам (при страхе заражения больные постоянно моются, выбрасывают вещи, которые, по их мнению, могли соприкасаться с источником заражения, и т. п.).

Невроз навязчивых состояний характеризуется благоприятным течением и присоединением личностных реакций на болезнь, в тяжелых случаях — к развитию патохарактерологических расстройств. При многолетнем течении невроза навязчивых состояний с частыми обострениями отмечается временная потеря трудоспособности.

Лечение. В начальном, остром, периоде, когда страхи носят интенсивный характер, сопровождаются резкими нарушениями сна, следует назначить малые транквилизаторы (реланиум, тазепам, седуксен) в сочетании с антидепрессантами и большими транквилизаторами (галоперидол, аминазин). Проводят общеукрепляющее лечение, налаживают питание, чередование труда и отдыха, по возможности, необходимо изолировать больного от психотравмирующей ситуации. Психотерапевтические мероприятия должны быть направлены на успокоение и разъяснение. Необходимо внушать больному, что болезнь излечима, что надо строго соблюдать режим питания и сна. В некоторых случаях больного следует временно освободить от работы. Если навязчивые страхи под влиянием лечения скоро исчезают, необходимо продолжать поддерживающую терапию в течение 6—12 мес. При упорном течении болезни больного направляют на ВТЭК, продолжая психотерапию. В дальнейшем лечение проводят в условиях санаторного отделения психоневрологической больницы.

Системные неврозы. Выделение этой группы неврозов носит условный характер, так как не может существовать изолированных расстройств одного органа, функциональной системы. (Невроз — нарушение высшей нервной деятельности в целом) Однако определенные, нередко длительные, этапы динамики неврозов характеризуются преимущественной патологией какой-либо одной системы (сердечно-сосудистой, пищеварительной и т. д.).

Одним из наиболее тяжело и длительно протекающих неврозов является так называемый логоневроз, который

начиается в детском возрасте. Невротическое заикание может иметь как благоприятное, так и неблагоприятное течение. В первом случае речь идет о преходящих нарушениях речи, носящих изолированный характер. При неблагоприятном течении, помимо речевых нарушений, отмечаются многочисленные невротические расстройства, создающие картину развернутого заболевания. Центральное место в этих случаях принадлежит логофобии (страх речи) и личностному реагированию на наличие речевого дефекта.

Дифференциальную диагностику проводят с неврозоподобным заиканием, в генезе которого существенное место занимает раннее поражение ЦНС.

Лечение. Проводят комплексное медико-педагогическое лечение. Назначают миорелаксанты, транквилизаторы, антидепрессанты (мидокалм, элениум, седуксен, реланиум, amitриптилин). Наиболее эффективно раннее начало лечения в детских логопедических дневных стационарах, детских поликлиниках и санаториях.

В настоящее время в системе здравоохранения имеется развернутая сеть учреждений, в которых оказывают амбулаторную и стационарную логопедическую помощь детям, подросткам и взрослым.

ЯТРОГЕНИИ

Ятрогении — болезненные состояния, которые возникают в результате неправильного поведения медицинского работника в отношении больного. Беседуя с больным, надо всегда очень осторожно высказываться относительно его здоровья. Не рекомендуется употреблять специальные термины, которые больной может неправильно истолковать. Так, у одной больной заболевание развивалось после неосторожного высказывания медицинского работника санатория. У нее диагностировали заболевание сердца. В санатории больная предпочитала проводить значительную часть времени в парке. Во время беседы врач сказала, что в связи с болезнью сердца она может без отдыха проходить только от скамейки к скамейке. В этот же день больная, пройдя несколько десятков шагов, почувствовала боль в области сердца и вынуждена была сесть, а затем совершенно не могла ходить. Состояние ее улучшилось только после лечения в психиатрической клинике.

Надо постоянно помнить о том, что многие больные очень внимательно прислушиваются к высказываниям ме-

дицинских работников относительно диагноза, прогноза болезни и из услышанного делают выводы, которые могут травмировать их психику и нанести большой вред здоровью.

РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

Реактивные психозы характеризуются отсутствием у больных критики своего состояния, неправильной оценкой ситуации. В клинической картине преобладают психопатологические синдромы: депрессия, бред, галлюцинации, нарушения сознания. Реактивные состояния чаще возникают у человека со слабым типом нервной системы. Возникновение заболевания зависит от характера психической травмы, ее силы, продолжительности.

Клиническая картина заболевания, развивающегося в результате психической травмы, бывает разнообразной. Чаще наблюдаются реактивная депрессия, реактивный ступор, реактивный паранойд и истерические параноиды.

Реактивная депрессия. Как правило, реактивная депрессия начинает нарастать спустя 3—5 дней после перенесенной травмы. Иногда после тяжелой психической травмы могут наблюдаться аффективно-шоковые реакции в виде кратковременного ступора или двигательного беспокорства. Больные, узнав о несчастье, либо неподвижны, не отвечают на вопросы, на лице выражение страха, либо бесцельно мечутся, совершая нецелесообразные движения, не реагируя на окружающее. Такие состояния продолжаются несколько минут. В дальнейшем в клинической картине преобладает депрессия. Высказывания больных постоянно связаны с психотравмирующей ситуацией, которая вызвала заболевание. Частой причиной развития реактивной депрессии является смерть близких. При этом любые переживания усиливают чувство тоски. Больные охотно беседуют на волнующую тему, ищут сочувствия. Сон, как правило, нарушен. Содержание сновидений связано с обстоятельствами психической травмы. В галлюцинаторных переживаниях основное место занимает та же тема. Так, больная во время войны получила известие о гибели мужа. Это совпало с периодом кормления грудного ребенка. У больной сразу же прекратилась лактация. Появились мысли о самоубийстве. Нарушился сон. Постоянно испытывала чувство тоски, давящие, сжимающие боли в сердце. Через 2 нед после получения известия услышала стук в окно и увидела мужа, выбежала на улицу, но у окна никого не оказалось. Она стала бегать вокруг дома,

звать мужа. Зрительные и слуховые галлюцинации повторялись почти каждый день в течение 2 мес. Постепенно состояние больной стало улучшаться, через некоторое время она смогла вернуться к работе. При реактивной депрессии заторможенность чаще носит кратковременный характер.

Реактивный ступор. Для реактивного ступора характерна полная неподвижность, которая может сменяться возбуждением. Часто наблюдается необычное эмоциональное состояние: независимо от того, находится ли больной в состоянии заторможенности или возбуждения, он не обнаруживает полного безразличия к тому, что происходит вокруг. По прошествии этого состояния наблюдается амнезия. Реактивный ступор чаще развивается после внезапных переживаний (землетрясение, наводнение), а также после тяжелых психических травм.

Реактивный параноид. У больных в связи со сложившейся травмирующей обстановкой могут развиваться различные виды бреда. Чаще наблюдается бред преследования. Больные уверяют, что за ними следят, хотят им причинить вред. Этот бред отличается от бреда преследования при шизофрении тем, что его содержание не выходит за определенные рамки и отражает имевшую место конфликтную ситуацию. Лица, которые, по заявлению больного, его преследуют, оказываются людьми, принимавшими участие в конфликте. Эмоциональность больных чаще бывает несколько повышенной.

Истерические психозы возникают, как правило, в психотравмирующей ситуации, которая представляет угрозу жизни, свободе. Заболевание характеризуется истерическими расстройствами сознания. К ним относится, например, пугризм. Больной считает себя маленьким ребенком, начинает играть в куклы или прыгать верхом на палочке. В манере разговаривать, в поведении больные подражают детям. Например, больная 50 лет во время обхода просила, чтобы врач «взял ее на ручки». При псевдодеменции (ложное слабоумие) наблюдается та же форма истерического расстройства сознания. Больные на самые простые вопросы дают нелепые ответы, при этом чем проще вопрос, тем чаще можно получить нелепый ответ. Выражение лица как бы нарочито глупое: больные таращат глаза, усиленно морщат лоб. В их поступках отражаются примитивные представления о поведении психически больных. Проявления пугризма и псевдодеменции длятся неделями, месяцами.

Л е ч е н и е. В первую очередь, если это возможно, надо

устранить травмирующую психику ситуацию, которая вызвала заболевание. Иногда целесообразно поместить больного в стационар. Если состояние больного не представляет опасности ни для него, ни для окружающих и его продолжает травмировать место, где произошла психотравма, то ему рекомендуют изменить место жительства. Во всех случаях больному предлагают какое-либо занятие, способное отвлечь его внимание. При реактивных состояниях всегда назначают общеукрепляющее лечение. Эффективна в таких случаях психотерапия. Из медикаментозных средств назначают хлордиазепоксид, диазепам, феназепам, аминазин, тизерцин, при депрессии — антидепрессанты, при парапоиде — нейролептики, галоперидол, трифтазин. При реактивном ступоре показано проведение курса кофеин-амиталового лечения.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Назовите основные симптомы неврастения.
2. Что понимают под термином «астазия-абазия»?
3. Больной дает нелепые ответы на простые вопросы, таращит глаза; выражение лица нарочито глупое. О каком расстройстве следует думать?

ПСИХОПАТИИ

Психопатии не являются болезнью в собственном смысле этого слова с определенным началом, течением и исходом. Они составляют аномалии, болезненные особенности личности, в основе которых лежит стойкая дисгармония эмоционально-волевых сторон психики. Иными словами психопатия — это патология характера в отличие от его индивидуальных вариантов (акцентуаций), непатологических отклонений, обусловленных педагогической запущенностью. Диагностика психопатии основывается на критериях Ганнушкина — Кербикова: 1) стойкость личностной патологии; 2) ее тотальность; 3) выраженность до степени, нарушающей адаптацию личности.

Исследования П. Б. Ганнушкина показали, что аномалия характера может быть не только врожденной, но и приобретенной, обусловленной внешними влияниями, в том числе социальными. П. Б. Ганнушкин подчеркивал, что на разных этапах развития психопатии степень выраженности болезненных черт может быть различной (компенсация, декомпенсация), соответственно необходимы и разные медицинские мероприятия. В зависимости

от происхождения психопатии могут быть разделены на три основные группы: 1-я группа — **я д е р н ы е**, конституциональные психопатии (преимущественно наследственно обусловленные); 2-я группа — **к р а е в ы е**, приобретенные (преимущественно обусловленные неблагоприятными психогенными и средовыми воздействиями); 3-я группа — **о р г а н и ч е с к и е**, основу которых составляют врожденная или рано приобретенная неполноценность головного мозга под воздействием экзогенно-органических вредностей.

Краевая психопатия может развиваться в результате постоянного психогенного воздействия (неправильное отношение к ребенку — избиения и т. д., повторные психотравмы — смерть родителей и др.). В этих случаях речь идет о психогенном варианте краевой психопатии. Неправильное воспитание (безнадзорность, культивирование отрицательных примеров, гиперопека, «кумир семьи» и т. д.) лежит в основе становления патохарактерологического варианта приобретенной психопатии. При этом имеет значение переход обычных, свойственных ребенку реакций (характерологических) в патохарактерологические. Последние отличаются стойкостью, возникают по малейшему поводу, сопровождаются вегетативными нарушениями, некорректируемым поведением и т. д.

Общепризнанной классификацией психопатий не существует, но выделяют следующие клинические формы.

Возбудимые психопаты отличаются повышенной раздражительностью, которая может проявляться по ничтожному поводу. В это время психопаты не отдают отчета в своих действиях, могут быть агрессивны. Их действия в основном определяются состоянием эмоциональной сферы. У психопатических личностей этой группы иногда наблюдаются и так называемые эпилептоидные черты характера: вязкость, педантичность, застреваемость на эффектно окрашенных представлениях. Все это обуславливает особую конфликтность возбудимых психопатических личностей, нарушает их приспособление к окружающей среде.

В группу **тормозимых психопатов** (астенического и психастенического типа) входят люди, у которых в основном преобладают черты тревожно-мнительного характера. Они испытывают чувство собственной неполноценности, постоянно сомневаются в правильности своих действий и поступков, робки, застенчивы. У астенических личностей преобладают проявления психической слабости, повышенной истощаемости. Многие из них стремятся к уединению,

избегают общества. Особенно неуверенно и неловко чувствуют себя эти люди, когда им приходится выступать на собраниях, лекциях, беседах. В трудных ситуациях, когда требуется определенное напряжение умственной деятельности, они пугаются и легко отказываются от достижения намеченной цели.

Психастенический вариант психопатии обычно развивается у лиц мыслительного типа, т. е. при преобладании второй сигнальной системы над первой. Ее основными клиническими проявлениями являются тревожно-мнительные черты характера, чувство собственной малоценности и навязчивые состояния. Такие психопаты живут в мире постоянных сомнений, которые усиливаются с возрастанием сложности жизненных задач. Каждый простой вопрос подвергается длительному осмыслению. Психопаты этого типа не уверены в себе, недооценивают свои возможности и способности, которые могут быть высокими.

Сложные, опасные ситуации могут на какое-то время освободить психастеническую личность от тревожно-мнительных черт характера и навязчивых состояний.

Тормозные психопатические личности редко вступают в открытые конфликты с окружающими людьми. Однако вследствие присущих им болезненных особенностей характера эти лица обычно недостаточно реализуют свои способности и возможности, избегают усилий, необходимых для решения сложных жизненных задач.

Основной особенностью истерических психопатов является повышенная эмоциональность. Поведение больных находится в тесной зависимости от их эмоциональной сферы. Эмоции оказывают значительное влияние на течение представлений.

Истерическим личностям свойственно бурное внешнее выражение чувств, не соответствующее силе раздражителя (от театральной жестикуляции до истерического припадка). Быстрая смена эмоций, «эмоциональная логика» обуславливают непостоянство оценок, выносимых этими людьми в отношении как окружающего, так и собственной личности. Суждения их часто отличаются наивностью, детскостью. Для них характерны повышенная внушаемость, податливость посторонним влияниям.

К особенностям характера истерических личностей относится также склонность к фантазированию, патологической лживости. Любыми средствами такие лица стремятся быть в центре внимания. Так, одна больная,

возвратясь после отпуска на работу, заявила, что ей пришлось пережить большое несчастье: бандиты перерезали ночью всех ближайших родственников. Необоснованные претензии истерических личностей на особое положение в коллективе, их тяга к самоутверждению нередко создают поводы для конфликтов этих лиц с окружающими и нарушают их социальную адаптацию.

Эмоционально-лабильные психопаты отличаются колебаниями в эмоциональной сфере. У одних может преобладать повышенное настроение, у других — пониженное, доходящее до глубокой тоски, у третьих наблюдается частая смена хорошего настроения плохим, причем во всех случаях настроение мало связано с окружающей обстановкой. У некоторых психопатов встречаются те или иные виды половых извращений, например гомосексуализм — половое влечение к представителям одноименного пола; садизм — при этом виде извращения половое удовлетворение наступает при нанесении физической боли партнеру; педофилия — влечение к малолетним.

При сосуществовании различных, порой полярных черт характера, говорят о мозаичной психопатии.

Лечение. Необходимо проведение профилактических мероприятий. Как только у ребенка выявлены черты психопатоподобного поведения, надо правильно организовать его быт, учебу или трудовую деятельность. Важно поместить ребенка в здоровый коллектив, где ему будут прививать необходимые социальные навыки. В трудных случаях приходится госпитализировать больных в психоневрологические учреждения. Психопатам рекомендуют строго соблюдать трудовой режим. Назначают успокаивающие средства, снижающие агрессивность, беспокойство, чувство тревоги, страха. Большое значение имеют психотерапевтические воздействия.

ПСИХОПАТОПОДОБНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Внешне сходные с психопатиями расстройства могут возникать и при различной соматической, эндокринной патологии. Наиболее часто они возникают при органических поражениях головного мозга (инфекции, травмы). Эти состояния называют психопатоподобными. Психопатоподобные расстройства, по выражению Г. Е. Сухаревой, являются наиболее универсальными в подростковом возрасте. Они определяют нарушения поведения подрост-

ков, их школьную дезадаптацию, неуспеваемость. Большое значение приобретает разграничение формирующихся психопатий и психопатоподобных расстройств, в том числе при шизофрении.

Следует помнить, что органическим поражениям головного мозга, помимо психопатоподобных расстройств, свойственны и массивные вегетативные нарушения, непереносимость жары, духоты, транспорта, грубые, подчас неодолимые, расстройства влечений, в большей или меньшей степени выявляющаяся интеллектуальная недостаточность. Нарушения эндокринного созревания в подростковом возрасте характеризуются фазными колебаниями настроения, усилением ряда влечений, признаками задержанного или ускоренного соматического развития. Отграничение психопатий от вялотекущей психопатоподобной шизофрении основывается в первую очередь на выявлении при шизофрении несомненных ее признаков: специфических расстройств мышления, аутизации, признаков бреда, галлюцинаций.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Что вкладывают в понятие психопатии?
2. От чего следует дифференцировать психопатии?
3. Чем могут быть обусловлены психопатии?
4. Приведите краткую характеристику основных вариантов психопатий.

ОЛИГОФРЕНИИ

К этой группе заболеваний относятся различные степени врожденного слабоумия. В переводе на русский язык «олигофрения» означает «малоумие».

