

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

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав. кафедрой – д.м.н., доцент Березовская М.А.

Реферат

Психоорганический синдром

выполнил: ординатор 2 года

специальность Психиатрия

Ковалев Максим Андреевич

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск, 2022

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Определение. Введение	3 стр.
2. Этиология.	4 стр.
3. Клиническая картина.	4 стр.
4. Варианты	6 стр.
5. Методы диагностики	9 стр.
6. Лечение	9 стр.
7. Выводы	10 стр.
8. Список использованной литературы	11 стр.

1. Введение. Определение.

Психоорганический синдром — психопатологический симптомокомплекс, который обусловлен органическим повреждением головного мозга и выражающийся нарушением памяти, интеллекта и расстройствами аффекта.

Психоорганический синдром-состояние общей психической беспомощности со снижением памяти, сообразительности, ослаблением воли и аффективной устойчивости, снижением трудоспособности и иных возможностей адаптации. В легких случаях выявляются психопатоподобные состояния органического генеза, нерезко выраженные астенические расстройства, аффективная лабильность, ослабление инициативы. Психоорганический синдром разной степени выраженности может быть резидуальным состоянием, а также расстройством, возникающим в течение прогрессивных заболеваний органического происхождения. Психопатологическая симптоматика в этих случаях нередко сочетается с признаками очагового поражения головного мозга.

В 1916 году Е. Bleuler впервые ввел термин "*органический симптомокомплекс*", который, по его мнению, являлся синдромом мнестического характера.

В последующем термин "органический симптомокомплекс" начал рассматриваться более широко и заменил существовавший в русской и немецкой психиатрии с конца XIX века термин "*органические психические расстройства*". К настоящему времени в отечественной психиатрии получили распространение обозначения этого расстройства, предложенные М. Влеилегом — "*органический психосиндром*" (1955), "*диффузный мозговой психосиндром*" (1979). В английской психиатрии это расстройство обозначают как "*хронический мозговой синдром*", а в американской — "*органический мозговой синдром*". Термин, используемый американскими психиатрами, включает в себя также и расстройства, относящиеся к экзогенному типу реакции, в первую очередь делирий. Сопоставление различных понятий, используемых для определения различной степени и глубины органических изменений личности, дает основание считать, что термин "*органический психосиндром*", или "*психоорганический синдром*", наиболее полно отражает все многообразие встречающихся нарушений и позволяет по совокупности расстройств оценить их характер и выраженность, а следовательно, избежать крайне неопределенных и расплывчатых диагностических оценок типа "церебрастения", "энцефалопатия с астеническими расстройствами" и т.п. Психоорганический синдром разной степени выраженности может быть резидуальным состоянием; расстройством, возникающим в течение прогрессивных заболеваний органического происхождения (психопатологическая симптоматика). В этих случаях нередко сочетается с признаками очагового поражения головного мозга. Для психоорганического синдрома характерны нарушения (*триада Вальтер-Бюэля*): памяти; интеллекта; эмоционально-волевой сферы.

2. Этиология

- атрофические заболевания головного мозга – болезнь Пика, Альцгеймера, Паркинсона, хорея Гентингтона;
- сосудистые патологии (церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь);
- мозговые и общие инфекционные процессы, приводящие к необратимому изменению структуры мозга – нейросифилис, поражение мозга при СПИДе. К этой группе также относят энцефалиты, менингиты, поражение мозговых сосудов, возникающие при гриппе, ревматизме, ветряной оспе, эпидемическом паротите, скарлатине, малярии;
- опухоли головного мозга;
- травматическое поражение головного мозга;
- эпилепсия и заболевания, сопровождающиеся повторяющимися судорожными припадками;
- тяжелые интоксикации – отравление психостимуляторами, кокаином, органическими растворителями, М-холинолитиками;
- тяжелые соматические заболевания (чаще всего эндокринные) – болезнь Иценко-Кушинга, гипотиреоз, болезнь Аддисона.

3. Клиническая картина.

Психоорганический синдром характеризуется следующей триадой признаков: ослаблением памяти, снижением интеллекта, недержанием аффектов (триада Вальтер-Бюэля).

