

О. Х. АКОПЯН

К ЗАКОНОМЕРНОСТЯМ ТЕЧЕНИЯ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ И ОТГРАНИЧЕНИЕ ИХ ОТ МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНОГО ПСИХОЗА

На основании клинико-катамнестического исследования больных резидуально-органическими и маниакально-депрессивными психозами подробно излагаются закономерности течения психотических приступов в динамике, их дифференциально-диагностические особенности.

Доказывается органическая природа психических расстройств при резидуально-органических психозах различной этиологии, что имеет важное значение для решения ряда вопросов медико-юридического характера.

При изучении клинических особенностей экзогенных эндоформных психозов установлено [2,3—6], что «не все то, что феноменологически представляет несомненные черты шизофренического синдрома, есть шизофрения», и что «существует симптоматическая группа шизоформных заболеваний наподобие тех эпилептоформных картин, которые находятся вне круга «истинной эпилепсии». Установлено также [7], что при психозах инфекционной, интоксикационной и травматической этиологии преимущественно встречаются гетерогенные картины [8], «то есть эндогенные типы реакции». Причину появления гетерогенных картин объясняют массивностью и интенсивностью интоксикации, темпом действия вредностей [9], самим экзогенным фактором [7], его чуждостью или родственностью мозгу [1]. Одни авторы [1, 8, 9] высказываются в пользу специфичности указанных гетерогенных психозов, другие [7] отрицают специфичность этих психозов. Каковы особенности указанных шизоформных экзогенно-органических психозов, отличаются ли они патогномичными особенностями, каковы особенности синдрома кинеза этих психозов от приступа к приступу? Ответы на эти вопросы носят весьма противоречивый характер.

С целью изучения вышеуказанных вопросов нами проводилось клинико-психопатологическое и параклиническое (неврологическое экспериментально-психологическое, биохимическое, электроэнцефалографическое, эхоэнцефалографическое) исследования 135 больных, из коих 100 страдало резидуально-органическими и 35—маниакально-депрессивными психозами (МДП). По возрасту больные к моменту последнего рецидива психотических приступов распределялись следующим образом: от 20 до 29 лет—20, от 30 до 39 лет—42, от 40 до 49 лет—32, от 50 до 59 лет—31, от 60 до 69 лет—5 и свыше 70 лет—5 человек.

На протяжении последних 25 лет каждый из обследованных больных перенесли от 2 до 13 острых психотических приступов. В общей сложности больные перенесли 430 психотических приступов, из них больных с резидуально-органическими психозами—355, с МДП—75.

Психотические состояния у больных с резидуально-органическим психозом возникали спустя 1—15 лет после перенесенной гриппозной инфекции (30), ревматического поражения головного мозга (13), бруцеллеза (11), менингита (7), менинго-энцефалита (6), нейроинфекции

неясной этиологии (26), родовой травмы (2) или тяжелых остропротекающих экзантематозных инфекций (5). Приступы МДП у 19 больных возникли аутохтонно, а у 16 больных были спровоцированы соматическими заболеваниями (10) или психогенными факторами (60).

Изучение стереотипа развития психотических приступов в динамике при резидуально-органических психозах показывает, что еще до возникновения острых психотических состояний у больных постепенно возникают различные невропсихические расстройства невротического характера. Вне зависимости от характера этиологического фактора эти расстройства имеют много сходств и протекают в следующих формах: 1. Астенический симптомокомплекс: больные жалуются на общую слабость, быструю утомляемость, плохой сон, нарушаемый кошмарными сновидениями, утром просыпаются с жалобами на разбитость тела, чувство тяжести в голове. Особенность астенического симптомокомплекса заключается в частом сочетании с сенестопатическими, фобическими и аффективными (субдепрессивными) явлениями, носящими непостоянный характер. Астенические явления являются облигатными. Появление же вышеуказанных расстройств неастенического характера обычно возникает в период нарастания астенических явлений.

2. Сенестопатически-ипохондрические состояния. Вышеуказанный симптомокомплекс обычно возникает при наличии отчетливо выраженных признаков астении. Различные тягостные телесные ощущения (чувство жжения, распирания, давления различной локализации) обычно сочетаются с явлениями невротической депрессии. Особенность вышеуказанного симптомокомплекса заключается в том, что он сопровождается различными рассеянными неврологическими расстройствами. Сенестопатические и ипохондрические явления, хотя и носят постоянный характер, однако они не сочетаются с другими психопатологическими расстройствами (сенестопатии не являются патопластической почвой для ипохондрического бредообразования, обмана чувств и т. д.). Под влиянием дополнительных вредных факторов (соматические заболевания, психотравма, инфекции и т. д.) обычно нарастают астенодепрессивные явления, а сенестопатические ощущения приобретают более мучительный характер.