Причины олигофрении разнообразны. Чаще всего это результат поражения плода в связи с каким-либо инфекционным заболеванием матери (сифилис, тиф и др.); определенную роль в возникновении олигофрении играют токсоплазмоз и другие болезни. Большое значение придается алкоголизму родителей. Некоторые варианты олигофрений связаны с наследственными факторами.

Заболевания, которые ребенок перенес в первые годы своей жизни, также могут привести к остановке его умственного развития. К таким заболеваниям относятся менингит, энцефалит. Травмы головы во время родов или в послеродовом периоде нередко вызывают прекращение развития головного мозга.

В зависимости от выраженности психического не-

Рис. 66. Вид большой олигофренией.

доразвития различают дебильность, имбецильность (рис. 66) и идиотию. Такое деление является условным, так как четкую границу между отдельными группами провести не всегда удается.

Дебильность. При дебильности наблюдается снижение умственных способностей. Целесообразно обучать больных во вспомогательных школах по специальной программе.

Страдающие дебильностью наибольшее затруднение испытывают тогда, когда от них требуется находчивость и сообразительность. В то же время они способны приобрести определенные знания, которые дают им возможность работать. Обычно больные не понимают тех тонких взаимоотношений, которые складываются между окружающими их людьми. Им трудно уловить в окружающей действительности существенное, главное.

Больные с трудом пользуются отвлеченными понятиями. Их мышление не выходит за рамки конкретных представлений. Их отношение к себе недостаточно критично. Многие из них переоценивают свои возможности и очень обижаются, если им делают замечания. Некоторые больные отличаются повышенной внушаемостью, могут легко стать участниками преступления.

Имбецильность. Больные усваивают только названия окружающих предметов и наиболее употребительные слова, часто отмечаются большие дефекты в произношении слов. Иногда больных удается обучить чтению, элементарному счету, но многие не могут сосчитать даже пальцы на руках.

Больных имбецильностью можно научить выполнять какую-либо несложную работу, но они всегда нуждаются в контроле и руководстве. В одной из трудовых мастер-



ских такой больной был обучен переносить готовую продукцию от станков на склад. При встрече через несколько месяцев он с чувством большого удовлетворения рассказывал, что теперь может не только переносить вещи на склад, но и грузить их на машину.

Идиотия. Членораздельная речь у больных отсутствует. Они могут произносить лишь нечленораздельные звуки и очень редко отдельные слова. Обучить их каким-либо навыкам не удастся. Они не могут пользоваться даже предметами домашнего обихода. Их невозможно приучить пользоваться ложкой и вилкой.

При идиотии часто встречаются разнообразные физические уродства: аномалия строения черепа, лишние пальцы на руках, на ногах, аномалия внутренних органов. Больные обычно умирают от присоединяющихся соматических заболеваний (инфекций).

Лечение. Производят коррекцию эмоционально-волевых расстройств с помощью симптоматической терапии. Проводят повторные курсы лечения цианокобаламином, глутаминовой кислотой. Очень важна адекватная школьная и трудовая реабилитация больных.

Для профилактики олигофрении необходимо проведение комплекса медицинских лечебных мероприятий, предупреждающих внутриутробное поражение плода. Имеют значение медико-генетическое обследование супружеских пар, антиалкогольное просвещение, лечение заболеваний раннего периода жизни ребенка.

Уход. В тяжелых случаях имбецильности и при идиотии приходится следить за питанием и туалетом больных. При этом постоянно стремятся обучить больных хотя бы простейшим навыкам, научить самостоятельно одеваться, раздеваться и др.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Чем могут быть обусловлены олигофрении?
2. Приведите краткую характеристику различных по глубине форм олигофрении.

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СССР

В социалистическом государстве партия и правительство постоянно уделяют большое внимание вопросам организации медицинской помощи трудящимся. Руководство медицинскими отраслями осуществляется централи-

зованными управлениями министерств здравоохранения республик и Министерством здравоохранения СССР. Все это относится и к организации специализированной психоневрологической помощи. При республиканском министерстве здравоохранения имеется отдел специализированной помощи, который, в частности, ведает всеми вопросами организации практической и теоретической работы в области психоневрологии.

Вся психоневрологическая помощь разделяется на внебольничную и стационарную (в психоневрологических больницах). Внебольничная помощь осуществляется психоневрологическими диспансерами, диспансерными отделениями психиатрических больниц, кабинетами при общесоматических поликлиниках и больницах. Помощь неврологическим больным оказывают невропатологи поликлиники. В больших городах и в каждом районе имеется психоневрологический диспансер. Район разделен на участки, которые обслуживают участковые психиатры этого диспансера. В психоневрологический диспансер больных направляют врачи поликлиник и других учреждений. Основными разделами деятельности психоневрологического диспансера являются: 1) лечебно-профилактическая работа; 2) социально-правовая помощь больным; 3) организация психогигиенической и санитарно-просветительной работы среди населения.

В диспансере больные получают необходимую лечебно-профилактическую помощь как амбулаторно, так и на дому. Существенным отличием работы диспансера от работы обычных поликлиник является то, что каждого человека, обратившегося за помощью в диспансер, при обнаружении у него тех или иных признаков психического заболевания берут на активный учет. Это значит, что если больной не является на повторный осмотр и обследование, врач диспансера (участковый психиатр), не дожидаясь прихода больного, идет к нему на дом, организует лечение на дому или при необходимости направляет больного в стационар.

Диспансер тесно связан с психоневрологической больницей. Если больной поступил в больницу, миновав диспансер, то после выписки его из больницы медицинские документы направляют в районный психоневрологический диспансер по месту жительства и тем самым больного ставят на учет. В выписке из истории болезни, кроме диагноза и сведений о проведенном лечении, обычно дают рекомендации по вопросам дальнейшего наблюде-

ния, амбулаторного лечения или трудоустройства больного.

Таким образом, все психически больные состоят на учете в психоневрологическом диспансере. Это важное обстоятельство, так как, постоянно наблюдая больного, психиатры диспансера своевременно обнаруживают изменения в состоянии его здоровья и принимают соответствующие меры. Фельдшер или медицинская сестра, периодически выполняющие те или иные лечебные мероприятия по назначению врача, чаще видят больного и обычно получают важные сведения от родных или соседей о всех происходящих переменах в его состоянии. Эти сведения очень важны для оценки состояния больного, они помогают своевременно решать вопросы дальнейшего лечения.

Кроме медикаментозной терапии, психотерапии и физиотерапии, в диспансерах широко используют трудовую терапию в лечебно-трудовых мастерских. Трудовая терапия играет большую роль в компенсации нервно-психического состояния тех больных, у которых после перенесенного заболевания остаются те или иные последствия. В лечебно-трудовых мастерских больные работают под руководством специальных инструкторов. Больных ежедневно наблюдают врач и медицинская сестра. По мере улучшения состояния такие больные или возвращаются на прежнее место работы, или приобретают другую, доступную для них профессию. В целях предупреждения нервно-психических заболеваний врачи и медицинские сестры психоневрологического диспансера проводят санитарно-просветительную работу среди населения, больных и их родственников.

В диспансере осуществляется социально-правовая помощь больным: им помогают в решении бытовых проблем, трудоустройстве. Если больной получает пенсию, то диспансер следит за сроком переосвидетельствования во ВТЭКе. Врачи диспансера принимают участие в оформлении опеки и назначении опекуна для защиты интересов и прав недееспособных психически больных. За больным, находящимся в домашних условиях, систематически ведут наблюдение врачи и патронажные медицинские сестры. Такие больные находятся на специальном учете.

Трудовая экспертиза психически больных осуществляется ВТЭК, а военная — комиссией при военкоматах.

Областные диспансеры проводят работу по оказанию лечебно-профилактической помощи населению районов.

Для этой цели в район периодически выезжают врачи, фельдшера. Областные диспансеры, так же как и городские, находятся в контакте с районными больницами и сельскими участковыми врачами. В Центральной районной больнице (ЦРБ) имеются врачи — психиатры и невропатологи, которые осуществляют диспансерную работу на территории сельского района. Это обеспечивает приближение психиатрической помощи к больному, улучшает систематическое наблюдение за его здоровьем.

В больницу направляют больных, которые по своему психическому состоянию нуждаются в стационарном лечении, а также представляют опасность для себя или окружающих.

Обычно больные поступают в больницу с направлением (путевкой) от районного психиатра, однако в острых случаях, не терпящих отлагательства, больной может быть направлен врачом любой специальности, а при его отсутствии — фельдшером или медицинской сестрой. В направлении следует указать мотивы госпитализации, кратко описать поведение и состояние направляемого. В приемном отделении больного обязательно принимает и осматривает дежурный врач больницы. Наряду с психоневрологическим осмотром измеряют температуру тела, осматривают зев, выслушивают сердце и легкие. Все эти мероприятия не всегда удается провести полностью вследствие психотического состояния больного (резкий негативизм, возбуждение). Особенно внимательно осматривают тело поступающего больного. Для этого в специальной смотровой комнате больного полностью раздевают. В случае обнаружения ссадин, кровоподтеков, вывихов или других повреждений тела необходимо оказать помощь и тщательно описать их в истории болезни во избежание возможных конфликтов с родственниками больного или с самим больным. Все вещи больного сдают на хранение, а больному после принятия им ванны выдают больничное белье и пижаму (или халат). Категорически запрещается брать с собой режущие и колющие предметы: бритву (даже так называемую безопасную), перочинный нож, вилку, иголки, стеклянную посуду, а также лекарства. После осмотра врач направляет больного в соответствующее отделение.

Для психически больных с тяжелыми соматическими заболеваниями выделяют специальное отделение. Иногда такое отделение открывают при большой соматической больнице. Сюда помещают больных, страдающих тубер-

кулезом или требующих постоянного ухода ввиду тяжелого физического состояния, например больных с последними стадиями церебрального атеросклероза, с тяжелыми параличами, физически ослабленных, со старческими психозами. При этих отделениях устраивают изоляторы, куда помещают больных с подозрением на инфекционное заболевание.

В крупных психоневрологических больницах организуются детские отделения, в которых размещают больных в зависимости от возраста и пола. При таких отделениях имеется штат преподавателей, и дети, длительно находящиеся в больнице, продолжают занятия по программе соответствующего класса.

При больницах организуют также лечебно-трудовые мастерские, а в отделениях выделяют помещения для внутриотделенческой трудовой терапии.

При психиатрических диспансерах устраиваются дневные стационары, которые представляют собой лечебно-профилактические учреждения для дневного пребывания больных. На ночь больные возвращаются домой. В дневной стационар больных переводят после окончания курса лечения в больнице с целью дальнейшего укрепления их здоровья или они поступают из диспансера в случаях, когда имеющиеся расстройства не требуют госпитализации. Наряду с медикаментозным лечением и физиотерапией в дневных стационарах широко используется трудовая терапия.

В последние годы с целью более усиленной борьбы с алкоголизмом и токсикоманиями создана специальная наркологическая служба. Она включает сеть наркологических диспансеров, осуществляющих амбулаторное лечение таких больных, их выявление и учет, а также наркологических больниц, где проводят стационарное лечение.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Изложите структуру психоневрологической службы.
2. Как осуществляется социально-правовая помощь больным?
3. Каков порядок госпитализации психически больных?

ПСИХОГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

Под психогигиеной понимают науку о мероприятиях, направленных на сохранение и укрепление психического здоровья. Психогигиена тесно связана с

гигиеной труда и быта. Осуществление мероприятий в области психогигиены стало возможным лишь после Великой Октябрьской социалистической революции в условиях социалистического государства. Советское правительство организовано, в общегосударственном масштабе проводит ряд мероприятий по охране труда и оздоровлению быта, обеспечению полноценного отдыха трудящихся. В СССР трудящиеся имеют все условия для творческого, созидательного, радостного труда.

Важным фактором в осуществлении психогигиенических мероприятий является проведение санитарно-просветительной работы среди населения. Растет сеть домов санитарного просвещения. Издается массовыми тиражами научно-популярная литература, что способствует повышению культурного уровня населения, усвоению гигиенических знаний и обеспечивает раннюю обращаемость за врачебной помощью.

Правильная организация режима труда и отдыха, массовое вовлечение трудящихся в занятия физической культурой и спортом — все это не только профилактика заболеваний вообще, но и профилактика нервно-психических заболеваний в частности.

Психогигиена тесно связана с предупреждением психических заболеваний — п с и х о п р о ф и л а к т и к о й.

Диспансеризация всех психически больных, систематическое наблюдение за их состоянием позволяют рано выявлять обострение болезни и проводить соответствующие лечебные мероприятия. Приближение внебольничной медицинской помощи к населению и производству, профилактические осмотры рабочих и служащих, соприкасающихся на производстве с теми или иными промышленными ядами, обеспечивают выявление ранних, начальных, форм нервно-психических заболеваний.

ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Психотерапия является одним из видов лечения в форме планомерного целенаправленного психического воздействия на личность больного. Это воздействие включает не только целенаправленные словесные обращения, но и все поведение медицинских работников при общении с больным, а также всю психологическую атмосферу и те принципы медицинской этики, которые характеризуют лечебное учреждение, куда обратился больной. Основные

принципы психотерапии неразрывно связаны с правилами медицинской деонтологии.

Постоянное и планомерное стремление с помощью различных психотерапевтических методик устранять результаты психического травмирования, а также предупреждать возможную психическую травматизацию (путем выработки у больных правильной системы отношений к отрицательным внешним воздействиям) является непосредственной задачей психотерапии.

Роль медицинской сестры в осуществлении психотерапевтических мероприятий весьма значительна. Представляя собой первого исполнителя врачебных назначений (особенно в условиях стационара), она является и первым помощником врача, к которому больные обращаются с различными вопросами. Желая получить некоторые сведения о своем состоянии, о данных лабораторных исследований, о свойствах назначенных им лекарственных препаратов, больные иногда охотнее и проще обращаются с вопросами к медицинской сестре, особенно в вечернее время, когда медицинская сестра освобождается от проведения основных процедур.

Особое значение психотерапия приобретает в клинике пограничных состояний различного генеза, начиная от самых легких невротических состояний и кончая тяжелыми психопатиями. В общий комплекс лечения больных требуется включение интенсивной психотерапии. Важно отметить, что больные неврозами нередко выходят из болезненного состояния исключительно благодаря психотерапии, если последняя применяется своевременно и дифференцированно.

Несмотря на очевидность значения психотерапии для больных неврозами и психопатиями, это не всегда осознается средним медицинским персоналом, от чего особенно страдают тревожно-мнительные больные с навязчивыми страхами (фобиями) и др.

Психотерапию проводят как индивидуально, так и коллективно. Основным содержанием словесного обращения к больному или к группе больных являются слова успокоения, разъяснения, побуждения, отвлечения, активации, императивного внушения. Психотерапию проводят как в сочетании с медикаментозной терапией, так и независимо от последней.

Специальную психотерапию в виде планомерного целенаправленного психического воздействия на личность больного осуществляют с помощью различных психо-

терапевтических методик как в состоянии бодрствования, так и при условии внушенного гипнотического сна. Лечение внушением и гипнотическим сном в некоторых случаях проводят с предварительным введением больному наркотических средств (наркопсихотерапия).

В последние десятилетия разработаны разнообразные психотерапевтические методики, построенные на обучении больных приемам самовнушения и саморегуляции.

Значимость гипноза в медицине сводится, с одной стороны, к его охранительно-тормозному в отношении нервной системы действию, с другой — к углублению внушаемости, а отсюда и восприимчивости психотерапевтического воздействия, т. е. словесного мотивированного обращения (внушения) врача к больному.

Под лечебным внушением (*suggestio*) подразумевают целенаправленное активное словесное воздействие врача на больного. Различают внушение в гипнотическом состоянии, после введения наркотических средств и в состоянии бодрствования.

Хорошо поддаются гипнотическому воздействию представители так называемого художественного типа — лица, склонные к образному мышлению, ярким представлениям, а также страдающие хроническим алкоголизмом и перенесшие травму головного мозга.

Гипнотерапию проводят в виде серии гипнотических сеансов, которые в свою очередь состоят из двух основных частей — формулы спокойствия и формулы мотивированного внушения с учетом характера и стадии заболевания, а также личностных особенностей больного.

С помощью гипнотерапии, кроме эмоционально положительных реакций, могут вырабатываться и эмоционально отрицательные реакции с включением отрицательного соматического компонента (например, выработка рвотного рефлекса на вкус и запах алкоголя).

Основным и наиболее распространенным видом психотерапии в состоянии бодрствования является психотерапевтическая беседа врача с больным (индивидуальная) или с группой больных (коллективная). В настоящее время психотерапия в состоянии бодрствования располагает способами психологического воздействия и самовоздействия.

Согласно этапам целенаправленной психотерапии, в состоянии бодрствования различают успокаивающую (седативную), разъяснительную и активирующую психотерапию.

В комплексе психотерапевтических мероприятий в состоянии бодрствования существенное место занимает психотерапия по В. Н. Мясищеву, основой которой является изменение отношения больных к имеющимся у них болезненным переживаниям.

Наиболее ярким примером подобной перестройки отношения к психотравмирующей ситуации могут служить многочисленные факты перестройки личности на оптимистические позиции после перенесенной тяжелой физической травмы. Эта перестройка обычно происходит не сразу, ей предшествует период адекватной депрессии. Естественно, что подобный успех легче достигается у преморбидно (до болезни) гармоничных и активных личностей.

