

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский государственный
медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

на тему

«Сенестопатии и их виды»

Выполнила: ординатор специальности «Психиатрия»
Воробьёва Дарья Викторовна

Проверила: д.м.н., доцент Березовская Марина Альбертовна

Красноярск, 2021

Оглавление

1. Введение.....	3
2. Исторические сведения.....	4
3. Причины сенестопатий.....	5
4. Патогенез сенестопатий.....	6
5. Клинические признаки сенестопатий.....	7
6. Классификация сенестопатий.....	8
6.1. Элементарные сенестопатии.....	9
6.2. Простые сенестопатии.....	10
6.3. Психосенсоральные сенестопатии.....	11
7. Лечение сенестопатий.....	12
8. Заключение.....	13
9. Список использованной литературы.....	14

Введение

Сенестопатии - это неприятно переживаемые, часто крайне мучительные ощущения разной интенсивности и длительности в различных областях тела, включая внутренние органы, не имеющие констатируемых объективными методами причин и установленной соматической патологии. Часто встречаются при шизофрении, возможны при неврозах, маниакально – депрессивном психозе, органических поражениях ЦНС.

Больных с легкими расстройствами, к которым правомерно причислять сенестопатии, можно встретить не только у психиатров (скорее амбулаторно, чем в стационаре), но и в любом отделении - общетерапевтическом, неврологическом, нейрохирургическом, эндокринологическом, кардиологическом, куда они поступают на обследование с неопределенными жалобами и неясным диагнозом.

Правильный ранний диагноз в таких случаях важен не только для определения, у какого врача (терапевта или психиатра) больному предстоит лечиться, какая терапия для него более показана, но также для решения вопросов трудоустройства и реабилитации больных, поскольку в большинстве случаев пациенты с сенестопатиями сохраняют способность к физическому и умственному труду.

Часто результат лечения зависит от срока начала терапии: нередко удачно и довольно быстро излечиваются больные на ранних этапах депрессии (с невротическими проявлениями – вегетативными расстройствами), но стоит этот этап пропустить и дожидаться «расцвета» депрессивной симптоматики, как антидепрессанты на высоте фазы заболевания оказываются неэффективными.

Исторические сведения

Сенестопатии как клиническое явление, хотя и не обозначенное подобным термином, конечно, были известны еще медикам древности, начиная с Гиппократов. В дальнейшем, согласно историческим справкам, их описывает Авиценна (980–1037 гг.).

Термин «сенестопатии» ввел в 1907 г. Дюпре в поликлинических лекциях, затем в августе того же года на конгрессе в Женеве, уже совместно с Камю он предложил обозначать термином «сенестопатии» «изменения общей или внутренней чувствительности», т. е. расстройства тех ощущений, которые постоянно поступают из всех точек тела и обычно не привлекают нашего внимания ни особым качеством, ни интенсивностью, ни необычностью.

Дюпре и Камю одними из первых подробно описали сенестопатии в своих работах, опубликованных под одинаковым названием «Сенестопатии» в 1907 г. В одной из них содержатся лишь краткие обобщенные сведения об этом клиническом явлении в другой приводятся шесть историй болезни и даются развернутые выводы, основанные на их анализе.

В первых же статьях, опубликованных в 1907 г., Дюпре и Камю доказывали самостоятельность сенестопатического синдрома, который, по их мнению, часто неоправданно путали с состояниями неврастения, меланхолии или ипохондрии.

По определению Дюпре и Камю, сенестопатии — это локальные изменения внутренней чувствительности, простые, первичные, их нельзя сводить к результату другого болезненного процесса. Больным они представляются как странные, необычные, трудно определяемые ощущения, скорее неприятного и мучительного, чем болезненного характера. Они непрерывно беспокоят больного. Пациенты о них говорят красочно, образно, пользуясь неологизмами.

В дальнейшем, во всех определениях сенестопатий подчеркиваются две характерные особенности: с одной стороны – необычность, странность ощущений (подобные ощущения не характерны для соматических (неврологических) больных или вообще у них не встречаются), с другой стороны – для возникновения таких ощущений нет достаточной органической основы.