Часто наблюдаются астенические явления. Нарушение памяти в той или иной степени затрагивает все ее виды. С наибольшим постоянством выявляется гипомнезия, в частности, дисмнезия, возможны амнезии, конфабуляции. Объем внимания значительно ограничен, повышена отвлекаемость. Страдает качество восприятия, в ситуации улавливаются лишь частные детали. Ухудшается ориентировка, вначале в окружающем, а затем и в собственной личности. Уровень мышления снижается, что проявляется обеднением понятий и представлений, слабостью суждений, неспособностью адекватно оценивать ситуацию, свои возможности. Темп мыслительных процессов замедлен, торпидность мышления сочетается со склонностью к детализации, персеверациям.

Эйфорическое либо повышено-дурашливое настроение (реже — субдепрессивное) сопровождаются аффективной лабильностью. Последняя может достигать степени недержания аффекта (аффективная инконтиненция). Настроение легко меняется по разным, внешне незначительным поводам, например, под влиянием тона беседы (аффективная индукция). Преобладают раздражительность, вспыльчивость, эксплозивность, гневливые реакции, аффективная вязкость. Падает общая активность. Снижается уровень и интенсивность побуждений к продуктивной деятельности, забываются прежние интересы, обедняется кругозор. Индивидуальные особенности характера в относительно легких случаях заостряются, остаются как бы без противовеса, и на первый план выступают психопатоподобные нарушения (характеропатический вариант психоорганического синдрома); при более тяжелой степени расстройств происходит стирание, нивелировка преморбидных особенностей личности (органическое снижение уровня личности) вплоть до полной их утраты и развития слабоумия — дементный вариант психоорганического синдрома. При болезни Пика, прогрессивном параличе тенденция к нивелировке личности преобладает с самого начала. Астенические явления в структуре психоорганического синдрома выражены в разной степени. Они слабо представлены либо отсутствуют при атрофических процессах второй половины жизни (Болезнь Пика, Альцгеймера, старческая деменция). При сосудистых, травматических процессах, некоторых эндокринных заболеваниях, напротив, часто находятся на первом плане. У больных с последствиями черепно-мозговой травмы, сосудистой формой нейролепсии могут доминировать раздражительность, эксплозивность, дисфорические реакции.

Пациенты «органики» обычно плохо переносят жару, перепады атмосферного давления, часто жалуются на головные боли, давление в голове, головокружение, обнаруживают признаки вегетативной неустойчивости, нарушение сна, аппетита.

Психические нарушения сочетаются с разнообразными нередко весьма выраженными неврологическими расстройствами (парезы, параличи, выпадения чувствительности, гиперкинезы и др.). Страдают высшие корковые функции (афазии, апраксии, агнозии, акалькулия и т. п.). Тяжесть психических и неврологических нарушений не всегда совпадает.

Наблюдается также симптоматическая лабильность — готовность к экзогенным типам реакции под влиянием интеркуррентных заболеваний и различных интоксикаций, повышена чувствительность к психотропным средствам. Из психотических реакций наиболее часто наблюдаются делириозное и сумеречное помрачение сознания. Симптоматическая лабильность возрастает параллельно тяжести психоорганического синдрома. Повышается склонность к психогенным

реакциям, особенно депрессивным. В начальном периоде некоторых заболеваний (атрофические процессы) могут возникать эндоформные продуктивные психопатологические расстройства: маниакальные, депрессивные, бредовые, галлюцинозы (чаще вербальные, реже — тактильные и зрительные). Длительность их от нескольких дней до ряда лет. По мере прогрессирования психоорганического синдрома вероятность их проявления снижается, а клиническая картина возникшего ранее психоза редуцируется.

4. Варианты

1. По клинической картине:

Выделяют 4 основных варианта психоорганического синдрома:

- астенический;
- эксплозивный;
- эйфорический;
- апатический.

При астеническом варианте в клинической картине синдрома преобладают стойкие астенические расстройства в виде повышенной физической и психической истощаемости, явлений раздражительной слабости, гиперестезии, аффективной лабильности, тогда как расстройства интеллектуальных функций выражены незначительно. Часто отмечается некоторое снижение интеллектуальной продуктивности. Иногда выявляются легкие дисмнестические расстройства.

Степень тяжести астенического (впрочем как и других вариантов) психоорганического синдрома может быть оценена с помощью так называемого симптома Пирогова, или метеопатического симптома. Он проявляется изменением состояния больного в зависимости от колебаний барометрического давления: если состояние больного меняется перед падением или подъемом барометрического давления, его следует расценивать как более тяжелое по сравнению с теми случаями, когда состояние больного меняется одновременно с изменением погоды. Не менее существенными являются изменения самого состояния: в одних случаях колебания барометрического давления сопровождаются развитием новых, не характерных для состояния больного, астенических явлений. Это свидетельствует о более тяжелом характере поражения, чем в случаях, при которых отмечается лишь усиление имеющихся у пациента проявлений астении.