Целью так называемой десенсибилизирующей психотерапии является нормализация чрезмерной чувствительности больных в отношении некоторых внешних воздействий (так называемых патогенных, а вернее условно-патогенных объектов).

Один из известных приемов десенсибилизирующей психотерапии — функциональные тренировки, направленные на угашение навязчивых страхов в отношении различных патогенных для больного ситуаций (пребывание на высоте, в закрытом или открытом пространстве, в транспорте, многолюдной аудитории, вблизи возможного источника заражения и др.).

К активирующим видам психотерапии с использованием приемов самовнушения относится аутогенная тренировка. Принцип такой тренировки состоит в обучении больного с помощью приемов мышечной релаксации и целенаправленных самовнушений вызывать у себя необходимое чувство покоя, хорошего самочувствия и уверенности в собственных действиях. Овладение этой методикой означает приобретение навыков психической саморегуляции, направленных на подавление патологических волнений, неприятных ощущений и реализацию психологической устойчивости в трудных для больного ситуациях. Психологически этот прием импонирует больным как способ активного, самостоятельного осуществления самоуспокоения и самоуправления, как возможность приобретения самостоятельной способности к преодолению своего заболевания.

Следует подчеркнуть, что говорить о видах психотерапии, показанных больным с определенными заболеваниями (неврозы, реактивная депрессия или шизофре-

ния), без учета характера и стадии болезни так же неправомерно, как ставить вопрос о применении того или иного лекарственного препарата соответственно диагнозу, а не состоянию больного в целом в момент назначения ему лечения.

Психотерапевтически универсальной может считаться вся система отношения медицинского работника к больному независимо от клинического профиля медицинского учреждения, в которое обратился больной.

Психотерапевтически универсальной может быть и форма любого общения медицинского персонала с больным — то, что принято понимать как «психотерапия контакта». Умение правильно воплощать в жизнь эту «психотерапию контакта» обеспечивает врачу или медицинской сестре особый авторитет и доверие со стороны больных.

Роль медицинской сестры в процессе проведения врачом психотерапии — индивидуальной и особенно коллективной — весьма значительна. Как правило, медицинские сестры, участвующие в психотерапевтических мероприятиях, должны быть сведущими в особенностях психологического состояния больного, обратившегося за медицинской помощью. Такая медицинская сестра должна быть высококультурной, понимать свое назначение, обладать деловыми качествами и быть чуткой к больным.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Что понимают под психотерапией?
2. Назовите основные формы психотерапевтического воздействия.
3. На чем основана десенсибилизирующая психотерапия?

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ

Работа медицинского персонала в условиях психоневрологических учреждений отличается от таковой в других больницах и имеет ряд особенностей. Эти особенности обусловлены главным образом тем, что многие психически больные не понимают своего болезненного состояния, а некоторые вообще не считают себя больными. Кроме того, у больных с расстроенным сознанием может наблюдаться резкое двигательное возбуждение. В связи с этим к медицинскому персоналу в психиатри-

ческих больницах предъявляют особые требования: постоянная бдительность, выдержка и терпение, находчивость, чуткое, ласковое отношение и строго индивидуальный подход к больным. Большое значение имеет согласованность в работе всего коллектива сотрудников отделения и больницы.

Знание всех деталей по уходу и надзору за психически больными является необходимым условием работы медицинской сестры или фельдшера в психиатрической больнице. Прежде всего следует остановиться на том, какими должны быть поведение медицинского персонала в отделении психиатрической больницы и отношение к психически больным.

Во-первых, медицинская сестра обязана хорошо знать не только всех больных отделения по фамилии, имени и отчеству, но и в какой палате находится больной, каково его психическое состояние на текущий день, знать общее число больных в отделении и причину отсутствия некоторых из них. Необходимо обращать особое внимание на больных, нуждающихся в специальном наблюдении и уходе. Об этом медицинская сестра узнает при обходе отделения, который делает врач, из сестринских дневников и на пятиминутках. Во-вторых, необходимо точно узнать все назначения, сделанные врачом, и строго выполнять их в указанное время.

Обращение со всеми больными должно быть серьезным, вежливым, приветливым и участливым. Думать о том, что больные этого не понимают и не ценят,— глубокое заблуждение. Однако не следует впадать в другую крайность: быть чрезмерно ласковым, слащавым в обращении с больными, разговаривать с ними заискивающим тоном. Это может раздражать и волновать больных. Нельзя отдавать явное предпочтение и уделять особое внимание одному из больных и пренебрежительно относиться к другим. Это также не остается незамеченным и вызывает справедливое недовольство.

Необходимо следить за деловой обстановкой в отделении, за выполнением установленного режима дня, избегать громких разговоров, так как тишина — важное и необходимое условие при лечении нервно-психических больных.

Медицинский персонал обязан быть опрятным и подтянутым. Халат должен быть чистым и хорошо выглаженным, застегнутым на все пуговицы. На голове следует носить белую косынку и убирать под нее волосы. Меди-

цинским работникам мужчинам рекомендуется надевать на голову белую шапочку. Женскому персоналу беспокойного отделения во время работы нельзя носить бусы, серьги, брошки и т. п., так как все это мешает при удержании возбужденного больного и может быть сорвано им.

Если у больного начинается двигательное или речевое возбуждение или вообще наступает резкая перемена в состоянии, медицинская сестра обязана срочно поставить об этом в известность лечащего или дежурного врача. Среднему медицинскому персоналу не разрешается самостоятельно назначать лекарства или процедуры, перемещать больных из одной палаты в другую или даже в пределах одной и той же палаты.

Запрещаются посторонние разговоры в присутствии больного, даже если больной полностью безучастен к окружающему. Иногда такой больной после окончания курса лечения рассказывает о том, что в его присутствии медицинские сестры или няни вели разговоры на самые посторонние темы, выслушивать которые ему было крайне тяжело, но он не мог говорить и двигаться, например при кататоническом ступоре. Посторонние разговоры персонала не менее тяготят больных, находящихся в депрессивном и тоскливом состоянии. Больные с бредовыми идеями отношения или самообвинения в этих разговорах нередко усматривают ряд «факторов», которые, на их взгляд, имеют прямое отношение к ним. Это может усилить беспокойство больных, нарушить контакт с медицинским персоналом. Такие больные начинают подозрительно относиться к медицинской сестре, не принимают лекарства из ее рук. В таких случаях говорят, что больной «вплетает» окружающих в свой бред.

В присутствии больных нельзя обсуждать состояние здоровья кого-либо из них, говорить о его заболевании, высказывать суждение о прогнозе. Категорически запрещается смеяться над больными, вести беседу в ироническом, шутливом тоне.

Нередко больные с бредовыми идеями высказывают различные предположения о причине своего пребывания в больнице, жалуются на то, что их не лечат, а все якобы делают для того, чтобы избавиться от них, умертвить. Надо внимательно и терпеливо выслушать больного. Не следует стремиться во что бы то ни стало разубедить больного, но нельзя и соглашаться с его бредовыми высказываниями. Чаще всего в таких случаях приходится говорить больному о том, что все его предполо-

жения неправильны, опасения совершенно необоснованны и что ему необходимо лечиться, так как он болен. Больной, как правило, не удовлетворяется этим ответом и тут же задает вопрос о сроке его выписки из больницы. С этим вопросом следует рекомендовать обратиться к лечащему врачу. Говорить о точных сроках выписки при лечении психически больных, как правило, очень трудно, так как в процессе лечения может понадобиться дополнительное время для проведения тех или иных мероприятий или может наступить ухудшение в состоянии здоровья. О сроках выписки нужно говорить лишь приблизительно, чтобы потом не возникало никаких споров, конфликтов. Лишь за несколько дней до выписки можно назвать точную дату.

Иногда, для того чтобы успокоить больного, медицинская сестра обещает ему очередное свидание с родными, разговор по телефону, но не выполняет его, т. е. обманывает больного. Это совершенно недопустимо, так как больной теряет доверие к медицинскому персоналу. В случае, если невозможно прямо и конкретно дать ответ на тот или иной вопрос, следует перевести разговор на другую тему, отвлечь больного. Не рекомендуется обманным путем помещать больного в стационар: это затрудняет в дальнейшем контакт с ним, больной надолго становится недоверчивым, ничего не рассказывает о себе, о своих переживаниях, а иногда становится озлобленным.

Не следует бояться больных, но не нужно бравировать излишней храбростью, так как это может привести к тяжелым последствиям. Приведем пример, свидетельствующий о том, что нельзя пренебрегать осторожностью в общении с психически больным. Во время беседы больной, находящийся в бредовом состоянии, обратился к одному из молодых врачей и предложил ему выйти с ним в коридор для разговора с глазу на глаз. Поведение больного указывало на бредовое отношение к врачу. Больной и врач, вопреки советам остальных сотрудников, вышли в коридор, и больной сразу же напал на врача и нанес ему несколько ударов.

Следует помнить о возможных внезапных (импульсивных) агрессивных поступках больных, направленных против персонала или других больных. Вообще же агрессивные действия больных в отношении медицинского персонала — явление редкое. Ни в коем случае нельзя озлобляться, обижаться на больных за их агрессивные

намерения или действия, которые объясняются болезнью. По выздоровлении часто можно слышать, как больной просит извинить его за поведение в прошлом.

В случае, если среди больных возникла ссора или драка, медицинская сестра должна принять срочные меры, чтобы развести больных (для этого необходимо пригласить санитаров, можно прибегнуть к помощи сознательных больных), и сейчас же сообщить об этом врачу. Не следует в присутствии больных оправдывать поведение одного или обвинять другого.

Часто больные обращаются к персоналу с различными просьбами. Многие из них вполне выполнимы. Однако, прежде чем выполнить просьбу, нужно учесть все возможные последствия, т. е. быть осторожным. Например, больная шизофренией с бредовыми идеями физического воздействия и отравления после проведенного курса лечения стала чувствовать себя значительно лучше, но бред полностью не исчез, что она тщательно скрывала (диссимулировала). Вечером эта больная попросила у медицинской сестры английскую булавку, чтобы продернуть резинку. Булавку она получила. Вскоре вызванный врач обнаружил у больной повреждение лица, так как она пыталась «застегнуть» себе рот, чтобы ночью ей «не открыли его и не насыпали ядовитых веществ».

Больные часто пишут различные письма, заявления, жалобы в разные учреждения. В этих письмах они излагают свои «мытарства», требуют, чтобы их обследовала комиссия, и т. д. Поэтому перед отправлением все письма, написанные больными, должны быть прочитаны медицинской сестрой или врачом. Письма, которые по своему содержанию носят явно болезненный характер или имеют какие-либо нелепые высказывания, отправлять не следует. Эти письма медицинская сестра должна передать врачу. Письма и записки, поступающие в отделение, перед тем, как их раздать больным, тоже надо прочитать. Это делается для ограждения больного от травмирующих известий, которые могут ухудшить состояние его здоровья. Передачи больным (продукты и вещи) следует тщательно просматривать, чтобы родственники и знакомые умышленно или без умысла не передали больному то, что может быть ему противопоказано или даже опасно для него, например лекарства (особенно наркотики), спиртные напитки, иголки, лезвия, ручки, спички.

Медицинская сестра детально должна знать обязанность санитаров и следить за их работой, помнить о не-

допустимости снятия санитарного поста без обеспечения замены. Новой смене санитаров, вступающей на пост, медицинская сестра должна дать указания, какие больные нуждаются в строгом надзоре, особенно в уходе. К таким чаще всего относятся больные в депрессивном состоянии, с галлюцинациями, бредом, особенно с бредом физического воздействия и преследования, больные эпилепсией с частыми припадками или с периодическими приступами расстройства сознания, физически слабые больные, отказывающиеся от еды, и др. Самый бдительный надзор и наблюдение за такими больными — лучшее средство избежать несчастных случаев (самоубийств, самоистязаний, побегов, нападения на окружающих). Эти больные ни на минуту не должны исчезать из поля зрения санитаров. Если больной с мыслями о самоубийстве накрывается одеялом с головой, необходимо подойти к нему и открыть лицо, так как бывают случаи попыток к самоубийству под одеялом. При измерении температуры тела нужно внимательно следить, чтобы больной не нанес себе повреждения градусником или не проглотил его с целью самоубийства. Если больной направился в туалет, то санитар должен незаметно следить через окошечко за его поведением. Надзор не должен ослабевать ни днем, ни ночью; в палате, куда обычно помещают таких больных (наблюдательная палата), в ночное время должен быть достаточный свет.

При выдаче лекарств нельзя отходить от больного до тех пор, пока он не примет их, так как некоторые больные по тем или иным мотивам не желающие лечиться (бредовое толкование, страх, негативизм), получив порошок или таблетку, выбрасывают их или накапливают, чтобы принять большую дозу одновременно с целью отравления. Если возникают подобные подозрения, нужно осмотреть вещи и постель больного. Это, впрочем, следует время от времени делать в отношении многих больных. Осмотр вещей, чтобы не оскорбить и не обидеть больного, надо производить в часы прогулок или во время пребывания больного в ванне. Если необходимо произвести срочный осмотр, больному предлагают принять ванну или приглашают его в кабинет врача для беседы.

Больные, склонные к самоубийству, иногда собирают во время прогулок в саду кусочки стекла, металла, гвозди, поэтому санитары должны внимательно следить за их поведением. Территорию надо систематически тщательно убирать. Больные не должны иметь при себе спичек.

Спички для курящих хранит санитар. При этом необходимо тщательно наблюдать, чтобы больной не бросил горящую папиросу на постель и не нанес себе ожоги, что иногда делают больные в депрессивном или бредовом состоянии.

У больных не должно быть длинных карандашей, перочинных ножей, заколок, шпилек.

Брить больных должен парикмахер в присутствии санитаря, для этого лучше пользоваться безопасной бритвой. Эти меры предосторожности необходимы потому, что бывают случаи, когда больной выхватывает бритву из рук персонала и наносит себе тяжелое повреждение. Во время еды ножи и вилки больным не выдают. Пищу готовят заранее таким образом, чтобы ее можно было есть, пользуясь только ложкой. Буфет, где хранят ножи и другие предметы, должен быть всегда закрыт на замок. Входить в буфетную больным не разрешается.

В отделениях, как правило, бывают беспомощные больные, за которыми необходим самый тщательный систематический уход. К этой группе относятся больные с кататоническим и депрессивным ступором, с тяжелыми органическими поражениями головного мозга при наличии параличей или глубокого слабоумия, физически слабые больные и др. Они часто не могут самостоятельно есть, их нужно кормить и поить из рук. Физически слабым больным, а также в случае расстройства глотания пищу надо давать преимущественно жидкую, небольшими порциями, не торопясь, так как больные легко могут поперхнуться. Необходимо следить за чистотой белья и постели. Периодически следует подкладывать больным судно. Для освобождения кишечника применяют очистительные клизмы. Больных, которым разрешено вставать, нужно водить в туалет. При задержке мочи (чаще это наблюдается при кататонии) ее надо выпускать при помощи катетера. Важно внимательно осматривать (не менее 1—2 раз в неделю) кожные покровы больных, так как у них легко возникают пролежни, опрелости. Особое внимание следует обращать на область крестца, ягодиц. При появлении первых признаков пролежней: стойкое покраснение кожи — больного следует уложить на резиновый круг, систематически протирать кожу камфорным спиртом. Полость рта, особенно если больной не пьет и не ест и его кормят через зонд, надо периодически промывать. Нужно строго следить за чистотой волос (лучше коротко стричь их).

Большого внимания со стороны обслуживающего пер-

сонала требуют больные, отказывающиеся от еды. Отказ от еды может быть обусловлен разными причинами: наличием кататонического ступора, негативизма, бредовыми установками (идеи отравления, самообвинения), повелительными галлюцинациями, запрещающими больному есть. В каждом случае надо попытаться выяснить причину отказа. Иногда после уговоров больной начинает самостоятельно есть. Некоторые больные доверяют кормить себя только кому-нибудь из сотрудников или родственнику. Больные с явлениями негативизма иногда едят, если около них оставить пищу и отойти. Часто помогает введение 4—16 ЕД инсулина натощак, в результате чего усиливается чувство голода. В ряде случаев персоналу удается кормить больного, преодолевая небольшое сопротивление. Если все принятые меры не приводят к положительным результатам, приходится кормить больного искусственно через зонд. Кормление через зонд производит врач или медицинская сестра под наблюдением врача.

Большое внимание следует уделять уходу за возбужденными больными. Известно, что возбуждение возможно при шизофрении (кататоническое и гебефреническое возбуждение), маниакально-депрессивном психозе (маниакальная фаза), при делириозном и аментивном состояниях различной этиологии. Наиболее эффективна при этом медикаментозная терапия. Хорошие результаты наблюдаются при внутримышечном введении аминазина в виде 2,5% раствора по 200—400 мг/сут. С этой же целью могут быть использованы трифтазин, галоперидол, тизерцин и другие нейролептические средства.

В ряде случаев показаны хлоралгидрат по 2—3 г, 10% раствор гексенала по 5—10 мл, 25% раствор сульфата магния по 5—10 мл, барбитал по 0,2—0,4 г на прием. Учитывая, что в состоянии возбуждения больные, как правило, не принимают лекарств внутрь, необходимо их вводить подкожно, внутримышечно или в прямую кишку при помощи клизмы, в свечах.