3. Аффективные расстройства на фоне астении. У больных аутохтонно возникают явления субдепрессии или идеомоторного беспокойства (идеаторная расторможенность с раздражительностью, суетливое беспокойство). Особенности аффективных расстройств заключаются в том, что явления невротической депрессии или моторного беспокойства сочетаются с психосенсорными или вестибулярными расстройствами.

4. Психопатоподобные расстройства. Эти нарушения обычно возникают на фоне нарастающей астенизации личности. Больные становятся раздражительными, возбужденными, агрессивными. Личность больных изменяется по эксплазивному типу. Особенность психопатоподобных расстройств заключается в том, что последние обычно сочетаются с психосенсорными, субдепрессивными (невротическая депрессия), а в ряде случаев эйфорическими явлениями. У больных наблюдается расторможенность влечений, прежде всего сексуальных. Они начинают упот-

реблять спиртные напитки, постоянно жалуются на плохой сон, понижение аппетита.

Предпсихотический период изучаемых психозов длится от 1 до 10 лет (в среднем 5 лет). В этот период нет нарастания неврологических нарушений, но они носят достаточно стойкий характер. Возникшие на фоне вышеуказанных невротоподобных и психопатоподобных нарушений психотические состояния чередуются друг с другом через более или менее длительный светлый (безпсихотический) промежуток времени. При этом стереотип чередований психотических состояний от приступа к приступу носит весьма определенный характер. В первоначальных психотических состояниях психотические приступы протекают в форме экзогенного типа реакции (экзоформный дебют) либо аффективного расстройства (мании или депрессии, эндоформный дебют). В зависимости от вышеуказанных инициальных расстройств дальнейшее течение болезни протекает по-разному.

При экзоформном дебюте болезни психотические состояния протекают в форме оглушенного, делириозного, онейроидного или сумеречного расстройства сознания. Особенности помраченного сознания заключаются в том, что они возникают на фоне выраженной астении, часто переходят друг в друга. В структуре делириозного или сумеречного расстройства сознания большой удельный вес занимают слуховые и зрительные галлюцинации устрашающего содержания, явления страха, тревоги, субдепрессии. В структуре же онейроидного помраченного сознания большое место занимают аффективные (депрессивные или маниакальные) расстройства и явления вербального галлюциноза. Астеническое расстройство продолжается на протяжении нескольких месяцев или лет. От приступа к приступу нарастают признаки ослабления памяти, сужение кругозора, психопатоподобные изменения личности. Если для предпсихотического периода резидуально-органических психозов характерно наличие своеобразной диссоциации между нарастающими нервно-психическими расстройствами невротического регистра и стабильностью неврологических нарушений, то для эндоформного периода изучаемой болезни характерно одновременное нарастание невропсихических, т. е. невротических и психопатологических расстройств. При этом нарастание невротических расстройств чаще всего связано с наличием дополнительных вредностей (повторная инфекция, травма головы и т. д.), тогда как психотические расстройства независимо от того, спровоцированы они дополнительными экзогенными вредностями или нет, характеризуются аналогичной картиной, что лишний раз свидетельствует об их резидуально-органической природе.

Для эндоформного периода резидуально-органических психозов характерно возникновение эндоформных (шизофреноподобных или циклофреноподобных) параноидных, галлюцинаторно-бредовых, парафренических или кататонических приступов. Психотические состояния в основном характеризуются преобладанием аффективных расстройств и протекают в форме аффективно-галлюцинаторных, аффективно-бредовых, аффективно-кататонических приступов. Последние, как правило, при каждом психотическом приступе начинаются, сопровождаются или за-

вершаются кратковременными приступами помраченного сознания (оглушенностью, делирием, онейроидом или сумеречным помрачением сознания). От приступа к приступу появляются и нарастают признаки энцефалопатии астенического, эксплазивного, истерического, эйфорического или апатического типов. Эндоформный период болезни в среднем длится 5 лет.

Для третьего (экзоформно-дементного) периода резидуально-органических психозов характерно постоянное нарастание признаков органического психосиндрома (расстройство памяти, нарушение мышления—осмысления, медлительность ассоциативных процессов, аффективных расстройств, резкое снижение интеллекта), а также грубых неврологических расстройств (парезы, параличи, афазия, апраксия, агнозия и т. д.). Психотические приступы (описанные выше формы помрачения сознания) протекают абортивно, а затяжные психозы проявляются в форме органических периодических психозов. Нередко психотические состояния протекают двухэтапно: вначале наблюдается одна из вышеуказанных эндоформных разновидностей изучаемого психоза, но вскоре наступает помрачение сознания, и отмечается трансформация от эндоформной к экзоформной картине болезни (экзогенизация клинической картины). Иногда психотическое состояние начинается помрачением сознания, а после прояснения сознания развивается эндоформная картина, и отмечается трансформация экзоформного в эндоформный период (эндогенизация клинической картины). В обоих случаях у больных постепенно нарастают признаки органического психосиндрома или органической деменции, которые сопровождаются корковыми очаговыми расстройствами (афазия, апраксия, агнозия и т. д.).