Для эксплозивного варианта описываемого синдрома характерно сочетание аффективной возбудимости, раздражительности, взрывчатости, агрессивности с нерезко выраженными дисмнестическими нарушениями и снижением адаптации. Характерна также склонность к сверхценным паранойальным образованиям.

Нередко бывают ослабление волевых задержек, утрата самоконтроля, повышение влечений. Характерна алкоголизация больных: они, обращая внимание на релаксирующее влияние алкоголя, снимающее или уменьшающее раздражительность и возбудимость, прибегают к приему алкогольных напитков для улучшения своего состояния. Однако регулярное употребление алкоголя неизбежно ухудшает общее состояние и усиливает проявления органической недостаточности, что в свою очередь сопровождается повышением дозы алкоголя для купирования состояния внутреннего напряжения, раздражительности и брутальности. Поэтому у части больных наблюдается достаточно быстрое формирование признаков хронического алкоголизма с быстрым формированием тяжелых форм синдрома похмелья.

Для больных с взрывным вариантом психоорганического синдрома характерно также формирование сверхценных образований, часто кверулянтских тенденций, возникновение которых нередко связано с несправедливостью, допущенной в отношении больного или его близких.

И наконец, нередко различные виды истерических форм реакций, свойственные больным этой группы, развиваются обычно в тех случаях, когда на пути осуществления планов больного становится преграда или когда требования больного не выполняются. Следует обратить внимание на то, что склонность к сверхценным образованиям и формирование истерических расстройств являются особенностями психопатологической и клинической картины психоорганического синдрома и свидетельствуют о достаточной тяжести проявлений болезни.

Как при астеническом, так и при взрывном варианте психоорганического синдрома происходит выраженная декомпенсация состояния в связи с интеркуррентными заболеваниями, интоксикациями и психическими травмами.

Картина эйфорического варианта психоорганического синдрома определяется повышением настроения с оттенком эйфории и благодушия, бестолковостью, резким снижением критики к своему состоянию, дисмнестическими расстройствами, повышением влечений. У части больных наблюдаются взрывы гневливости с агрессивностью, сменяющиеся беспомощностью, слезливостью, недержанием аффекта. У больных значительно снижена работоспособность.

Признаком особой тяжести состояния является развитие у больных симптомов насильственного смеха и насильственного плача, при которых причина, вызвавшая реакцию, бывает амнезирована, а гримаса смеха или плача долгое время сохраняется в виде лишенной содержания аффекта мимической реакции.

Апатический вариант психоорганического синдрома характеризуется аспонтанностью, резким сужением круга интересов, безразличием к

окружающему, в том числе к собственной судьбе и судьбе своих близких, и значительными дисмнестическими расстройствами. В этих случаях обращают на себя внимание черты сходства этого состояния с апатическими картинами, наблюдаемыми в конечных состояниях шизофрении и эпилептической болезни, однако присутствие мнестических расстройств, астении, спонтанно возникающих симптомов насильственного смеха и плача помогают отграничению этих картин от сходных состояний, развивающихся при других нозологических формах.

Перечисленные варианты психоорганического синдрома часто являются стадиями его развития и каждый из вариантов отражает различную глубину и различный объем поражения психической деятельности.

2. По объему поражения:

Различают диффузный и локальный (церебрально-очаговый) варианты психоорганического синдрома.

При локальном варианте могут преобладать расстройства памяти (Корсаковский синдром), интеллекта (болезнь Пика, прогрессивный паралич, патология влечений и аффективные расстройства (опухоли определенной локализации), хотя о подобных частичных психических выпадениях можно говорить очень условно. При поражении конвекситальной лобной коры наблюдается «фронтальный синдром» — аспонтанность в мышлении, речи, поведении, достигающая степени акинезии. Повреждение медиальных отделов лобной коры сопровождается грубыми нарушениями высших форм внимания. Лобно-базальная локализация поражения обнаруживается картиной мории либо псевдопаралитического синдрома. При диэнцефальной локализации процесса наблюдается анергия, сонливость, депрессия либо эйфория, дисфория, нарушения влечений на фоне эндокринных и метаболических расстройств. Поражения на уровне ствола мозга проявляются торпидностью психических процессов либо импульсивностью и взрывчатостью.

