

ցնորբային, աֆֆեկտիվ-զառանցական, աֆֆեկտիվ-կատաթոնիկ նոպաների 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.

Л И Т Е Р А Т У Р А

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. Bonhoeffer 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 клинко-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-

даптации, реадaptации и реабилитации больных с указанным заболеванием? Каковы способы социально-трудовой реабилитации при этой болезни? Каковы взаимоотношения между этапами развития вышеуказанной болезни и реабилитацией больных? Эти вопросы нуждаются в уточнении.

Нами обследовано 185 больных с резидуально-органическими психозами инфекционного (93), травматического (35) или соматогенного (15) происхождения. У остальных 42 больных в генезе нервно-психических органических расстройств существенную роль играли несколько патогенных факторов (травма головного мозга и алкоголизм, инфекции и травма головного мозга, инфекции, травма и алкоголизм). Психотические приступы у больных обычно возникали спустя 1—15 лет после перенесенных заболеваний экзогенной природы и протекали в форме различных видов помраченного сознания, острых или протрагированных астенодепрессивных, депрессивно-параноидных, галлюцинаторно-параноидных, маниакально-бредовых, депрессивных или маниакальных состояний.

Изучение особенностей чередования ведущих психопатологических синдромов от приступа к приступу показывает, что изучаемые резидуально-органические психозы различной этиологии отличаются друг от друга только в начальном экзoформном (неврозоподобном, психопатоподобном) периоде заболевания или в период развития приступов помраченного сознания.

При резидуально-органических психозах инфекционной этиологии в указанном периоде в клинической картине болезни преобладали астенические, сенестопатически-ипохондрические, навязчивые (фобические) субдепрессивные или гипоманиакальные явления, а приступы экзогенного типа реакции обычно протекали в форме делирия или онейроида, крайне редко — сумеречного расстройства сознания.

При травматическом поражении головного мозга в указанный экзoформный период болезни преобладали психопатоподобные и психосенсорные расстройства, а экзогенные типы реакции протекали в форме оглушенности, сумеречного расстройства сознания, изредка в форме делирия или онейроида.

При соматогенно-обусловленных резидуально-органических нервно-психических расстройствах в экзoформном периоде болезни наблюдались астенические, психопатоподобные, сенестопатические, дереализационные, деперсонализационные или психосенсорные расстройства. Приступы помраченного сознания протекали в форме оглушенности, делирия, онейроида, неглубокого аментивного состояния, изредка наблюдались явления сомноленции, сопора, апатического ступора, субдепрессивного или гипоманиакального состояния.

При резидуально-органических психозах сложного генеза в экзoформном периоде болезни преобладающими являлись астенодепрессивные, сенестопатически-ипохондрические, судорожные, дисфорические, дисмнестические, амнестические, абсессивные явления, а помрачение сознания часто протекало в форме тяжело протекающего (мусситирующего или профессионального) делирия, сумеречного помрачения со-

знания, сопора, комы, изредка ориентированного онейроида, при этом формы помраченного сознания обычно переходили друг в друга и протекали в форме делириозно-онейроидного, делириозно-сумеречного или делириозно-аментивного состояния. Подострые или затяжные приступы протекали в форме депрессивных или гипоманиакальных состояний.

В эндоформном периоде болезни при резидуально-органических психозах инфекционной этиологии психотические приступы протекали в основном в форме аффективных (маниакальных или депрессивных) аффективно-галлюцинаторных или аффективно-кататонических состояний. При травматическом поражении головного мозга преобладали маниакальные, депрессивные, галлюцинаторно-параноидные, аффективно-бредовые или парафренные картины. При соматогенных психозах преобладали маниакальные, депрессивные, аффективно-кататонические или апатически-ступорозные приступы. При экзогенно-органических психозах сложного генеза психотические приступы в основном протекали в форме органических периодических психозов, маниакальных, депрессивно-ступорозных, аффективно-галлюцинаторных или аффективно-бредовых состояний.

В экзоформно-дементный период болезни болезненные состояния протекали в форме органических периодических психозов, эпилептиформных припадков, органического психосиндрома или органической парциальной (дисмнестической) деменции.

Изучение динамики психотических приступов показывает, что резидуально-органические психозы любой этиологии могут стереотипно повторяться во всех психотических состояниях (стабильный тип течения), могут проявляться менее тяжелым и менее продолжительным течением с преобладанием симптоматики экзоформного периода болезни (регрессиентный тип течения); могут от приступа к приступу протекать более эндоформной картиной (с включением явления психического автоматизма, слуховых псевдогаллюцинаций, маниакальных или депрессивных состояний) с склонностью к частым рецидивам затяжных шизофреноподобных или циклофреноподобных картин (прогрессиентный тип течения), и, наконец, приступы экзоформных и эндоформных картин могут чередоваться друг с другом (альтернирующий тип течения). Приступы психотических состояний различной этиологии в эндоформном периоде резидуально-органических психозов не отличаются патогномичными особенностями. В экзоформно-дементном периоде болезни резидуально-органические психозы могут заканчиваться выздоровлением, могут привести к развитию ремиссии с невротическими расстройствами; ремиссии с эпизодическими, кратковременными психотическими явлениями (отрывочные бредовые идеи отношения, оклики и т. д.); ремиссии с дефектом психопатоподобного типа; ремиссии с психоорганическим дефектом. Изучение особенностей синдрома кинеза показывает, что на всех этапах развития резидуально-органических психозов формы помрачения сознания стереотипно могут повторяться, могут чередоваться или трансформироваться в эндоформные психозы; нередко сами эндоформные психозы в экзоформно-дементном периоде могут чередоваться с различными видами помрачения сознания.