Иногда возбужденного больного приходится удерживать в постели до тех пор, пока ему не введут то или иное лекарство. Медицинская сестра не только должна точно знать все приемы удержания беспокойного больного, но и уметь показать их санитарам и руководить санитарями, если это необходимо. В зависимости от силы возбуждения больного удержание его в постели может быть обеспечено 1—2 санитарями, а иногда для этого необходимы 3—5 санитаров.

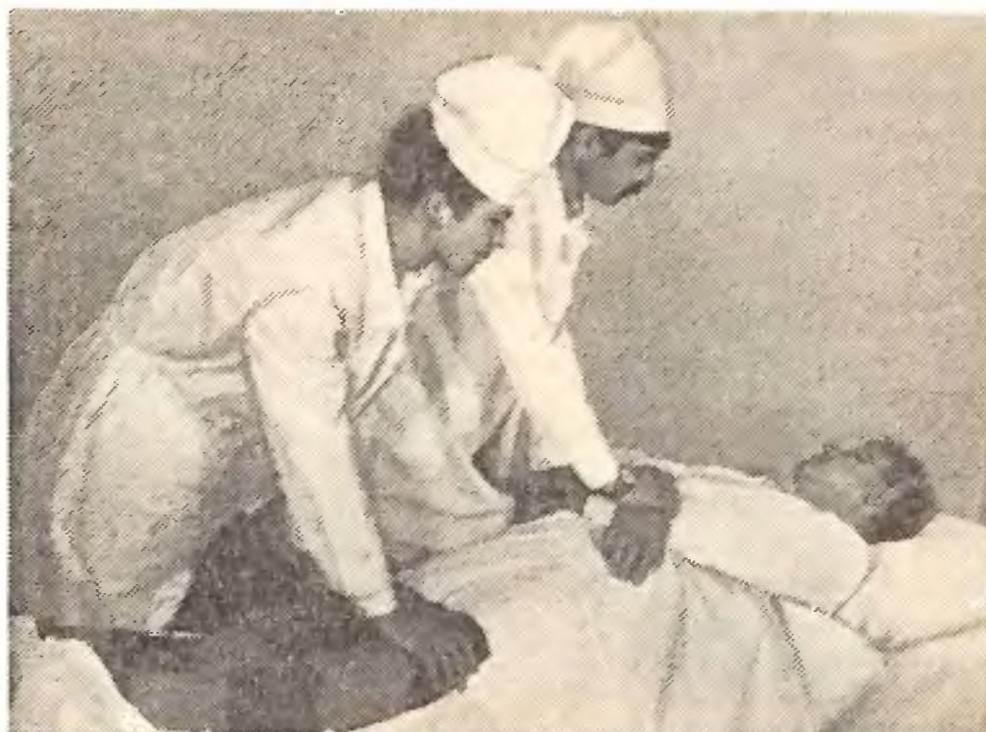


Рис. 67. Удержание беспокойного больного двумя санитарями.

При сильном возбуждении больного кладут на кровать на спину, руки и ноги выпрямляют. С обоих боков кровати встают по два санитаря. Двое из них держат руки больного, фиксируя плечо и предплечье, двое — ноги, фиксируя бедро и голень. Иногда для удержания больного достаточно двух санитаров (рис. 67): один из них удерживает ноги, а другой — руки больного, предварительно скрестив их таким образом, чтобы левая рука лежала на правой. Если больной во время возбуждения пытается удариться головой или укусить окружающих, то, кроме фиксации рук и ног, третий человек должен удерживать голову больного. Для этого санитар становится у изголовья кровати и плотно прижимает голову к подушке, предварительно перекинув через лоб больного полотенце (рис. 68). Во время удерживания нельзя причинять больному боль, поэтому лучше удерживать его через простыню или одеяло. Нельзя надавливать на живот и на грудь больного, так как можно причинить боль или вызвать перелом ребер.

В случае, если сильно возбужденный больной не дает приблизиться к себе, угрожая каким-либо предметом, к нему следует подойти, держа перед собой развернутое и поднятое вверх одеяло, которое быстро накидывают на



Рис. 68. Удержание беспокойного больного тремя санитарями.

больного. После этого больного укладывают в постель и удерживают, как описано выше.

При переводе возбужденного больного из одного помещения в другое также надо правильно удерживать его. Для этого существует несколько приемов, которые применяют в зависимости от характера возбуждения и силы больного. Если больного ведет санитар, то он должен подойти к больному сзади, скрестить его руки и идти рядом с ним. Больной может оказать сопротивление: пытается вырваться, ударить головой. Во избежание этого скрещенные руки больного надо приподнять, тем самым будут ослаблены движения плеч и головы больного. При сильном возбуждении больного могут вести два санитаря. В этом случае каждый санитар берет больного за одну руку около кисти и плеча над локтевым суставом. Руки больного отводят в стороны.

При уходе за больными эпилепсией следует помнить, что ввиду своеобразия характера они часто вступают в длительные конфликты с окружающими больными, что может привести к агрессии. Медицинская сестра должна вовремя уметь отвлечь больного, успокоить его. Если больной все же остается злобным, напряженным, необхо-

димо сказать об этом врачу. Во время дисфории (расстройство настроения), которая может продолжаться несколько часов или дней, к больному не следует часто обращаться, стремиться вовлечь в какие-нибудь занятия, так как он в это время крайне раздражителен и злобен. Лучше обеспечить больному полный покой.

Большие трудности возникают при уходе за психопатами, которые нередко являются нарушителями режима отделения, часто вступают в ссоры с окружающими больными. В подобных случаях приходится строго поговорить с ними, призвать к порядку.

Непосредственной обязанностью медицинской сестры является составление дневников. В них медицинская сестра должна точно изложить все, что она видела в течение дня, наблюдая за больными. Эти дневники имеют большое значение для врачей, если они умело составлены, так как медицинская сестра больше времени, чем врач, общается с больными и может заметить важные перемены в их состоянии. Эти же дневники необходимы медицинским сестрам и санитарам другой смены для ознакомления с состоянием больных. Только при четкой и согласованной работе всего персонала отделения, при правильной организации ухода и лечения можно добиться хороших результатов в оказании помощи больному, страдающему психическим заболеванием.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Какова тактика поведения с бредовыми больными?
2. Что необходимо учитывать при профилактике самоубийств душевнобольных?
3. Каковы особенности ухода за беспомощными больными?
4. Как проводится удержание беспокойного больного?
5. В чем особенности поведения больных эпилепсией?

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ, НАИБОЛЕЕ УПОТРЕБЛЯЕМЫХ В НЕВРОПАТОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

- Абсанс** (отсутствие) — кратковременное нарушение сознания у больных эпилепсией.
- Абстиненция** — симптомокомплекс соматических и нервно-психических расстройств у наркоманов в период отвыкания от наркотиков.
- Абсцесс мозга** — гнойник головного мозга, чаще возникает в результате попадания гноеродных микробов при травме головного мозга, а также при гнойном заболевании уха, легких.
- Аггравация** — намеренное преувеличение действительно существующих болезненных изменений.
- Аграфия** — потеря способности писать.
- Агрессивный** — нападающий.
- Агрипния** — расстройство сна, бессонница.
- Адекватный** — соответствующий раздражению, ситуации. Например, веселое выражение лица при радостном известии.
- Ажитированный** — возбужденный.
- Акалькулия** — потеря способности считать.
- Акоазмы** — слуховые галлюцинации в виде шумов, треска, свиста и других звуков.
- Акроцианоз** — синюшность конечностей.
- Аксон** (нейрит, осевоцилиндрический отросток) — самый длинный отросток нервной клетки, отходящий от ее основания.
- Алексия** — потеря способности читать.
- Альцгеймера болезнь** — заболевание из группы старческих психозов.
- Амавроз** — слепота.
- Аментивный синдром** — один из видов расстроенного сознания, характеризуется острой спутанностью, полной дезориентировкой, отрывочными галлюцинациями, бессвязностью речи и двигательным беспокойством (обычно в пределах постели).
- Амимия** — отсутствие мимических движений, что нередко придает лицу маскообразное выражение.

- Амнезия** — выпадение из памяти, забвение отдельных периодов жизни.
- Амнезия антероградная** — потеря памяти на события после начала заболевания.
- Амнезия ретроградная** — выпадение из памяти событий, предшествовавших болезни.
- Амнестический синдром** — резкое расстройство запоминания текущих событий с наличием конфабуляций или псевдореминисценций.
- Аналгезия** — отсутствие ощущения боли.
- Анестезия** — отсутствие чувствительности.
- Анизокория** — разная величина зрачков.
- Анорексия** — потеря аппетита.
- Аносмия** — потеря обоняния; больные не различают никаких запахов.
- Апатия** — безразличие, отсутствие стремлений к деятельности.
- Аполлексический удар** — кровоизлияние в мозг, инсульт.
- Апраксия** — невозможность произвести какое-либо сложное действие при отсутствии паралича. Больной утрачивает способность пользоваться предметами по назначению, например не может зажечь спичку, одеться.
- Аргайлла Робертсона синдром** — отсутствие реакции зрачков на свет при сохранении реакции их на аккомодацию и конвергенцию. Часто наблюдается при сухотке спинного мозга и прогрессиивном параличе.
- Арефлексия** — отсутствие рефлексов.
- Астазия-абазия** — невозможность стоять и ходить при отсутствии признаков органического поражения центральной или периферической нервной системы. При обследовании больного в постели все движения в ногах сохранены.
- Астения** — общая слабость, повышенная истощаемость. Часто наблюдается после инфекционного заболевания или другого тяжелого соматического заболевания.
- Атаксия** — расстройство координации (согласованности) движений.
- Атония** — отсутствие тонуса.
- Аура (дуновение)** — симптом, наблюдаемый в начале эпилептического припадка. Выделяют различные виды ауры: вегетативную, сенсорную и др.
- Аутизм** — отгороженность от окружающих, погружение (уход) больного в мир собственных переживаний. Больной настолько углубляется в свои переживания, что с ним трудно вступить в общение.
- Афазия** — потеря речи при органическом поражении головного мозга.
- Афазия амнестическая** — больной не может правильно назвать знакомые предметы, хотя знает их название и употребление. Например, при показе больному ключа он не может его назвать, но отвечает, что это то, чем открывают и закрывают замок и делает ключом вращательные движения.

- Афазия моторная** — больной не может говорить, хотя понимает речь окружающих.
- Афазия сенсорная** — больной не понимает речь, хотя может произносить слова и фразы.
- Афония** — беззвучность голоса. Нередко наблюдается при истерии.
- Аффект** — сильное выражение чувств (гнев, радость, страх), как правило, сопровождающееся вегетативными проявлениями (покраснение лица и др.).
- Аффект патологический** — отличается от обычного аффекта тем, что при нем расстраивается сознание.

Бабинского рефлекс — медленное разгибание I пальца стопы с подошвенным сгибанием или веерообразным расхождением остальных пальцев при штриховом раздражении наружной поверхности стопы.

Бред — ложное, возникающее на почве болезни, не соответствующее действительности убеждение, не поддающееся исправлению никакими доводами (например, больной утверждает, что его сердце заключено в металлическую оболочку). Этот симптом — несомненный признак психической болезни.

Бред резидуальный — остаточные бредовые высказывания больного в период выздоровления.

Булимия — чрезмерное повышение аппетита.

Бульбарный паралич — паралич, обусловленный поражением ядер черепных нервов, расположенных в продолговатом мозге, имеет все признаки периферического паралича.

Вегетативный синдром — комплекс вегетативных нарушений (расстройство потоотделения, вазомоторные явления).

Галлюцинации — чувственное восприятие при отсутствии соответствующего внешнего объекта.

Галлюцинации гипнагогические — галлюцинации, возникающие при засыпании, в дремотном состоянии.

Галлюцинации истинные — галлюцинаторные образы, носящие характер реальности, точно проецируемые больным в пространстве.

Галлюцинации ложные (псевдогаллюцинации) — галлюцинации, не имеющие проекции во внешнем пространстве. Воспринимаются больным не посредством органов чувств, а как бы «умственным зрением и слышанием».

Галлюциноз — синдром, характеризующийся наличием стойких (как правило, слуховых) галлюцинаций. Чаще всего наблюдается при сифилисе мозга и алкоголизме.

Гемианопсия — выпадение половины поля зрения.

Гемикрания — мигрень.

Гемипарез — неполный паралич одной половины тела.

Гемиплегия — паралич половины тела.

- Гидроцефалия — водянка головного мозга.
- Гиперакузия — повышенная чувствительность к звукам.
- Гиперестезия — повышенная чувствительность.
- Гиперкинезы — насильственные движения. Зависят от усиления деятельности подкорковой области. Часто наблюдаются при малой хорее.
- Гипестезия — пониженная чувствительность.
- Гиперрефлексия — резкое усиление рефлексов, наблюдаемое, например, при спастических параличах.
- Гиперсомния — повышенная, чрезмерная сонливость.
- Гипертонус — повышение мышечного тонуса.
- Гипомимия — ослабление мимической мускулатуры, недостаточная выразительность мимических реакций.
- Гипноз — частичный сон, один из методов психотерапии.
- Гипорефлексия — понижение рефлексов.
- Гипотония — понижение тонуса, например мышечного при вялых параличах.
- Гомосексуализм — половое влечение к лицам своего пола.
- Двойная ориентировка — убежденность больного в том, что он одновременно находится в двух местах, например в больнице и в тюрьме, что его окружают больные и в то же время подсланные шпионы и др.
- Дебильность — легкая степень слабоумия (олигофрения); нерезко выраженная умственная отсталость.
- Деградация — нарастающие, малообратимые изменения психики (высших нравственных и социальных установок, интеллекта).
- Дезинтоксикационная терапия — лечение, направленное на удаление ядовитых веществ из организма.
- Дезориентировка — неспособность больного ориентироваться в месте, времени, а иногда и в собственной личности.
- Делирий — снопоподобное состояние сознания, характеризуется возбуждением, дезориентировкой в месте и времени, обилием галлюцинаторных расстройств.
- Деменция — слабоумие, приобретенное в процессе болезни.
- Депрессия — тоскливое, угнетенное настроение.
- Джексоновская эпилепсия — так называемая очаговая эпилепсия, при которой припадки возникают в той или другой части тела в зависимости от участка (очага) раздражения коры большого мозга.
- Дизартрия — расстройство произношения слов. Больные особенно трудно выговаривают сложные слова и скороговорки, они как бы спотыкаются на слогах.
- Диплопия — двоение: окружающие предметы видятся удвоенными.
- Дипсомания — запойное пьянство.
- Диссимуляция — сознательное стремление больного скрыть свои болезненные расстройства.
- Дисфагия — расстройство глотания.

- Идиотия** — самая глубокая степень врожденного слабоумия (олигофрения).
- Иллюзия** — искаженное восприятие реально существующего раздражителя (предмета, звука и др.). Например, палка, лежащая в траве, воспринимается как змея.
- Имбецильность** — средняя степень врожденного слабоумия (олигофрения).
- Императивный** — повелительный.
- Импulsивный** — внезапный, немотивированный.
- Инволюционные психозы** — заболевания, развивающиеся в возрасте обратного развития (в период увядания организма).
- Инсульт** — удар, кровоизлияние в мозг.
- Интеллектуальный** — умственный.
- Интенционный тремор** (дрожание) — обнаруживается в момент выполнения движений и особенно усиливается, если требуется большая точность движений. Часто наблюдается при рассеянном склерозе.
- Интерорецепторы** — нервные окончания во внутренних органах, в сосудах.
- Интоксикационные психозы** — связанные с отравлением, например белая горячка.
- Ипохондрические идеи** — навязчивые или бредовые мысли о заболевании, которого нет у больного.
- Инфекционная хорей, малая хорей** — ревматическое поражение базальных ядер головного мозга с преимущественными явлениями со стороны подкорковых образований.
- Ишиас** — невралгия седалищного нерва.
- Каталепсия** — восковая гибкость: больной сохраняет придаваемую ему позу.
- Катамнез** — данные о больном после выписки из больницы.
- Кататония** — одна из форм шизофрении.
- Каузалгия** — сильная, жгучая боль.
- Квинке отек** — ограниченный отек участка кожи, слизистой оболочки (ангионевротического происхождения).
- Кернига симптом** — рефлекторное сокращение мышц—сгибателей голени, при положении больного лежа на спине с согнутыми в тазобедренном и коленном суставах ногами. Один из важных и ранних симптомов поражения мозговых оболочек.
- Клептомания** — навязчивое стремление к бесцельным кражам.
- Климакс** — период прекращения функционирования половых желез.
- Кома** — самая глубокая степень помрачения сознания.
- Коммоция** — сотрясение.
- Конфабуляции** — ложные воспоминания у больных с нарушением памяти.
- Корсаковский психоз** — заболевание, описанное С. С. Корсаковым в 1889 г. у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом. Самым характерным является наличие полиневрита в со-

- четании с расстройствами памяти (см. Амнестический синдром).
- Криз** — внезапный приступ (например, боли во внутренних органах при спинной сухотке).
- Координация** — сочетание, согласованность.
- Лабильный** — неустойчивый, колеблющийся.
- Лептоменингит** — воспаление мягкой и паутинной мозговых оболочек.
- Летаргия** — длительный глубокий сон, например при эпидемическом энцефалите.
- Ликвор** — спинномозговая жидкость.
- Липманна симптом** — появление зрительных галлюцинаций при надавливании на глазные яблоки; часто наблюдается у больных в ближайшие дни после белой горячки.
- Манерность** — вычурное, неестественное поведение с наличием неадекватных жестов и мимики. Часто наблюдается при шизофрении.
- Маниакальное состояние** — болезненно повышенное настроение в сочетании с выраженной картиной психомоторного возбуждения.
- Маниакальная фаза** — один из возможных периодов в течение маниакально-депрессивного психоза.
- Маразм** — сочетание соматического и психического распада, приводящего к психической беспомощности и слабоумию в результате тяжелого и необратимого поражения головного мозга (например, при старческом психозе, прогрессивном параличе).
- Меланхолия** — тоскливое, подавленное настроение в сочетании с общей заторможенностью.
- Менингит** — воспаление оболочек мозга.
- Ментизм** — наплыв мыслей, часто бесцельных, ненужных, помимо желания субъекта.
- Мидриаз** — расширение зрачков.
- Миоз** — сужение зрачков.
- Микроглиоциты** — одна из форм клеток глии (клетки Ортеги).
- Микроцефалия** — врожденное недоразвитие мозга, характеризующееся малыми размерами черепа.
- Миопатия** — группа заболеваний, при которых первично пораженными являются мышцы.
- Миелит** — воспаление спинного мозга.
- Моноплегия** — паралич одной конечности.
- Мутизм** — немота при сохранности понимания речи окружающих и отсутствии органических поражений центров речи.
- Навязчивые состояния** — постоянно возникающие, помимо желания больного, мысли, действия, страхи при полном понимании и критическом отношении к ним со стороны больного.