Причины сенестопатий

Сенестопатия может происходить по чисто психологическим причинам, потому врачи и не могут её объяснить.

В психиатрической клинике сенестопатии наиболее часто встречаются в рамках шизофрении, маниакально - депрессивного психоза (циклотимии), а также органических заболеваний ЦНС и др.

Сенестопатии преимущественно являются составной частью различных психопатологических синдромов, из которых прежде всего следует назвать невротические расстройства, депрессию (как правило, атипичную). Они сочетаются также со сверхценными и бредовыми (преимущественно ипохондрическими) идеями.

Чрезвычайно большой теоретический и практический интерес представляет исследование больных, у которых сенестопатии протекают в виде моносимптома, без нервно - психических расстройств. У таких больных возможно как резкое улучшение без значительного психотропного лечения, так и неуклонное прогрессирование процесса, несмотря на интенсивное активное лечение.

Нозологическая принадлежность сенестопатий неоднозначна. Они могут возникать при инволюционных, инфекционных и органических заболеваниях головного мозга, при неврозах на фоне остаточных явлений органического, поражения диэнцефальной области, отличаясь в этих случаях относительной простотой и яркостью.

Сенестопатии описаны при сенесто - ипохондрических реакциях, в рамках первичной реакции у больных раком.

По данным ряда исследований, сенестопатии, а также сенестезии чаще встречаются при эндогенных психозах (Кербиков, 1968; Лукомский, 1968; Ануфриев, 1978; Наджаров, Смулевич, 1983). По мнению А. К. Ануфриева, В. Ф. Десятникова, И. В. Шахматовой – Павловой: сенестопатии наблюдаются в клинической структуре маскированной депрессии. Особенно обильны и вычурны сенестопатии при ипохондрической, сенестопатической и бредовой шизофрении (Снежневский, 1970; Наджаров, Смулевич, 1983).

Патогенез сенестопатий

Этиология и патогенез сенестопатий до настоящего времени остаются невыясненными. Существует несколько теорий, однако ни одна из них не дает полного объяснения путей возникновения рассматриваемых расстройств. Кроме того, имеются основания полагать, что сенестопатии по своим клиническим проявлениям неоднородны, следовательно, правомерно ожидать, что у разных больных их этиология и патогенетические механизмы будут различными.

Патогенез сенестопатий связывается с поражениями на уровне зрительного бугра и диэнцефальной области ствола. По мнению G Huber (1976г.), сенестопатии обнаруживают симптоматическое родство со спонтанными ощущениями в случае органического поражения межучного мозга и могут быть отнесены к «эндогенно - органическим» симптомам.

Высказывается предположение, что сенестопатии, наблюдающиеся в клинической картине фазно - текущих заболеваний или возникающие пароксизмально, обусловлены функциональными нарушениями.

Патофизиологические механизмы развития сенестопатий усматривают в расторможении интероцептивной системы и ее высвобождении от контролирующего влияния экстерорецепции.

Клинические признаки сенестопатий

Сенестопатии «психосоматические ощущения» или «сенсации» — это особая разновидность патологических ощущений, которым свойственны следующие клинические признаки:

1. Полиморфизм — разнообразные боли, ощущения жжения, холода, тяжести, наполнения, электризации, движения.

2. Необычный, нередко весьма вычурный характер, в связи с чем пациенты с трудом формулируют свои жалобы.

3. Неприятный, тягостный, порой необычайно мучительный аффективный тон ощущений, созвучный тревожно - депрессивному настроению (сенестопатии крайне редки в маниакальных состояниях). «Боли дикие, невыносимые, животные, сумасшедшие». Иногда, по сообщениям больных, интенсивная физическая боль переносится легче, чем сенестопатии.

4. Не свойственная симптоматике соматических заболеваний локализация — неопределенная, разлитая, часто меняющаяся, мигрирующая, или ограниченная причудливыми топографическими зонами.