Реадаптационно-реабилитационные особенности при резидуально-органических психозах различной этиологии имеют и общие, специфические черты, которые сводятся к следующему.

1. Чем менее сложна специальность и чем больше сохранены интеллектуально-мнестические особенности индивидуума, тем больше возможностей ресоциализации и реабилитальности больных, привлечения их к разнообразной физической работе, приобретения новых профессиональных навыков и профессий.

2. Монопрофильная работа, сопровождающаяся необходимостью сложных мыслительных операций, при отсутствии напряжения и динамики моторной сферы снижает шансы на реадаптацию и реабилитацию больных.

3. Чередование мыслительных и физических занятий, переход к профессии, требующей физических усилий, значительно повышают возможности на реабилитальность больных.

4. Нарастание в психотических состояниях аффективных и уменьшение галлюцинаторных и кататонических расстройств повышают шансы на реабилитацию больных. Учащение же галлюцинаторно-бредовых расстройств и редукция аффективных нарушений свидетельствуют о нарастании инвалидизации личности и уменьшении возможностей реабилитации.

5. Ранний перевод больных с резидуально-органическими психозами в III или II группу инвалидности и обеспечение их менее ответственной работой, требующей динамики, значительно повышают реабилитальность больных. И наоборот, задержка оформления группы инвалидности способствует астенизации и инвалидизации личности, снижению реабилитальности больных и приводит к учащению психотических приступов. Клиническая практика показывает, что успех в реабилитации и реадаптации больных с резидуально-органическими психозами во многом зависит от своевременно начатой терапии (комбинированная, всасывающая, дегидратационная и терапия неотропными средствами).

В случаях, когда в период ремиссии отмечаются различные проявления астении, эффективно назначение гипогликемических доз инсулина и неотропов. При наличии в периоде ремиссии субдепрессивных или гипоманиакальных расстройств целесообразно назначение карбоната лития, что способствует редукции аффективных расстройств, снижает остроту протекания эндоформного психического приступа и сокращает его продолжительность. В ряде случаев повторные приступы у больных протекают не в форме эндоформных психозов, а в форме abortивно протекающих экзоформных психотических состояний (редуцированные формы помраченного сознания). При сочетании галлюцинаторных и бредовых расстройств показано сочетание галоперидола и трифтазина, а после редукции галлюцинаторных и бредовых расстройств больным необходимо назначить неотропы и гипогликемические дозы инсулина. Любая форма медикаментозной терапии должна сочетаться с трудотерапией и психотерапией.

Таким образом, систематизация форм и типов течения резидуально-органических психозов дает возможность четко отграничить эндоформные резидуально-органические психозы от внешне сходных психозов эндогенной природы (прежде всего от шизофрении и циклофрении) и проводить адекватную терапию.

Психоневрологический
диспансер

Поступила 21/III 1988 г.

Հ. Մ. ՌՈՒՇԱՆՅԱՆ

ՄԱՍՈՐԴԱՅԻՆ-ՕՐԳԱՆԱԿԱՆ ՊՍԻԽՈՂՋՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ ԵՎ ԲՈՒԺԱԿԱՆ-
ՌԵԱԲԻԼԻՏԱՑԻՈՆ ԱՌԱՋԱՆՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ուսումնասիրելով մնացորդային-օրգանական պսիխոզներով տառապող հիվանդների կլինիկական-կատամնեստիկ և պարակլինիկական բազմակողմանի հետազոտությունների արդյունքները, տրված է պրոգնոզիկենտ, ռեգրեզիկենտ, ստացիոնար և ալտերնատիվ ընթացող պսիխոզների տարբերակիչ-ախտորոշիչ չափանիշները, զարգացման օրինաչափությունները, հիվանդության հեռավոր հետևանքները, ինչպես նաև բուժման կոնկրետ ձևերը՝ տարբեր ախտածին ազդակների ժամանակ:

Ցույց է տրված, որ հիվանդների սոցիալական և աշխատանքային ռեաբիլիտացիան կախված է հիվանդի նախկին մասնագիտության բնույթից, հիվանդության ժամանակ զգայական ոլորտի խանգարումների առկայությունից, ինչպես նաև հիվանդության վաղ շրջանում ձեռք առնված բուժման կոնկրետ ձևերի արդյունավետությունից:

Հիվանդության ախտանիշների ճշտված անշուշտ օգնելու է ռեգիդուալ-օրգանական պսիխոզների ժամանակին և անսխալ ախտորոշմանը, ինչպես նաև նրանց, սահմանազատմանը շիզոֆրենիայից և ցիկլոֆրենիայից:

G. M. ROUSHANIAN

ON THE CLINICAL PICTURE AND TREATMENT-REHABILITATIVE
PECULIARITIES OF RESIDUAL ORGANIC PSYCHOSES

On the base of the clinical-catamnestic investigations the author brings about the structure, clinical course, outcome and treatment-rehabilitative peculiarities of residual organic psychoses of infections, traumatic, somatogenic and complex genesis. The problems of differential-diagnoses are discussed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абдужабарова З. А. Дис. канд. М., 1976.
2. Воловик В. М. Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1972, 3, с. 417.
3. Волошин П. В., Шогам И. И. В кн.: Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1982, с. 336.
4. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. Л., 1978.
5. Каникаров В. И. В кн.: Восстановительная терапия психически больных. Л., 1977, с. 154.
6. Мягер В. К. В кн.: IV Международный симпозиум по реабилитации психически больных. Л., 1974, с. 289.
7. Feldes D., Weise K. IV Международный симпозиум по реабилитации психически больных. Л., 1974, с. 307.
8. Fredman A. Tertiary prevention In: Comprehen. textbook psychiat. Baltmor, 1967, 1548.