Вышеуказанные закономерности течения психотических приступов, протекающих с преобладанием аффективных расстройств, достаточно типичны для резидуально-органических психозов и не типичны для органических периодических психозов или циклофрении. Это обстоятельство имеет важное значение не только для своевременного уточнения диагноза, но и для точного решения ряда вопросов медико-юридического характера.

Ереванский городской
психоневрологический
диспансер

Поступила 21/III 1988 г.

Հ. Խ. ՀԱԿՈՔՅԱՆ

**ՄԱՅՈՐՈՒԱՅԻՆ ՕՐԳԱՆԱԿԱՆ ՊՍԻԽՈՉՆԵՐԻ ԸՆԹԱՅՔԻ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՆՐԱՆՑ ՍԱՀՄԱՆԱԶԱՏՈՒՄԸ
ՄԱՆԻԱԿԱԼ ԴԵՊՐԵՍԻՎ ՊՍԻԽՈՉՆԵՐ**

Աշխատանքում նկարագրվում է մնացորդային օրգանական պսիխոզների կլինիկական պատկերի առանձնահատկությունները հիվանդության տարբեր՝ էկզոֆորմ, էնդոֆորմ և էկզոֆորմ թուլամտության շրջաններում:

Ցույց է տրված, որ հիվանդությունն ընթանում է ինչպես էկզոզեն տիպի ռեակցիաներին բնորոշ գիտակցության խանգարման նոպաների, այնպես էլ շիզոֆրենիանման և ցիկլոֆրենանման՝ էկզոֆորմ աֆֆեկտիվ, աֆֆեկտիվ-

ցնորբային, աֆֆեկտիվ-զառանցական, աֆֆեկտիվ-կատատոնիկ նույաների ձևով: Նկարագրված են այն դիֆերենցիալ ախտորոշիչ նշանները, որոնք հնարավորություն են տալիս տարբերակելու վերը նշված հիվանդությունը պերիոդիկ օրգանական և մանիակալ դեպրեսիվ փոփոխություններից: Նկարագրվող հիվանդությունների կլինիկական առանձնահատկությունների ուսումնասիրության արդյունքները բացի ախտորոշիչ նշանակությունից ունեն և բժշկա-իրավաբանական նշանակություն՝ հիվանդների մեղսունակության, աշխատունակության, զինապատրաստականության և այլ հարցերի լուծման տեսակետից:

O. Kh. HAKOPIAN

ON THE OBJECTIVE LAWS OF THE COURSE OF RESIDUAL-ORGANIC PSYCHOSES AND THEIR DIFFERENTIATION FROM MANIACAL DEPRESSIVE PSYCHOSIS

On the base of clinical-catamnestic studies of patients with residual organic psychoses and MDP the objective laws of the course of psychotic fits in dynamics and their differential-diagnostic peculiarities are given.

The results of the investigation are of great importance in solving a number of medical and juridical problems.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гольденберг М. А. В сб.: Проблемы острых экзогенных психических заболеваний. Харьков, 1935, с. 14.
2. Гуревич М. С. В сб.: Современные проблемы шизофрении. М.—Л., 1933, с. 44.
3. Каннабах Ю. В. Там же, с. 39.
4. Краснушкин Е. К. Там же, с. 64.
5. Снесарев П. Е. Там же, с. 29.
6. Шмарьян А. С. Там же с. 6.
7. Vonhoeffler K. Berl. Klin. Wsehr., 1903, 51 2257.
8. Kleist K. Die Influenzapsechosen und die Anlage zu Infektionpsychosen. Berlin, 1920, 54.
9. Kraepelin F. Z. Gen. Neurol., Psychiatr., 1920, 62, 1.

УДК 616.898—092.9—07: 616.831—091

Г. М. РУШАНЯН

К КЛИНИКЕ И ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ ОСОБЕННОСТЯМ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ

На основании клинико-катамнестического обследования больных подробно описываются структура, закономерности течения, исходы и лечебно-реабилитационные особенности резидуально-органических психозов инфекционного, травматического, соматогенного и сложного генеза. Особое место уделено вопросам дифференциальной диагностики при этой болезни.

Вопросы реабилитации при шизофрении, аффективных психозах, невротозах, травматических поражениях головного мозга нашли широкое освещение в литературе [1—8]. Между тем вопросы клиники и социально-трудовой реабилитации больных резидуально-органическими психозами изучены далеко недостаточно. Какие факторы способствуют деза-