5. Упорный, назойливый, неотступный характер появления, прикованность внимания к патологическим ощущениям. Пациенты указывают, что болезненные ощущения «преследуют», «не дают покоя», «не дают возможности отвлечься на что-то другое».

6. Не типичная проекция сенестопатических ощущений, если иметь в виду их сенсорную модальность. Так, ощущения жжения, холода или движения могут восприниматься «внутри головы». Мнимые экстероцептивные ощущения проецируются в данном случае в зону интероцептивной чувствительности. Как видно, структура сенестопатий включает помимо прочих также элементы нарушения самосознания.

Сенестопатии могут быть постоянными, эпизодическими, но иногда возникают и в виде приступов, острых атак, что позволяет говорить о сенестопатических кризах. Приступы сенестопатий, обычно ярких,

множественных и разнообразных, нередко сопровождаются паническими реакциями, вегетативными расстройствами, страхом сумасшествия, выразительными позами и жестами, особыми защитными действиями.

Классификация сенестопатий

Существуют различные подходы к оценке клинического значения сенестопатий и их классификации.

Так, А. К. Ануфриев (1978г.) при скрытой депрессии различает пять видов сенестопатий: Сердечно-сосудистые, Центральные – неврологические, Абдоминальные, Костно – мышечно – суставные и Кожно – подкожные. По мнению автора, наиболее часто наблюдаются – Сердечно – сосудистые и Центральные – неврологические сенестопатии (боли и другие неприятные ощущения в области сердца и головы).

По данным L. J. Becker (1968г.), сенестопатии встречаются во всех органах и частях тела, не связанных между собой какой – либо единой функцией. Полагают, что локализация сенестопатий может иметь некоторое диагностическое и прогностическое значение. Возможно, что топика сенестопатий отражает представления о важности того или иного органа, который, по мнению пациента, оказался пораженным.

Как известно, включение разных частей тела в структуру «Я», завершающееся в раннем детстве, идет постепенно и процесс этот движется от центра к периферии. Следует, вероятно, ожидать, что перемещение сенестопатий с локализацией на поверхности тела на область внутренней чувствительности связано с поступательным развитием заболевания и, напротив, тенденция перехода сенестопатий ближе к поверхностным структурам может рассматриваться как благоприятный признак.

Другой подход основан на учете особенностей клинической структуры сенестопатий. Как показал F. L. Fourny (1954г.), сенестопатии в начале болезни чаще всего имеют определенную локализацию и известное сходство

с соматическими симптомами. В дальнейшем они утрачивают строгую топографическую очерченность, становятся диффузными, приобретают необычный, вычурный характер. Это было подтверждено другими исследователями. Установлено, что на ранних этапах развития шизофрении сенестопатии проявляются преимущественно алгическими ощущениями, сходными с соматически обусловленными болями (Гутенева, 1979г., 1980г.; Басов, 1980г.). Сенестоалгические ощущения имеют различную, большей частью ограниченную локализацию, бывают длительными, стойкими, либо возникают в виде коротких эпизодов. В последующем клиническая картина сенестопатий усложняется. Возникают термические ощущения, сенестопатий с ощущениями движения, диффузные, мигрирующие или локализованные в точках, определенных органах. Позднее они приобретают характер, близкий к галлюцинациям и бредовым идеям, трансформируются в тактильные галлюцинации, галлюцинации общего чувства (Ушаков, 1973г.; Ануфриев, 1978г.; Остроглазов, 1975г.), с бредовой трактовкой.

Элементарные сенестопатии

Они лишены ясно выраженной сенсорной модальности, определенной локализации, качеств, - присущих дискриминативной чувствительности, проецируются на область внутренних ощущений, тесно связаны с аффективными нарушениями.

Больные с тревожной депрессией описывают свое физическое самочувствие следующим образом: «Состояние внутреннего напряжения.; Внутри все напряглось, натянулось, как струна, вот - вот лопнет...».

Состояние страха сопровождается иными ощущениями: «Все оцепенело внутри, замерло, как будто оборвалось что - то».