- Идиотия** — самая глубокая степень врожденного слабоумия (олигофрения).
- Иллюзия** — искаженное восприятие реально существующего раздражителя (предмета, звука и др.). Например, палка, лежащая в траве, воспринимается как змея.
- Имбецильность** — средняя степень врожденного слабоумия (олигофрения).
- Императивный** — повелительный.
- Импulsивный** — внезапный, немотивированный.
- Инволюционные психозы** — заболевания, развивающиеся в возрасте обратного развития (в период увядания организма).
- Инсульт** — удар, кровоизлияние в мозг.
- Интеллектуальный** — умственный.
- Интенционный тремор** (дрожание) — обнаруживается в момент выполнения движений и особенно усиливается, если требуется большая точность движений. Часто наблюдается при рассеянном склерозе.
- Интерорецепторы** — нервные окончания во внутренних органах, в сосудах.
- Инттоксикационные психозы** — связанные с отравлением, например белая горячка.
- Ипохондрические идеи** — навязчивые или бредовые мысли о заболевании, которого нет у больного.
- Инфекционная хорей, малая хорей** — ревматическое поражение базальных ядер головного мозга с преимущественными явлениями со стороны подкорковых образований.
- Ишиас** — невралгия седалищного нерва.
- Каталепсия** — восковая гибкость: больной сохраняет придаваемую ему позу.
- Катамнез** — данные о больном после выписки из больницы.
- Кататония** — одна из форм шизофрении.
- Каузалгия** — сильная, жгучая боль.
- Квинке отек** — ограниченный отек участка кожи, слизистой оболочки (ангионевротического происхождения).
- Кернига симптом** — рефлекторное сокращение мышц-сгибателей голени, при положении больного лежа на спине с согнутыми в тазобедренном и коленном суставах ногами. Один из важных и ранних симптомов поражения мозговых оболочек.
- Клептомания** — навязчивое стремление к бесцельным кражам.
- Климакс** — период прекращения функционирования половых желез.
- Кома** — самая глубокая степень помрачения сознания.
- Коммoция** — сотрясение.
- Конфабуляции** — ложные воспоминания у больных с нарушением памяти.
- Корсаковский психоз** — заболевание, описанное С. С. Корсаковым в 1889 г. у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом. Самым характерным является наличие полиневрита в со-

- четании с расстройствами памяти (см. Амнестический синдром).
- Криз** — внезапный приступ (например, боли во внутренних органах при спинной сухотке).
- Координация** — сочетание, согласованность.
- Лабильный** — неустойчивый, колеблющийся.
- Лептоменингит** — воспаление мягкой и паутинной мозговых оболочек.
- Летаргия** — длительный глубокий сон, например при эпидемическом энцефалите.
- Ликвор** — спинномозговая жидкость.
- Липманна симптом** — появление зрительных галлюцинаций при надавливании на глазные яблоки; часто наблюдается у больных в ближайшие дни после белой горячки.
- Манерность** — вычурное, неестественное поведение с наличием неадекватных жестов и мимики. Часто наблюдается при шизофрении.
- Маниакальное состояние** — болезненно повышенное настроение в сочетании с выраженной картиной психомоторного возбуждения.
- Маниакальная фаза** — один из возможных периодов в течение маниакально-депрессивного психоза.
- Маразм** — сочетание соматического и психического распада, приводящего к психической беспомощности и слабоумию в результате тяжелого и необратимого поражения головного мозга (например, при старческом психозе, прогрессивном параличе).
- Меланхолия** — тоскливое, подавленное настроение в сочетании с общей заторможенностью.
- Менингит** — воспаление оболочек мозга.
- Ментизм** — наплыв мыслей, часто бессмысленных, ненужных, помимо желания субъекта.
- Мидриаз** — расширение зрачков.
- Миоз** — сужение зрачков.
- Микроглиоциты** — одна из форм клеток глии (клетки Ортеги).
- Микроцефалия** — врожденное недоразвитие мозга, характеризующееся малыми размерами черепа.
- Миопатия** — группа заболеваний, при которых первично пораженными являются мышцы.
- Миелит** — воспаление спинного мозга.
- Моноплегия** — паралич одной конечности.
- Мутизм** — немота при сохранности понимания речи окружающих и отсутствии органических поражений центров речи.
- Навязчивые состояния** — постоянно возникающие, помимо желания больного, мысли, действия, страхи при полном понимании и критическом отношении к ним со стороны больного.

- Нарколепсия** — приступ патологического сна.
- Наркомания** — патологическое влечение к наркотическим веществам вследствие привыкания к ним.
- Насильственные движения** — движения, возникающие помимо желания больного.
- Неадекватная мимика** — мимика, не соответствующая эмоциональным переживаниям больного.
- Невралгия** — боль по ходу нерва.
- Неврит** — поражение периферического нерва инфекционного, токсического, травматического характера.
- Нейроглия** — опорно-трофическая ткань нервной системы.
- Нейрон** — нервная клетка с отходящими от нее отростками.
- Негативизм** — противодействие, отрицательное отношение ко всем внешним воздействиям.
- Нистагм** — колебательные движения глазных яблок.
- Оглушение** — легкая степень расстройства сознания, при котором наблюдается затрудненное восприятие окружающего.
- Олигофазия** — оскудение запаса слов.
- Олигофрения** — слабоумие, врожденное слабоумие.
- Опоясывающий лишай** — поражение межпозвоночного ганглия, сопровождающееся герпетическим высыпанием на коже по ходу нерва.
- Параноидная шизофрения** — одна из форм шизофрении, главным в клинической картине которой является бред.
- Паралич** — полная потеря движения.
- Параплегия** — паралич обеих рук или ног.
- Парез** — неполный паралич, мышечная слабость.
- Паркинсонизм** — экстрапирамидный синдром, возникающий после энцефалита или при дрожательном параличе.
- Патронаж** — наблюдение за психически больным в семье.
- Персеверация** — склонность больного к монотонному повторению какого-либо слова, части фразы в ответ на последующие, уже иного содержания вопросы.
- Пика болезнь** — одна из форм старческого психоза с нарастающей картиной слабоумия. В основе заболевания лежит атрофия коры головного мозга, главным образом в области лобных и теменных долей.
- Потатор** — пьяница, алкоголик.
- Полиневрит** — множественное поражение периферических нервов.
- Полиомиелит** — болезнь Гейне—Медина. В основе заболевания лежит острое воспаление серого вещества преимущественно передних рогов спинного мозга; серого вещества головного мозга, поражение мягких мозговых оболочек.
- Пресенильный** — предстарческий.
- Псевдогаллюцинация** — см. Галлюцинации ложные.
- Псевдодеменция (ложное слабоумие)** — одна из форм истерической реакции.

- Психастения** — род психопатии, характеризующейся в основном психической слабостью в сочетании с тревожно-мнительным характером.
- Психогенный** — возникший под влиянием психической травмы.
- Психопатия** — патологический характер с преимущественным нарушением эмоционально-волевой сферы.
- Психотерапия** — лечение разъяснением, убеждением, внушением.
- Птоз** — опущение верхнего века.
- Пуэрилизм** — форма истерической реакции, выражающейся в подражании детскому поведению.
- Радикулит** — поражение корешков спинномозговых нервов.
- Реактивная депрессия** — психическое расстройство, выражающееся главным образом подавленным настроением и обусловленное психической травмой.
- Резидуальный бред** — см. Бред резидуальный.
- Резонерство** — бесплодное, бесцельное рассуждение.
- Ремиссия** — временное улучшение в состоянии больного.
- Рефлекс (отражение)** — реакция организма на раздражение, осуществляемая через нервную систему.
- Рефлекс «хоботка»** — вытягивание губ больного вперед в форме хоботка в ответ на прикосновение к губам.
- Ригидность** — тугоподвижность.
- Ритуал** — обряд, обычай.
- Ромберга симптом** — неустойчивость, пошатывание при стоянии с закрытыми глазами.
- Садизм** — половое извращение, выражающееся в получении сексуального удовлетворения при причинении страданий половому партнеру.
- Сенильный** — старческий.
- Симуляция** — сознательное притворство, направленное на изображение какого-либо заболевания.
- Синдром** — совокупность симптомов.
- Синергия** — содружество.
- Скандированная речь** — своеобразный ритм речи с расчленением слов.
- Слабоумие** — стойкое снижение умственных способностей.
- Соматический** — телесный, физический.
- Сомнамбулизм** — снохождение.
- Спазмофилия** — судорожные проявления у детей раннего возраста, связанные с нарушением кальциевого обмена.
- Спазм зрения** — насильственное закрывание глазных яблок.
- Статус эпилептический** — серия эпилептических припадков, следующих один за другим без прояснения сознания между ними.
- Стереотипия** — однообразное, бессмысленное повторение отдельных фраз, слов, движений.
- Ступор** — двигательное оцепенение.
- Суггестия** — внушение.

- Судороги клонические** — произвольная, быстрая смена сокращения и расслабления мышц.
- Судороги тонические** — судороги с длительным сокращением, напряжением мышц.
- Суицидальный** — склонный к самоубийству.
- Сурдомутизм** — глухонмота.
- Сухотка спинного мозга** — заболевание, обусловленное сифилитическим поражением задних столбов и корешков спинного мозга.
- Тетраплегия** — паралич четырех конечностей.
- Тик** — произвольное подергивание мышц.
- Тремор** — дрожание.
- Тризм** — судорожное сокращение жевательной мускулатуры.
- Фобии** — страхи.
- Фотопсии** — элементарные зрительные галлюцинации.
- Циклотимия** — легкая форма маниакально-депрессивного психоза.
- Циркулярный психоз (маниакально-депрессивный)** — заболевание, в течение которого наблюдается смена депрессивных и маниакальных фаз.
- Шизофазия** — речевая разорванность.
- Эйфория** — повышенное, благодушное настроение, обусловленное заболеванием.
- Экзофтальм** — пучеглазие.
- Электроэнцефалография** — запись биотоков мозга.
- Энурез** — недержание мочи.
- Энцефалит** — воспаление головного мозга.
- Эхолоалия** — повторение больными услышанных слов, фраз.
- Эхопраксия** — автоматическое повторение действий, которые видит больной.
- Ювенильный** — юношеский.
- Ятрогения** — ухудшение состояния больного под влиянием услышанных высказываний медицинского персонала о его болезни.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

РЕЦЕПТЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫХ В НЕВРОПАТОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

Наркотические средства

- Rp.: Hexepali 1,0
D. i. d. N. 6 in flac.
S. Приготовить асептический 10% раствор и ввести внутримышечно (медленно!) 3—10 мл
- Rp.: Thiopentali-natrii 2,5% 1 ml
D. t. d. N. 5 in flac.
S. По 1 мл внутривенно, медленно.

Снотворные средства

- Rp.: Phenobarbitali 0,1
D. t. d. N. 6 in tab.
S. По 1 таблетке на ночь за 1 ч до еды (запить теплым чаем)
- Rp.: Chlorali hydratis 1,0
Mucilaginis Amyli
Aq. destill. aa 25 ml
M.D.S. На одну клизму
- Rp.: Barbamyli 0,1 (0,2)
D.t.d.N. 10 in tab.
S. По 1 таблетке за 1/2 ч до сна (запить теплым чаем)
- Rp.: Noxygoni 0,25
D. t. d. N. 10 in tab.
S. По 1 таблетке за 1/2 ч до сна (запить теплым чаем)
- Rp.: Aethaminali-natrii 0,1
D. t. d. N. 10 in tab.
S. По 1 таблетке за 1/2 ч до сна

Нейролептики

- Rp.: Dragee Aminazini 0,025
D. t. d. N. 30
S. По 1 драже 3 раза в день после еды
- Rp.: Sol. Aminazini 2,5% 1 ml
D. t. d. N. 6 in ampull.
S. Для внутримышечных инъекций; развести в 5 мл 0,5% раствора новокаина

- Rp.: Triftazini 0,005
D. t. d. N. 50 in tab.
S. По 1 таблетке 2 раза в день
- Rp.: Sol. Triftazini 0,2% 1 ml
D. t. d. N. 6 in ampull.
S. По 1 мл внутримышечно
- Rp.: Aethaperazini 0,004
D. t. d. N. 24 in tab.
S. По 1 таблетке 3 раза в день
- Rp.: Sol. Haloperidoli 0,2% 10 ml
D.S. По 10 капель 3 раза в день
- Rp.: Haloperidoli 0,0015
D. t. d. N. 50 in tab.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Транквилизаторы

- Rp.: Chlordiazepoxidī 0,01
D. t. d. N. 50 in tab.
S. По 1 таблетке 3 раза в день
- Rp.: Diazepamī 0,005
D. t. d. N. 50 in tab.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Антидепрессанты

- Rp.: Amitriptylini 0,025
D. t. d. N. 50 in tab.
S. По 1 таблетке 3 раза в день
- Rp.: Imizini 0,025
D. t. d. N. 20 in tab.
S. По 1 таблетке 2—4 раза в день

Стимуляторы центральной нервной системы

- Rp.: Cordiamini 1 ml
D. t. d. N. 10 in ampull.
S. По 1 мл под кожу
- Rp.: Sol. Corazoli 10% 1 ml
D. t. d. N. 10 in ampull.
S. По 1 мл под кожу
- Rp.: Sol. Camphorae oleosae 20% pro injectionibus 2 ml
D. t. d. N. 6 in ampull.
S. По 2 мл под кожу
- Rp.: Cytitioni 1 ml
D. t. d. N. 6 in ampull.
S. По 1 мл внутривенно

Rp.: Tab. Securini nitrat 0,002 N. 20
D.S. По 1 таблетке 2 раза в день

Rp.: T-rae Ginsengi 50 ml
D.S. По 25 капель 3 раза в день

Седативные средства

Rp.: Sol. Magnesii sulfatis 25% 10 ml
D. d. N. 3 in ampull.
S. По 5—10 мл внутримышечно

Rp.: Inf. herbae Leonuri 15,0:200 ml
D.S. По 1 столовой ложке 3—5 раз в день

Rp.: Inf. herbae Adonidis vernalis 6,0:180 ml
Natrii bromidi 6,0
Codeini phosphatis 0,2
M.D.S. По 1 столовой ложке 3 раза в день
(микстура Бехтерева)

Rp.: T-rae Convallariae
T-rae Valerianae $\bar{a}\bar{a}$ 10 ml
Extr. Crataegi fluidi 5 ml
Mentholi 0,05 (0,1)
M.D.S. По 20—25 капель 2 раза в день

Rp.: Inf. rad. Valerianae 15,0:180 ml
Sir. simplicis ad 200 ml
M.D.S. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp.: Natrii bromidi
Kalii bromidi $\bar{a}\bar{a}$ 4,0
Aq. destill. 200 ml
M.D.S. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Противосудорожные средства

Rp.: Hexamidini 0,25
D. l. d. N. 50 in tab.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

Rp.: Chloraconi 0,25
D. t. d. N. 50 in tab.
S. По 1 таблетке 4 раза в день

Rp.: Trimethini 0,1
Sacch. albi 0,1
M. f. pulv.
D. l. d. N. 30
S. По 1 порошку 4 раза в день

Rp.: Diphenini 0,1
D. t. d. N. 20 in tab.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Средства для лечения паркинсонизма