Состояние тоски выражается так: «Тяжесть внутри, давление, стеснение, душа ноет, щемит, млеет».

Указанные элементарные ощущения нередко возникают на фоне генерализованных нарушений коэнестезии (общего чувства тела): «Весь разбитый, все тело болит, как изжеванный, живого места нет.; Все внутри

дрожит, трясется, трепещет, колышется, ходуном ходит, волнами перекачивается...». Ощущения последнего рода могут, вероятно, расцениваться и в контексте нарушений самовосприятия (соматопсихическая деперсонализация).

Простые сенестопатии

Характеризуются четкой сенсорной модальностью (боли, термические ощущения, разнообразные парестезии). Локализация диффузная либо ограничена определенными топографическими зонами или органами («голова», «бок», «подреберье» и т.п.). Проецируется на область соответствующего вида чувствительности (например, парестезии - на область кожной чувствительности).

Можно разграничить следующие виды простых сенестопатий:

1. Алгические сенестопатии - это болевые ощущения, отличающиеся необычайным богатством всевозможных оттенков: сверлящие, жгучие, острые, тупые, мозжащие, распирающие, сжимающие, рвущие, разламывающие, прокалывающие, ноющие, свербящие, выворачивающие, тянущие, грызущие, ломящие, режущие, стреляющие и др.

У одного и того же больного нередко можно встретить самые различные виды алгических ощущений. Иногда больные определенным образом группируют их с тем, чтобы разобраться в них самим, полнее информировать врача о своем самочувствии. Боли могут быть постоянными или возникать в виде приступов, молниеносных пароксизмов, в течение ряда лет локализоваться только в одной части тела или появляться в разных местах. Психологическая структура алгических сенестопатий относительно проста. Как и боли они сохраняют тесную связь с аффективными нарушениями, чаще всего с депрессией. Редко встречаются «приятные» боли.

Алгии могут возникать также психогенным путем, по механизмам психосоматической конверсии - истерические алгии.

2. Термические сенестопатии - «Жжение подошв... Как горит между лопатками... Все тело огнем горит, а внутри холод... Щека будто обмерзает..».

3. Сенестопатии в виде парестезии - ощущений ползания мурашек, щекотания, зуда, пощипывания, онемения, электризации, покалывания. «Мурашки в пахах.; Зуд в ногах ниже колен.; Щекотание на голове.; Кисти онемели и иголками тычет.; Немеют щека и десны.; Пощипывает, будто электричеством...».

4. Сенестопатии с ощущением физической тяжести, реже - необычной легкости какой-либо части тела - «Тело тяжелое, как свинцом налито.; Как будто груз на плечах.; Рука тяжелая, кажется, не в силах поднять ее.; С трудом удерживаю голову - до того тяжелая.; Голова легкая, будто воздухом накачали.; Тело легкое, как воздушный шар...».

Психосенсорные сенестопатии

Представляют собой патологические ощущения с признаками объемности, размерности, направленности и чертами сходства с явлениями аутометаморфозии: «В груди разбухает, увеличивается, расширяется, вытягивается.; Внутри скручивается, сворачивается, сжимается, собирается.; Давит на лоб изнутри.; В голове вращается, крутится.; Давит на голову снаружи по направлению к центру.; Боль косая, слева вверх...».

Нередко сопровождаются мимолетными ощущениями увеличения, уменьшения размеров или расположения соответствующей части тела: «Боли в суставах, их точно выкручивает в другую сторону.; Сдавливает голову, и она будто уменьшается.; Распирает грудь, она вроде поднимается.; Болят ноги, их будто растягивает...».

Одновременно у больных могут быть выявлены истинные расстройства схемы тела.

Лечение сенестопатий

Встречаются различные мнения о возможности лечения сенестопатий и разнообразные рекомендации по выбору конкретных методов терапии, что, по - видимому, вызвано неоднородностью рассматриваемого материала. Так, некоторые авторы рассматривают сенестопатии вообще без учета их нозологической принадлежности, а также структурных особенностей синдрома. Поэтому часто можно встретить противоположные мнения: некоторые считают, что никакое лечение не помогает, другие же оптимистично утверждают, что сенестопатии лечатся легко и быстро.

Существует мнение, что в выборе метода лечения и в определении возможного терапевтического эффекта (прогнозирования) нужно руководствоваться положениями А. В. Снежневского о том, что результаты лечения шизофрении (и др. психических болезней) в первую очередь зависят от формы болезни, особенностей ее течения и что применяемые терапевтические средства могут лишь способствовать естественной динамике процесса.

В случаях, когда речь идет о стойких сенестопатиях и возможно наличие необратимых анатомических изменений в мозге (что, характерно для части больных сенестопатиями), никакое лечение не способно давать улучшения. В остальных же случаях применение различных методов терапии у многих больных дает положительные результаты, часто даже приводит к полноценной ремиссии.

Применение малых транквилизаторов, нейролептиков и антидепрессантов в разных сочетаниях, но всегда в небольших дозах, является, лучшим способом лечения психофармакологическими средствами, особенно в тех случаях, когда сенестопатии наблюдаются у больных на фоне пониженного настроения

Ф. Б. Березин отмечает, что на ранних этапах заболевания помогают препараты, которые оказывают «быстрый эффект» - транквилизаторы,

нейролептики. Вялость, подавленность, апатию Ф. Б. Березин советует купировать антидепрессантами типа ингибиторов моноаминоксидазы (МАО) с учетом того, что они могут усиливать вегетативно - сосудистые расстройства и вызывать чувство тревоги.

У больных с диэнцефальными поражениями и сенестопатиями в инициальном периоде лучшие результаты давала каузальная терапия - противoinфекционная, витаминотерапия, гормонотерапия.

Заключение

Больные с сенестопатиями - со спорным, неясным диагнозом не только поступают в стационар, но еще больше встречаются в амбулаторной практике врачей разных специальностей (в поликлиниках соматического профиля и в психоневрологических диспансерах), обращаются к врачам скорой помощи и т. д. Именно эти больные в первую очередь нуждаются в углубленном научном изучении.

В решение проблем исследования и лечения больных с сенестопатиями (не только клинических проявлений болезни, но также этиопатогенеза, реабилитации больных) большой вклад могло бы внести равноправное сотрудничество психиатров, терапевтов, кардиологов, эндокринологов, ревматологов, гастроинтестинологов, невропатологов и представителей других медицинских специальностей.

Следует отметить, что в настоящее время специалисты смежных дисциплин чаще всего привлекаются как консультанты, встречаются с больным однократно или эпизодически и в сущности исследование и постоянное наблюдение за больным проводится только психиатром или терапевтом.

Таким образом, изучение сенестопатий является одним из центральных вопросов психиатрии и еще ждет своего решения

Список использованной литературы

1. Жмуров В.А. «Психиатрия»: Издательство «Умный доктор», 2018г.
2. Менделевич В. Д. Психиатрия: учебник/ В. Д. Менделевич, Е. Г. Менделевич. – Изд. 3-е. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2020г. – 412с.
3. Психиатрия. Нац. руководство/ гл. ред. Т.Б. Дмитриева, В.Н. Краснов, Н.Г. Незнанов и др.; отв. ред. Ю.А. Александровский. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019г. - 992 с.
4. Л.В. Восковская. «Патология ощущений и восприятия» - Москва: Юрайт, 2017г.
5. <https://www.sites.google.com/site/spbgmupsy2/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnik-po-psihiatrii/tema-no3-narusenia-osusenij-i-vozpriatia-/rasstrojstva-osusenij-i-vozpriatia>, 2018г.
6. И. Р. Эглитис. «Сенестопатии» - Рига, 1977г.
7. <http://www.psychiatry.ru>.

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора _____ 1 _____ года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
Воробьева Дарья Викторовна _____
(ФИО ординатора)

Тема реферата _____ Сенестопатии и их виды _____

основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	4/5
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5/5 (отлично)

Дата: « 21 » _____ 09 _____ 2021 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Воробьева Д. В.