- Rp.: Cyclodoli 0,002
D.i.d.N. 50 in tab.
S. По $\frac{1}{2}$ — 1 таблетке 1—2 раза в день
- Rp.: L-Dopa 0,25
D.i.d.N. 100 in tab.
S. По $\frac{1}{2}$ таблетки в день, затем прибавлять по $\frac{1}{2}$ —1 таблетке (до 5—6 таблеток)

Аналгезирующие и противовоспалительные препараты

- Rp.: Analgini 0,5
D.i.d.N. 10 in tab.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день
- Rp.: Sol. Analgini 50% 1 ml
D.i.d.N. 6 in ampull.
S. По 1 мл внутримышечно
- Rp.: Acidi acetylsalicylici 0,25 (0,5)
D.i.d.N. 12 in tab.
S. По 1 таблетке 3 раза в день после еды
- Rp.: Butadioni 0,15
D.i.d.N. 12 in tab.
S. По 1 таблетке 4 раза в день после еды
- Rp.: Natrii salicylatis 0,25 (0,5)
D.i.d.N. 24 in tab.
S. По 1 таблетке 3—4 раза в день после еды

Ингибиторы холинэстеразы

- Rp.: Sol. Proserini 0,05% 1 ml
D.i.d.N. 6 in ampull.
S. По 1 мл 1—2 раза в день взрослому; по 0,4 мл подкожно ребенку 5 лет
- Rp.: Sol. Galanthamini hydrobromidi 1% 1 ml
D.i.d.N. 6 in ampull.
S. По 0,5 мл 1—2 раза в день взрослому
- Rp.: Sol. Galanthamini hydrobromidi 0,25% 1 ml
D.i.d.N. 6 in ampull.
S. По 0,5 мл 1—2 раза в день ребенку 8 лет

Алкалоиды группы атропина

- Rp.: Tab. Bellataminali N. 50
D. S. По 1 таблетке 2—3 раза в день
- Rp.: Dragee Belloidi N. 50
D. S. По 1 драже 3 раза в день

Адреналин и адреномиметические вещества

- Rp.: Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1% 1 ml
D. t. d. N. 10 in ampull.
S. По 0,5 мл под кожу
- Rp.: Sol. Mesatoni 1% 1 ml
D. t. d. N. 6 in ampull.
S. По 0,5 мл под кожу
- Rp. Sol. Ephedrini hydrochloridi 5% 1 ml
D. t. d. N. 6 in ampull.
S. По 0,5 мл под кожу

Гистамин и антигистаминные вещества

- Rp.: Sol. Histamini dihydrochloridi 0,1% 1 ml pro
injectionibus
D. t. d. N. 10 in ampull.
S. По 0,5 мл внутривожно
- Rp.: Dimedroli 0,05 (0,03)
D. t. d. N. 10 in tab.
S. По 1 таблетке 2 раза в день (при аллергических заболеваниях); по 1 таблетке перед сном (как снотворное)
- Rp.: Sol. Suprastini 2% 1 ml.
D. t. d. N. 6 in ampull.
S. По 1 мл внутримышечно

Препараты, улучшающие мозговое кровообращение

- Rp.: Cinnarizini 0,025
D. t. d. N. 50 in tab.
S. По 1 таблетке 3 раза в день
- Rp.: Cavintoni 0,005
D. t. d. N. 50 in tab.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Гипотензивные средства

- Rp.: Reserpini 0,0001
D. t. d. N. 20 in tab.
S. По 1 таблетке 2 раза в день после еды
- Rp.: Rauvatini 0,002
D. t. d. N. 50 in tab.
S. По 1 таблетке 1—2 раза в день после еды
- Rp.: Dibazoli 0,02
D. t. d. N. 10 in tab.
S. По 1 таблетке 3 раза в день (при гипертонической болезни)

Средства, влияющие на процессы обмена

- Rp.: Insulini pro injectionibus 2,5 ml
D. t. d. N. 10 in flac.
S. Для подкожного введения
- Rp.: Sol. Thiamini bromidi 3% 1 ml
D. t. d. N. 10 in ampull.
S. По 1 мл внутримышечно
- Rp.: Sol. Acidi nicotinici 1% 1 ml
D. t. d. N. 6 in ampull.
S. Для внутривенного введения
- Rp.: Sol. Glucosi 40% 20 ml
D. t. d. N. 6 in ampull.
S. Для внутривенного введения (вводить медленно)
- Rp.: Acidi Glutaminici 0,5
D. t. d. N. 30 in tab.
S. По 1—2 таблетки 3 раза в день
- Rp.: Lydasae 64 YE
D. t. d. N. 6 in ampull.
S. Растворить содержимое ампулы в 1 мл 0,5% раствора новокаина (вводить подкожно!)
- Rp.: Cerebrolisini 1 ml
D. t. d. N. 30 in ampull.
S. По 1 мл внутримышечно через день
- Rp.: Tab. Gammaloni 0,25
D. t. d. N. 300
S. По 2—3 таблетки 3 раза в день

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

МЕТОДИКА НЕКОТОРЫХ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ

Спиналномозговая пункция. Необходимы: простерилизованные пункционные иглы с мандренами, манометрическая трубка, ~~шприц~~, спирт, йодная настойка, ~~0,5% раствор новокаина~~, стерильные ватные тампоны, пробирки. Мочевой пузырь, кишечник больного должны быть опорожнены. Пункцию производят в положении больного сидя или лежа на правом боку. Ноги подтянуты к животу, голова наклонена вперед. Кожу в области нижних грудных, поясничных, крестцовых позвонков обрабатывают йодной настойкой, затем спиртом. ~~В кожу в области прокола вводят 2 мл 0,5% раствора новокаина~~. Пункционную иглу с мандреном вводят между остистыми отростками III и IV или IV и V поясничных позвонков. Измеряют давление жид-

кости манометрической трубкой. С диагностической целью извлекают 6—9 мл спинномозговой жидкости. После процедуры больной на каталке доставляется в палату. В течение 2 ч необходимо лежать на ~~вену~~ без подушки и 2 дня соблюдать постельный режим. Кормление можно провести через 2 ч; перед пункцией принимать пищу не рекомендуется. После пункции назначают уротропин по 0,5 г 3 раза в день (2—3 дня).

Инсулиноterapia. Вызывает определенный сдвиг в обмене веществ, уменьшает явления интоксикации. Прежде чем начать лечение инсулином, у больных проверяют содержание сахара в крови натощак и при специальной сахарной нагрузке. Инсулин, введенный в организм, снижает количество сахара в крови, которое в норме натощак составляет 9—11 г/л. При введении инсулина уровень сахара в крови может понизиться до 1—2 г/л. При значительном снижении уровня сахара в крови наступает так называемый шок (гипогликемическая кома). Средняя доза инсулина, вызывающая шок, составляет примерно 80—100 ЕД. В некоторых случаях шоковое состояние развивается при введении 30 ЕД инсулина, в то же время иногда введение 200 ЕД инсулина не вызывает шока. Для установления количества инсулина, вызывающего шок, дозу повышают постепенно. Инсулин обычно вводят подкожно. Первая доза составляет 4—8 ЕД; ежедневно ее увеличивают до тех пор, пока у больного не наступит шок. Курс лечения включает примерно 25—30 инсулиновых шоков.

В шоковом состоянии больные не реагируют на внешние раздражители, зрачки расширены. Как правило, при этом отмечается повышенное потоотделение. Состояние шока длится 30—40 мин, после чего больного выводят из этого состояния введением внутривенно 20—30 мл 40% раствора глюкозы. Через 1—2 мин у больного проясняется сознание. Затем ему дают 100—200 г сахара, приготовленного в виде сиропа, после чего он получает завтрак. Медицинская сестра должна лично следить за кормлением больных. Многие больные тотчас после купирования инсулинового шока глюкозой еще находятся в оглушенном состоянии, плохо глотают, задерживают пищу в полости рта и легко могут поперхнуться. Необходимо проследить, чтобы больной выпил весь сахарный сироп и съел завтрак. В противном случае может возникнуть повторный шок. Если после введения глюкозы больной в течение 15—30 мин не приходит в сознание, ему по назначению врача вводят повторно 30—40 мл 40% раствора глюкозы в вену, иногда подкожно 1 мл 0,1% раствора адреналина.

После шока рекомендуется поменять нательное белье. Если больному не удастся ввести внутривенно глюкозу, сахарный сироп вводят через зонд.

Лечение шоковыми дозами инсулина проводят только в условиях стационара. Перед наступлением инсулинового шока у некоторых больных наблюдается подергивание отдельных мышц туловища, конечностей и лица, иногда развивается

возбуждение; у отдельных больных возникает эпилептиформный припадок. О таких случаях необходимо сообщать врачу.

Медицинская сестра должна помнить о том, что у больных, получающих лечение инсулином, во второй половине дня может развиваться повторный шок. О таких случаях следует немедленно поставить в известность врача и провести все необходимые мероприятия по выведению больного из шока.

Электросудорожная терапия. Показания к ней ограничены (длительные, резистентные к психотропным средствам состояния депрессии, фебрильная шизофрения). Перед сеансом больного не кормят; кишечник, мочевой пузырь должны быть опорожнены. В одежде недопустимы пояс, завязки. Кроме аппарата для электросудорожной терапии, необходимы: металлический шпатель с обернутым ватой и марлей концом, роторасширитель, языкодержатель, шприцы с иглами, в том числе и для инъекции в мышцу сердца, аппарат для измерения артериального давления, кофеин, лобелин в ампулах, адреналин, кислородная подушка. Сеанс проводится в положении больного лежа. На обильно смоченные изотоническим раствором хлорида натрия виски больного накладывают электроды. Перед включением аппарата врач подает команду «Внимание!» При возникновении припадка сестра должна быстро заложить шпатель между коренными зубами, чтобы предотвратить прикусы в полости рта больного. Во время судорог нельзя удерживать больного. После припадка освобождают полость рта больного от слюны. Следует быть особенно внимательным в этот период, так как возможно возбуждение больного. Необходим особый надзор в связи с возможными осложнениями (переломы костей, остановка дыхания, коллапс). Все медикаменты, инструментарий должны быть наготове, действия персонала — незамедлительными и четкими.

Пирогенная терапия. Применение ее ограничено (преодоление резистентности к лекарственным средствам, дезинтоксикация при алкоголизме, коррекция грубых психопатоподобных расстройств). Сульфозинотерапией — введение внутримышечно (ягодица) стерильной 1% взвеси возгоночной серы в растительном масле — добиваются подъема температуры. Сульфозин предварительно подогревают до температуры 37—38 °С. Препарат вводят через 2 дня на 3-й (при слабо выраженной реакции — через день) начиная с 2 до 8 мл. Курс лечения 3—5 инъекций.

Лечение апоморфином. Условнорефлекторный метод лечения алкоголизма. После введения индивидуально подобранной дозы апоморфина (от 0,1 до 0,8 мл 1% раствора) и начала рвотной реакции больной нюхает, затем постепенно выпивает до 50 мл спиртного. Курс лечения 20—25 сеансов, ежедневно или через день до закрепления условнорефлекторного отвращения к спиртному. При лечении возможно снижение артериального давления.

Антабусно-алкогольная проба. Метод сенсibilизирующей

терапии алкоголизма. Проводится как в условиях стационара, так и амбулаторно. Пробу проводят через неделю после ежедневного приема антабуса (тетурама). В день пробы дают утром 0,75—1 г антабуса, спустя 8—9 ч дают выпить 30—50 мл водки. Через четверть часа выявляются многообразные субъективно неприятные вегетативные расстройства. Если спустя 1½ ч реакция не прекращается, ее купируют (см. Приложение 4). Больной при неосложненной пробе должен находиться под наблюдением врача не менее 4 ч; нуждается в сопровождающем.

Амитал-кофеиновое растормаживание. Курс 5—10 инъекций, инъекции производят через день при депрессивных расстройствах преимущественно реактивного характера, протекающих с обездвиженностью, отказом от пищи. Спустя 5 мин после подкожного введения 1 мл 20% раствора кофеина внутривенно медленно начинают вводить свежеприготовленный 5% раствор амитал-натрия. С большим устанавливается контакт, могут быть выявлены психопатологические переживания, больной может быть накормлен.

Искусственное кормление больных с отказом от пищи. Для проведения этого мероприятия необходимо приготовить: 1) резиновый зонд (диаметр отверстия около 0,5 см, один конец закругленный с двумя боковыми отверстиями, другой — открытый); воронку, на которую надевают открытый конец зонда; 3) вазелин или глицерин для смазывания зонда перед введением; 4) питательную смесь, в состав которой входит 500 г молока, 2 яйца, 50 г сахара, 20—30 г сливочного масла, 5—10 г соли и витамины (питательная смесь должна быть теплой); 5) два стакана кипяченой воды или чая; 6) чистый резиновый баллон; 7) спички; 8) роторасширитель (рис. 69). Когда все готово, больного укладывают на кушетку на спину. Обычно больной оказывает сопротивление, так что его приходится удерживать 2—3 санитарам (рис. 70). Конец зонда смазывают вазелином или глицерином и вводят через нос. Обычно зонд без больших усилий хорошо проходит через носовой ход в носоглотку, затем в пищевод и достигает желудка, для этого зонд надо ввести на длину около 50 см. При прохождении зонда в области носоглотки у больного рефлекторно появляются отдельные рвотные движения, кроме того, сам больной может стремиться вытолкнуть зонд. В таких случаях рекомендуется на некоторое время прикрыть рот больного и сказать ему, чтобы он дышал через нос и делал глотательные движения. Если у больного появляются затрудненное дыхание, синюшность лица, усиливается возбуждение, зонд надо быстро удалить.

Прежде чем вводить питательную смесь, необходимо окончательно убедиться в том, что зонд находится в желудке. Показателем этого является следующее: 1) больной свободно дышит; 2) пламя горящей спички, поднесенное к воронке, не отклоняется в сторону и через воронку можно прослушать шум перистальтики желудка; 3) введение воздуха в воронку при

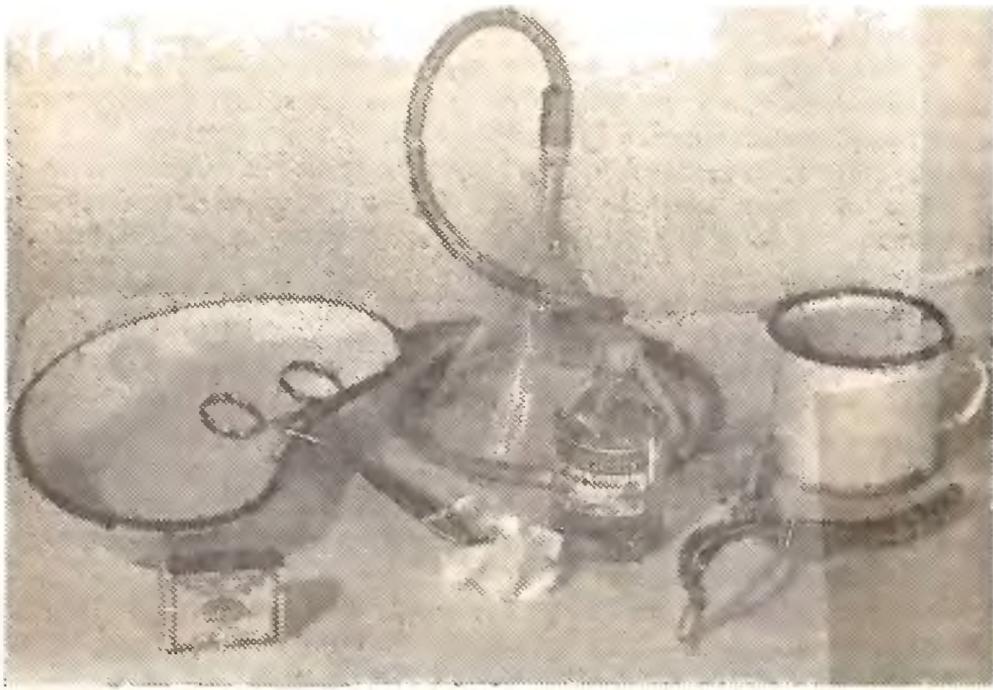


Рис. 69. Предметы, необходимые для проведения искусственного кормления через зонд.

помощи баллона вызывает шумы в области желудка, напоминающие урчание.

В воронку вливают примерно $\frac{1}{2}$ стакана воды или чая. После этого начинают наливать питательную смесь. Чтобы питательная смесь не слишком быстро поступала в желудок, воронку не следует держать высоко. Затем в воронку вливают 1—2 стакана кипяченой воды или чая. Зонд нужно удалять быстро, но не резким движением. По окончании кормления больного следует на несколько минут оставить в том же положении, так как иногда он может вызвать у себя рвоту. Для предотвращения рвоты применяют атропин (вводят подкожно за 10—15 мин до кормления). Кормление через зонд приходится иногда проводить на протяжении нескольких месяцев, поэтому периодически нужно производить осмотр носовых ходов.

В случае, если зонд невозможно ввести через нос (искривление носовой перегородки, полипы), его надо ввести через рот. Чтобы больной не зажимал зонд зубами, предварительно необходимо ввести роторасширитель.

Кормление через зонд производит врач или медицинская сестра под наблюдением врача.

Предупреждение и лечение пролежней. Пролежни возможны у больных старческого возраста, при заболеваниях с нарушением трофики кожи, при необходимости длительно соблюдать постельный режим. Страдают участки кожи, подвергающиеся



Рис. 70. Техника искусственного кормления через зонд больного, отказывающегося от еды.

сдавлению тяжестью тела (крестец, остистые отростки позвонков, пятки — при положении на спине; кости таза, наружная поверхность бедер, голени — при положении на боку). Первые признаки — побеление, затем покраснение и потемнение кожи. В последующем наблюдается изъязвление, инфицирование. Предупреждение пролежней — изменение положения тела (если это возможно), подкладывание резиновых, слабо надутых кругов. Постель должна быть мягкой, не иметь швов и складок. Необходимо протирать участки кожи камфорным спиртом (после тщательного обмывания и просушивания), массажировать кожу. При начинающемся пролежне кожу смазывают 5% раствором перманганата калия. Лечение: ультрафиолетовое облучение, смазывание пораженной кожи облепиховым маслом, синтомициновой эмульсией, мазью Вишневского. После обработки накладывают стерильные повязки. В рацион должны входить сыр, творог, сметана, бульон, овощи, фрукты; показана витаминотерапия.

Наложение шины и лонгеты. Существует множество лечебных шин. Применение той или иной определяется врачом. Шины необходимо регулярно обрабатывать антисептиками, следить за предупреждением пролежней. Лонгета — прямоугольной формы бинт со втертым в него порошком гипса. Состоит из нескольких слоев бинта. Приготовленную и подогнанную по размеру лонгету опускают в теплую воду, затем слегка отжи-

мают, растягивают, разглаживают (складки недопустимы), плотно прикладывают к телу больного. Кожные покровы должны быть хорошо промыты, высушены. После наложения лонгеты нужен контроль кровообращения в больной конечности.

Постановка клизм. Клизмы используют с очистительной (атония кишечника, подготовка к операции, рентгенографии позвоночника) лечебной и питательной целями. Очистительные клизмы производят с помощью кружки Эсмарха — резиновый мешок с отводящей трубкой, наконечником. Положение больного на левом боку с согнутыми в коленных суставах и подтянутыми к животу ногами. В кружку Эсмарха наливают 1,5 л теплой (22 °С) воды. Поднимают ее, выпустив через регулирующий кран воздух и часть воды. Смазанный вазелином наконечник вводят в заднепроходное отверстие (на 8—10 см), поднимают кружку, открывают кран. Вода под давлением поступает в кишечник. Послабляющее действие наступает через несколько минут. Для его усиления к воде добавляют 2—3 ложки пинцера, растертого в порошок туалетного мыла (1 чайной ложки). При сифонном промывании кишечника используют резиновую трубку с воронкой. После введения обильно смазанной вазелином трубки (на 30 см) через воронку наливают слабый дезинфицирующий раствор. Затем воронку опускают, сливая поступающее из кишечника содержимое. Процедуру повторяют. Перед рентгенологическим исследованием последний прием пищи не позднее 19 ч. В 22 ч и в 6 ч следующего дня делают очистительную клизму, а в 9 ч — рентгенологическое исследование. Питательные клизмы являются дополнительным методом искусственного питания, так как в толстом кишечнике всасываются лишь вода, раствор глюкозы, частично — белки. Объем вводимого вещества (20% раствор глюкозы, бульон, молоко) не должен превышать 200 мл, его температура 38—40 °С. Жидкость вводят не чаще 2 раз в день. Лечебные клизмы в неврологии и психиатрии имеют ограниченное применение. При эпилептическом статусе после очистительной клизмы производят лечебную — 30 мл 6% раствора хлоралгидрата.

Катетеризация и промывание мочевого пузыря. Производится мягкими либо жесткими простерилизованными катетерами после обмывания теплой водой и дезинфекции половых органов. Катетер смазывают стерильным вазелиновым маслом.левой рукой слегка вытягивают головку полового члена, правой с помощью пинцета катетер вводят в мочеиспускательный канал. При спазме следует переждать, недопустимо насилие. При необходимости постоянного катетера его закрепляют лейкопластырем на головке полового члена, другой конец опускают в мочеприемник. После извлечения катетера отверстие мочеиспускательного канала смазывают раствором антисептика. Промывание осуществляют 2% раствором борной кислоты, раствором (0,1 : 200) перманганата калия. Очень важно соблюдение асептики и антисептики.

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ
В НЕВРОПАТОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ¹

1. Геморрагический инсульт. Внезапное начало, быстрое углубление расстройства сознания (обычно кома). Посторонняя рвота, клочущее дыхание, изменение давления и пульса. Гемиплегия. Необходимы: строгий постельный режим, следить, чтобы не западал язык. Внутривенно вводят 10 мл 2,4% раствора эуфиллина с 10 мл 40% раствора глюкозы. Компенсация сердечной деятельности — внутривенное (медленно!) введение 0,25—1 мл 0,05% раствора строфантина (либо коргликона, дигоксина) с глюкозой. При отеке мозга, легких — внутримышечно фуросемид (2 мл 1% раствора). При высоком артериальном давлении — 1 мл 2,5% раствора аминазина, 1 мл 1% раствора дибазола. При рвоте — 1 мл 0,1% раствора атропина внутримышечно, при возбуждении — 2 мл 0,5% раствора седуксена.

2. Субарахноидальное кровоизлияние. Симптоматика сходна с таковой при геморрагических инсультах, но имеются менингеальные симптомы (Кернига, Брудзинского), более выражено психомоторное возбуждение. Необходимо: неотложные мероприятия те же.

3. Инфаркт мозга (ишемический инсульт). Постепенное нарастание симптоматики. Не характерны глубокие расстройства сознания. Резкая головная боль, расстройство речи, гемипарез. Необходимо: строгий постельный режим, устранение рвоты, при снижении артериального давления — введение 1 мл 10% раствора кофеина подкожно.

22 4. Тяжелая черепно-мозговая травма. Расстройство сознания (до комы), расширение зрачков, вялая их реакция на свет, нистагм, атония, нарушения функций тазовых органов, менингеальные симптомы, расстройства дыхания, сердечно-сосудистой деятельности. Необходимо: строгий постельный режим, наблюдение за дыханием и чтобы не западал язык, парентеральное введение лебеллина. При шоке, коллапсе — подкожно 2 мл кордиамина, 2 мл 10% или 20% раствора кофеин-бензоата натрия, 1 мл 1% раствора мегзона, 1 мл 5% раствора эфедрина гидрохлора. При отеке мозга, легких — см. п. 1 приложения.

23 5. Повреждение спинного мозга. В тяжелых случаях в зависимости от уровня поражения — тетра- или параплегия. многообразные расстройства чувствительности ниже уровня поражения, нарушения функций тазовых органов. Необходимо: иммобилизация позвоночника, катетеризация мочевого пузыря, обезболивание. Транспортировка только в положении

¹ Приведены сведения, касающиеся клиники и тактики на этапе преимущественно доврачебной помощи.

лежа: при травме шейного отдела — на спине на мягком ложе носилок; при травме грудного, поясничного отделов — на животе с мягким валиком под грудью на жестких носилках. Больного в бессознательном состоянии транспортируют в положении лежа на спине на жестких носилках.

6. Эпидемический цереброспинальный менингит. Острое начало с резкой головной болью, повторной рвотой, подъемом температуры. Менингеальные симптомы, характерная поза: конечности согнуты, приведены к туловищу, голова запрокинута назад. Замедление пульса, снижение сухожильных рефлексов. **Необходимы:** строгий постельный режим, строгая изоляция (отдельное помещение, посуда, белье), 1 000 000 ЕД пенициллина внутримышечно каждые 4 ч. При гипертермии (41 °С и выше) — реопирин внутримышечно. При явлениях отека мозга — дегидратация (см. п. 1). При молниеносных, сверхострых формах проводится весь комплекс реанимационных мероприятий по восстановлению витальных функций.

7. Затянувшаяся гипогликемическая кома при инсулинотерапии. См. приложение 3.

8. Затянувшаяся алкогольно-антабусная реакция. Резкая гиперемия кожи, слизистых оболочек, иногда цианоз. Падение артериального давления, одышка, рвота, судороги, онемение конечностей. **Необходимы:** вдыхание кислорода, искусственное дыхание, подкожно — лобелин, кордиамин; внутривенно — 40 мл 40% раствора глюкозы с 10 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты. 0,5 мл 0,1% раствора атропина при рвоте. В тяжелых случаях — внутривенное введение 10 мл 40% раствора глюкозы с 10 мл 1% раствора метиленового синего. Противопоказаны промывания желудка (опасность асфиксии).

9. Анафилактический шок. Вначале наблюдается раздражение слизистых оболочек: слезотечение, чиханье, кашель, боли в животе, сухие хрипы в легких, затем — нарастающая асфиксия, снижение артериального давления, расстройства сознания. Возможна смерть больного. **Необходимы:** немедленное введение 0,5 мл 0,1% раствора адреналина, по показаниям — повторное введение через 15—20 мин, одновременно — 2 мл 1% раствора димедрола, 2 мл преднизолона внутримышечно, внутривенно 10 мл 10% раствора хлорида кальция.

10. Острые неврологические осложнения при лечении психотропными препаратами. Пароксизмальная дискинезия (нарушение двигательных функций) — напряжение глотательной мускулатуры, мышц глаза, языка, шеи, туловища; акатизия — непоседливость, потребность в движении, внутреннее беспокойство. **Необходимы:** временная отмена нейролептиков, разовые приемы корректоров (15 мг циклодола, динезин до 500 мг), подкожно — кофеин, внутривенно — глюкоза с витаминами (С, В), внутримышечно — 2 мл 0,5% раствора седуксена.

11. Психомоторное возбуждение. Кататоническое возбуждение — нецеленаправленное двигательное возбуждение: стереотипные вычурные движения, grimасничание, бессвязная речь,

импульсивность, агрессия. Не обходимы: постельный режим, 2—3 мл 2,5% раствора аминазина или 1 мл 2,5% раствора тизерцина внутримышечно с кордиамином (подкожно), до 200 мг лепонекса внутрь.

Гебефреническое возбуждение: дурашливость, кривляние, нелепость, вычурность речи, неопрятность, расторможенность, склонность оголяться. Не обходимо: тактика та же.

Маниакальное возбуждение: непоседливость, постоянное стремление к деятельности, склонность во все вмешиваться, речевое возбуждение, повышенное настроение, иногда — гневливость. Не обходимы: строгий надзор, аминазин, тизерцин в тех же дозировках.

Ажитированная депрессия: сочетание подавленного настроения с выраженным двигательным беспокойством, склонность к самоубийствам (идеи самообвинения). Не обходимы: строгий надзор (самоубийство!), 2—3 мл 2,5% раствора тизерцина внутримышечно, 4—10 мл 1% раствора амитриптилина внутримышечно, лепонекс (до 100 мг).

Галлюцинаторно-параноидное возбуждение: тревога, страх, подозрительность, недоступность, агрессивность в сочетании с галлюцинаторными переживаниями, склонность к самоповреждениям, побегам. Не обходимы: строгий надзор, аминазин, тизерцин в тех же дозах, 3—5 мл 0,2% раствора стелазина (при преимущественно бредовых расстройствах), 2—3 мл 0,5% раствора галоперидола внутримышечно (при преимущественно галлюцинаторных расстройствах).

Делириозное возбуждение: острый аффект страха, обильные зрительные и слуховые обманы восприятия. Больной пытается бежать, обороняться. При профессиональном делирии — имитация первичной трудовой деятельности, при мусситирующем (бормочущем) делирии — возбуждение в пределах постели. Не обходимы: строгий контроль, постельный режим, 2—4 мл 0,5% раствора седуксена внутримышечно, немедленное проведение дезинтоксикации, комплекса лечебных мероприятий по предупреждению осложнений дыхательной, сердечно-сосудистой деятельности.

Эпилептическое возбуждение протекает на фоне напряженного застойного аффекта злобы, страха, агрессивных разрушительных действий. Может наблюдаться при эпилептических психозах, нарушениях сознания, дисфориях. Не обходимы: изоляция больного, купирование возбуждения внутримышечным введением седуксена либо аминазина, тизерцина.

Психопатическое возбуждение: у психопатов из круга возбудимых на фоне конфликта нарастают раздражительность, грубость, скандальность с оскорблениями, бранью, угрозами, агрессией. У истерических психопатов возбуждение носит яркий, демонстративный характер с театральными позами, жестикуляцией, самовзвинчиванием. В некоторых случаях может наблюдаться истерический припадок. Не обходимо: внутримышечное введение аминазина, галоперидола.

НЕКОТОРЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ¹

1. Законодательство по здравоохранению (согласно приказу министра здравоохранения СССР от 10 апреля 1954 г. № 65). Инструкция медицинским работникам психоневрологических больниц.

Обязанности палатной (дежурной) медицинской сестры

Дежурная медицинская сестра обязана:

- осуществлять надлежащий уход и наблюдение за больными;
- точно выполнять все назначения врачей;
- руководить работой младшего персонала;
- обеспечить соблюдение в отделении надлежащего порядка и чистоты, выполнение больными установленного для них режима, а младшим персоналом — их обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка.

Дежурная медицинская сестра может быть привлечена к несению дежурств на посту, по усмотрению заведующего отделением — для другой среднemedицинской работы.

В административном отношении палатная медсестра подчинена старшей медсестре, а при отсутствии в штатах старшей медсестры — непосредственно заведующему отделением.

Дежурная медицинская сестра несет сменные дежурства по графику, утвержденному заведующим отделением. В случае экстренной надобности медсестра может быть вызвана старшей медицинской сестрой на дежурство вне очереди с зачетом проработанных часов в месячную норму рабочего времени.

Принимая дежурство, дежурная медсестра проверяет, все ли больные налицо, в надлежащем ли порядке находится отделение, в каком состоянии находятся больные, требующие особого наблюдения и надзора, и после этого оформляет прием дежурства своей подписью.

Во время дежурства постовая медсестра должна находиться среди больных, заходя в кабинет лишь за лекарствами или для заполнения дневника.

В отсутствие старшей медсестры дежурная медсестра сопровождает во время обхода как врачей отделения, так и дежурного врача, посетившего отделение, занося в журнал все сделанные им замечания и распоряжения.

Всякое назначение, сделанное дежурным врачом и выполненное медсестрой, отмечается ею в журнале.

При приеме поступающего в отделение больного дежурная медсестра сразу же знакомится с его психическим и физическим состоянием, особо обращая внимание на телесные повреждения и другие болезненные признаки, отмечая все замеченное в журнале.

¹ Печатается с сокращениями.

Дежурная медсестра отмечает в журнале особенности состояния больных, все случаи нападения больных друг на друга и на персонал, необычные их высказывания, перемены в их состоянии.

В случае изменения в состоянии больного, требующего срочных мероприятий, дежурная медсестра ставит в известность врачей отделения, а в их отсутствии немедленно вызывает дежурного врача.

Дежурная медицинская сестра следит за внешним видом больных.

Дежурная медсестра следит, чтобы больные получали соответственно назначению диету, сама кормит слабых и отказывающихся от еды больных. Кормление больных через зонд средним персоналом допускается только в присутствии врача.

Сведения о состоянии больных медсестра сообщает родственникам только с разрешения или по поручению врачей отделения.

Дежурная медсестра следит, чтобы в отделении не было предметов, которыми больные могут нанести вред себе или окружающим.

При смене дежурства санитаров и санитарок медсестра наблюдает за правильностью и аккуратностью сдачи-приема, распределяет по постам поступающую на дежурство смену.

Руководя работой младшего персонала смены, дежурная медсестра следит за соблюдением персоналом соответствующих инструкций.

В случаях, когда медсестра заметила грубое обращение персонала с больными, она обязана удалить виновного из отделения, направляя его к заведующему отделением или дежурному врачу.

Дежурная медицинская сестра обязана знать всех больных по фамилии, особенности их состояния и назначенные каждому больному лечение и режим.

Дежурная медицинская сестра следит, чтобы во время ее дежурства в отделении находился только персонал, занятый на дежурстве.

При отказе больного от принятия пищи медицинская сестра действует убеждением; в случае неудачи ставит в известность врача.

Дежурная медсестра выдает больным назначенные врачом лекарства, обеспечивает прием лекарств в ее присутствии, причем не должна говорить больным ни названия, ни состав лекарств.

Дежурная медсестра тщательно осматривает предметы, приносимые больным посетителями. Обнаружив предметы, подлежащие передаче больному, немедленно ставит в известность врача.

Обязанности процедурной медицинской сестры

Процедурная медицинская сестра выполняет следующие обязанности:

- выписывает рецепты на медикаменты, исходя из суточной потребности отделения и лично получает лекарства в аптеке. Выписывает также перевязочный материал и заготавливает его для стерилизации;
- выполняет все назначения врачей, как-то: раздачу лекарств, инъекции, внутривенные вливания, перевязки, взятие крови из вены для необходимых анализов, ассистирует врачам при медицинских манипуляциях;
- организует своевременное обследование больных в лабораториях, различных диагностических кабинетах и у консультантов, направляет материал на клинические анализы в соответствующие лаборатории;
- следит за правильным хранением лекарств в специальном лекарственном шкафу, имеющем подразделения «А» и «Б», а также за перевязочным материалом и медицинским инструментарием.

II. Инструкция о порядке первичного врачебного освидетельствования граждан при решении вопроса об их психическом здоровье (1984 г.)

Определение наличия или отсутствия психического расстройства у обследуемого лица является компетенцией только врача-психиатра.

Лица, не состоящие на учете в психоневрологическом диспансере и обратившиеся за медицинской помощью непосредственно в психиатрический стационар самостоятельно, в сопровождении родственников или знакомых, должны обязательно осматриваться дежурным врачом-психиатром данного стационара. Дежурный врач-психиатр при наличии показаний для неотложной госпитализации направляет больного в стационар, а при отсутствии таковых, но при наличии психических расстройств рекомендует обратиться в психоневрологический диспансер по месту жительства.

Для первичной записи обратившегося самостоятельно на прием к врачу-психиатру лица необходим только документ, удостоверяющий его личность и место прописки.

Дети и подростки до 16 лет, за исключением безотлагательных случаев, осматриваются психиатром только с согласия родителей или опекунов.

В случаях, когда поведение лица, не состоящего на психиатрическом учете, вызывает у окружающих подозрение на наличие у него острых психических расстройств, способных угрожать жизни и безопасности этого лица, а также привести к нарушениям общественного порядка, а сам он от посещения врача-психиатра отказывается, освидетельствование его на дому, в учреждениях, на предприятиях и общественных местах осуществляется, как правило, врачом бригады скорой психиатрической помощи, а при отсутствии таковой — врачом-психиатром территориального психоневрологического диспансера (отделения, кабинета), по

вызовам официальных должностных лиц, родственников или соседей.

При этом вызывающее врача-психиатра лицо обязано представить данные о себе и подробную информацию о причинах вызова врача-психиатра.

Отдельные лица, дезорганизуя работу учреждений, предприятий и т. п. нелепыми поступками, многочисленными письмами нелепого содержания, а также необоснованными требованиями, могут быть освидетельствованы врачом-психиатром непосредственно в этих учреждениях в случаях, когда на основе анализа письменной продукции данного лица и фактов, изложенных в письменном заявлении руководителя учреждения, врач-психиатр может предположить наличие у этого лица психических расстройств, требующих активного лечения. При этом врач-психиатр должен представиться обследуемому лицу как специалист-психиатр.

Положение о дневном стационаре психически больных

Дневной стационар является промежуточным звеном между внебольничным и стационарным психиатрическими звеньями, предназначенными для оказания помощи психически больным на соответствующих этапах комплексного восстановительного лечения.

Дневной стационар организуется в составе психоневрологического (психиатрического) учреждения, на правах его отделения и в своей деятельности подчиняется главному врачу учреждения, в составе которого он организован. При необходимости дневной стационар для психически больных может быть организован в составе общесоматического лечебно-профилактического учреждения, имеющего психиатрическое подразделение (отделение, кабинет).

Положение о дневном стационаре для больных алкоголизмом

Наркологический дневной стационар организуется в составе наркологических лечебно-профилактических учреждений на правах отделения для оказания специализированной помощи больным алкоголизмом и лицам, злоупотребляющим алкогольными напитками. В отдельных случаях, при отсутствии в регионе стационарных наркологических учреждений, такие дневные наркологические стационары могут быть организованы в составе психиатрических и психоневрологических учреждений.

Дневные наркологические стационары, исходя из местных условий и задач наркологической службы, могут быть также организованы на договорных началах при промышленных предприятиях, в строительных организациях и в сельском хозяйстве.

В дневном наркологическом стационаре подлежат лечению

больные хроническим алкоголизмом и лица, злоупотребляющие алкогольными напитками, нуждающиеся в более активной противоалкогольной терапии, чем это возможно в условиях наркологических кабинетов.

Временное положение о психиатрической врачебной бригаде скорой медицинской помощи

Психиатрические доврачебные бригады скорой медицинской помощи, как и бригады по перевозке психически больных, в зависимости от местных условий могут быть организованы в составе городской станции скорой медицинской помощи, психиатрической больницы или психоневрологического диспансера.

Психиатрические врачебные бригады и бригады по перевозке психически больных обеспечивают скорую психиатрическую медицинскую помощь населению на догоспитальном этапе и транспортировку психически больных, нуждающихся в перевозке санитарным автотранспортом.

Задачами бригад психиатрической помощи являются:

- оказание скорой врачебной психиатрической помощи во всех случаях, когда психическое состояние больного требует безотлагательных медицинских мер;
- безврачебная перевозка психически больных по путевкам врачей-психиатров, если эти больные по своему психическому состоянию нуждаются в транспортировке санитарным транспортом в сопровождении специально обученного среднего медицинского персонала.

Временное положение о специализированном отделении психиатрического (психоневрологического) учреждения для психически больных, утративших жилье и родственные связи

Специализированное отделение для психически больных, утративших жилье и родственные связи, является одной из организационных форм медико-социальной помощи психически больным.

Специализированное отделение организуется в психиатрической больнице или психоневрологическом диспансере со стационаром на правах его структурного подразделения.

В специализированном отделении для находящихся в нем больных создается свободный режим пребывания, типа общежития.

Специализированное отделение предназначается для психически больных лиц, утративших родственные связи и постоянное место жительства, способных при минимальном медицинском наблюдении полностью себя обслуживать и работать в обычных производственных условиях или в специализированных предприятиях (цехах, участках) для трудоустройства инвалидов — психически больных.

Должностные обязанности персонала специализированного отделения

Медицинская сестра социальной помощи подчиняется заведующему отделением, обеспечивает разностороннюю медицинскую и социально-правовую помощь находящимся в отделении лицам, оказывает помощь в трудоустройстве, активно участвует в создании оптимальных условий труда по месту работы больных, помогает им получать необходимое лечение, наблюдает за психическим состоянием больных, содействует в разрешении пенсионных, жилищных и прочих вопросов больных, следит за чистотой и способствует поддержанию в отделении уюта, помогает больным организовать их свободное время, контролирует соблюдение больными правил нахождения в общежитии и т. д.

III. Применение законодательства о труде в практике работы психиатрических и психоневрологических учреждений (1984 г.)

Лица, поступающие на работу, в том числе и психически больные, не должны представлять администрации документ о состоянии здоровья. Исключение составляет прием на работу, указанную в списках производств и профессий, для работы в которых обязательны предварительные при поступлении на работу медицинские осмотры в целях профилактики профессиональных заболеваний, обеспечения безопасности труда, предотвращения возможности инфицирования обрабатываемых материалов или заражения обслуживаемых континентов.

Такие списки и соответствующие им перечни медицинских противопоказаний утверждены приказом Министерства здравоохранения СССР № 700 от 19 июня 1984 г. «О проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров трудящихся, подвергающихся воздействию вредных и неблагоприятных условий труда».

Кроме лиц, упомянутых в указанном приказе, предварительные при приеме на работу медицинские осмотры проходят работники предприятий пищевой промышленности, общественного питания и торговли, водопроводных сооружений, лечебно-профилактических, детских и аптечных учреждений (статья 65 Основ законодательства о труде, статья 154 КЗоТа РСФСР, статья 29 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении).

IV. Положение об общественном наркологическом посте (1978 г.)

Общественный наркологический пост является первичным звеном ступенчатой системы наркологической службы. Наркопост организуется с целью максимального приближения наркологической помощи к населению и широкого вовлечения общественности в деятельность наркослужбы.

Общественные наркопосты организуются па промышленных предприятиях, в строительных и автотранспортных организациях, в сельском хозяйстве, ЖЭКах и, исходя из местных условий, в других учреждениях и подразделениях. В состав наркопоста входят активисты Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и граждане, добровольно изъявившие желание принять участие в работе наркологической службы.

V. Положение о фельдшере-наркологе — помощнике врача психиатра-нарколога

Фельдшер-нарколог фельдшерского наркологического кабинета (наркопункта) является организатором наркологической службы и на промышленном, строительном и автотранспортном предприятии, а также в сельском хозяйстве.

Фельдшер-нарколог работает в фельдшерском наркологическом кабинете (наркопункте), расположенном в зоне, наиболее приближенной к обслуживаемому контингенту больных (МСЧ промышленных предприятий, здравпункты и др.), под непосредственным организационно-методическим руководством и в постоянном контакте с участковым врачом психиатром-наркологом.

VI. О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма. Постановление Центрального Комитета КПСС, 7 мая 1985 г. «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма, искоренению самогонварения». Постановление Совета Министров СССР, 7 мая 1985 г. «Об усилении борьбы с пьянством». Указ Президиума Верховного Совета СССР от 16 мая 1985 г.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Бородинский Д. К., Скоромец А. А., Шварев А. И.* Руководство к практическим занятиям по нервным болезням.—М.: Медицина, 1977.
2. *Бадалян Л. О.* Детская неврология.—М.: Медицина, 1984.
3. *Детские болезни/Под ред. А. Ф. Тура и др.*—М.: Медицина, 1985.
4. *Мельничук П. В., Ильина Н. А., Штульман Д. Р.* Неотложная помощь при неврологических заболеваниях.—М.: Медицина, 1978.
5. *Михеев В. В., Мельничук П. В.* Нервные болезни.— М.: Медицина, 1981.
6. *Рачков Б. М.* Работа медицинских сестер нейрохирургического стационара.— Л.: Медицина, 1981.
7. *Руководство по психиатрии/Под ред. А. В. Снежневского.* Т. I, II.— М.: Медицина, 1983.
8. *Справочник медицинской сестры по уходу/Под ред. В. В. Кованова.*— М.: Медицина, 1974.
9. *Сухарева Г. Е.* Лекции по психиатрии детского возраста.— М.: Медицина, 1974.
10. *Учебник для подготовки медсестер/Под ред. Г. В. Архангельского.*— М.: Медицина, 1968.
11. *Учебник для подготовки младших медицинских сестер по уходу за больными/Под ред. В. В. Мурашко, Л. С. Тапиинского.*— М.: Медицина, 1975.
12. *Ушаков Г. К.* Детская психиатрия.— М.: Медицина, 1973.
13. *Цукер М. Б.* Клиническая невропатология детского возраста.— М.: Медицина, 1978.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
ВВЕДЕНИЕ	5
Основные этапы развития отечественной невропатологии и психиатрии	6

НЕВРОПАТОЛОГИЯ

ОБЩАЯ ЧАСТЬ	12
Основы анатомии нервной системы	12
Основы физиологии и патофизиологии нервной системы	30
Функции спинного мозга	30
Функции головного мозга	31
Анализаторы	33
Эфферентная система головного и спинного мозга	36
Цереброспинальная жидкость	38
Функции вегетативной нервной системы	40
Симптоматология нервных болезней	43
Двигательные нарушения	45
Нарушения чувствительности	51
Симптомы поражения черепных нервов	54
Нарушение высших мозговых функций	55
Вегетативные расстройства	57
Расстройства функций тазовых органов	58
Обследование неврологических больных. Лечение, уход	59
Основные принципы обследования	59
Дополнительные методы исследования	65
Общие принципы лечения неврологических больных	68
Особенности ухода за больными	69
БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	73
Болезни периферической нервной системы	73
Невралгия тройничного нерва	74
Неврит лицевого нерва	76

Травматические невриты	77
Полиневриты	79
Инфекционный полиневрит	79
Аллергический (антирабический) полиневрит	80
Токсический полиневрит	80
Полиневриты иного происхождения	81
Неврологические расстройства при остеохондрозе позвоночника	82
Шейный остеохондроз с корешковым синдромом	83
Синдром плечелопаточного периартрита	86
Поясничный вертебральный синдром	86
Инфекционные болезни центральной нервной системы	89
Менингит	90
Менингококковый (эпидемический цереброспинальный) менингит	92
Туберкулезный менингит	94
Острый серозный менингит	95
Вторичный гнойный менингит	96
Сифилитический менингит	96
Энцефалит	97
Экономо эпидемический летаргический энцефалит	97
Клещевой весенний энцефалит	99
Вторичные энцефалиты	101
Церебральный арахноидит	102
Острый полиомиелит. Полиомиелитоподобные заболевания	103
Миелит	106
Рассеянный склероз	107
Нарушения мозгового кровообращения	109
Преходящие нарушения мозгового кровообращения	110 ⁴
Геморрагический инсульт	111
Субарахноидальное кровоизлияние	112
Ишемический инсульт	113
Поражение бассейна сонной и позвоночной артерий	
Объемные процессы центральной нервной системы	118
Опухоли головного мозга	118
Опухоли спинного мозга	120
Абсцесс головного мозга	121
Паразитарные болезни головного мозга	122
Травматические поражения центральной нервной системы	124
Травмы головного мозга	124
Сотрясение головного мозга	125
Контузия головного мозга	125
Контузия головного мозга со сдавливанием	126
Осложнения травм черепа	128
Травмы головного мозга в детском возрасте	129
Травмы позвоночника и спинного мозга	129

Наследственно-дегенеративные и хронические прогрессирующие болезни нервной системы. Хромосомные синдромы	132
Нервно-мышечные заболевания	132
Наследственные болезни обмена	135
Системные дистрофии	137
Хронические прогрессирующие болезни нервной системы	
Факоматозы	139
Хромосомные синдромы	139
Болезни нервной системы новорожденных, методы их диагностики	140
Перинатальные поражения ЦНС	140
Детский церебральный паралич	147
Аномалии развития нервной системы	150
Болезни вегетативной нервной системы	151
Аллергические расстройства	151
Мигрень	152
Вегетативно-сосудистая дистония	154
Гипоталамический синдром	154
Вибрационная болезнь	156
Инттоксикационные поражения нервной системы	156
Профессиональные и бытовые интоксикации	157
Инттоксикация лекарственными средствами	161
Ботулизм	163

ПСИХИАТРИЯ

ОБЩАЯ ЧАСТЬ	164
Краткая характеристика психических процессов и их физиологическая основа	164
Синдромология психических болезней	169
Расстройства познавательной деятельности	169
Нарушение ощущения	169
Расстройства восприятия	170
Расстройства мышления	173
Синдром навязчивых состояний	174
Сверхценные идеи	175
Бредовый синдром	176
Расстройства памяти. Корсаковский (амнестический) синдром	180
Слабоумие	181
Расстройства эмоциональной сферы	183
Расстройства волевой сферы	186
Расстройства двигательной сферы	187
Судорожный синдром	190
Синдром расстроенного сознания	191
Невротический синдром	193

ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ	196
Классификация психических болезней	196
Психические нарушения при инфекционных болезнях, болезнях внутренних органов	197
Психические нарушения при острых инфекционных болезнях	198
Психические нарушения при хронических инфекционных болезнях	200
Психические нарушения при некоторых соматических болезнях	205
Психические нарушения периода биологических сдвигов	207
Психические нарушения при острых и хронических интоксикациях	208
Психические нарушения при остром отравлении алкоголем	208
Хронический алкоголизм	209
Алкогольные психозы	212
<u>Наркомании, токсикомании</u>	<u>218</u>
Лекарственные психозы	220
Табакокурение (никотинизм)	220
Психические расстройства при сосудистых болезнях головного мозга и гипертонической болезни	223
Атеросклероз сосудов головного мозга	<u>223</u>
Гипертоническая болезнь	225
Психозы, обусловленные возрастными изменениями организма	<u>227</u>
Инволюционные (предстарческие) психозы	228
Пресенильное слабоумие	230
Старческое слабоумие	231
Эпилепсия	<u>233</u>
Судорожные состояния в детском возрасте	242
Шизофрения	<u>243</u>
Маниакально-депрессивный психоз	255
Психические нарушения при травматических поражениях головного мозга	260
Травматические психозы	260
Непсихотические формы психических расстройств травматического происхождения	262
Психогении	263
Неврозы	<u>264</u>
Ятрогении	271
Реактивные психозы	<u>272</u>

Психопатии	274
Психопатоподобные состояния	277
Олигофрении	278
Основные вопросы организации психоневрологической помощи в СССР	280
Психогигиена и психопрофилактика	284
Основы психотерапии	285
Особенности ухода за психическими больными	289
Приложение 1. Словарь терминов, наиболее употребительных в невропатологии и психиатрии	300
Приложение 2. Рецепты лекарственных средств, наиболее часто применяемых в невропатологии и психиатрии	309
Приложение 3. Методика некоторых лечебно-диагностических манипуляций	314
Приложение 4. Неотложные состояния в невропатологии и психиатрии	321
Приложение 5. Некоторые нормативные положения	324
Список рекомендуемой литературы	331

Учебник

**Георгий Васильевич Морозов,
Владимир Александрович Ромасенко**

ПЕРВЫЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Редактор М. И. Сухерова. Художественный редактор
Т. К. Винокурова. Технический редактор Л. А. Зубова.
Корректор Л. А. Кокарева

ИБ № 5019

Сдано в набор 26.12.86. Подписано к печати 08.07.87. Т-03813. Формат бумаги 84×108/32. Бумага кн.-журн. Гарнитура таймс. Печать высокая. Усл. печ. л. 17,64. Усл. кр.-отт. 17,64. Уч.-изд. л. 19,43. Тираж 100 000 экз. Заказ 3545.
Цена 90 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина». 101008, Москва, Петроверигский пер., 6/8

Ордена Октябрьской Революции и ордена Трудового Красного Знамени МПО «Первая Образцовая типография» им. А. А. Жданова Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 113054, Москва, Валовая, 28.