Височный синдром Ландольта. Описан Landolt H. в 1960 году. Представляет собой выраженные личностные изменения, обусловленные значительным поражением, но не разрушением височной области доминантного полушария. Характерны снижение инициативы, затруднения в использовании приобретенного жизненного опыта, легкомыслие поступков, склонность к длительным бесцельным поискам, ипохондрические жалобы без адекватной эмоциональной окраски, апатия, безучастность. Клиническая картина дополняется проявлениями дисфории, сниженного настроения. Наблюдается при

травматических и сосудистых поражениях головного мозга, новообразованиях височной доли.

3. По времени развития:

Разграничивают также острый и хронический варианты психоорганического синдрома.

Острый — возникает внезапно нередко вслед за экзогенным типом реакции, длится несколько дней, недель. Может быть единственным эпизодом либо рецидивирует и переходит в хронический. Последний чаще начинается малозаметно и протекает по-разному. При болезни Пика, Альцгеймера, хорее Гентингтона, старческом слабоумии психоорганическая симптоматика прогрессирует и завершается обычно слабоумием. Течение психоорганического синдрома, возникающего после черепно-мозговых травм, энцефалитов, приближается к стационарному — резидуальный вариант психоорганического синдрома. Возможно обратное развитие симптоматики, разумеется, до известных пределов — регрессирующий вариант психоорганического синдрома. При прогрессивном параличе, доброкачественных опухолях возможны терапевтические ремиссии. Степень выраженности психоорганического синдрома во многом зависит от возраста. Уязвимость к органическим повреждениям психики наиболее значительна в старческом возрасте.

5. Методы диагностики.

Сам психоорганический синдром диагностируется клинически. Основа — триада Вальтер-Бюэля.

Существует множество инструментальных и дополнительных исследований для диагностики причины развития психоорганического синдрома,

Инструментальные:

-МРТ, МРА, КТ, Rg черепа, ПЭТ

-ЭЭГ, Эхо-ЭГ, УЗДГ, РЭГ

Лабораторные (входят различные исследования крови, СМЖ, мочи и т.д.)

Обязательно консультация смежных специалистов: невролог, и исходя из этиологического фактора, другие (эндокринолог, терапевт, инфекционист, ревматолог, онколог и т.д.)

6. Лечение.

В процессе поисков оптимальной терапии последние полтора десятилетия терапевтическая стратегия строилась на повторяющихся на протяжении многих лет (один раз в 1–3 года) курсах активной инфузионной терапии с применением

таких церебропротекторов, как Церебролизин в относительно высоких дозах (до 20 мл/сут.), Инстенон, Мексидол, Пикамилон. Указанные средства в открытом сравнительном исследовании показали относительно гармоничное влияние на астенический, психовегетативный симптомокомплексы и даже на гипотимные проявления сложного синдрома, хотя ни один из названных препаратов не является собственно антидепрессантом. Наиболее устойчивыми к терапии, как и ожидалось, были когнитивные нарушения. Вместе с тем на терапии Церебролизин и Инстеноном удалось достичь умеренно выраженной, но статистически значимой редукции симптомокомплекса когнитивных нарушений. Пожалуй, наиболее важным итогом долговременной терапевтической помощи в рассматриваемой когорте пациентов с психоорганическим синдромом сложного, преимущественно цереброваскулярного генеза является возможность сдерживания прогрессивного течения интеллектуально-мнестических расстройств. Немалая роль в этом принадлежит сформированной у пациентов приверженности лечению и следованию терапевтическим и реабилитационным рекомендациям.

7. Выводы.

Психоорганический синдром является одним из основополагающих в психиатрии. Встречается в структуре множества заболеваний, которые ведут к патоморфологическому повреждению головного мозга.

Неспецифического высокоэффективного лечения с подтвержденной эффективностью нет. Лечение направлено на терапию основного заболевания, вызвавшего психоорганический синдром и проводится в зависимости от степени выраженности заболевания в стационаре или амбулаторно. Положительное действие оказывают ноотропные препараты, неротрофическая и церебропротективная терапия, антиоксиданты и витаминотерапия, нормализация гемореологических показателей и т.д. Прогноз зависит от основного заболевания.

8. Список использованной литературы.

1. Общие вопросы психопатологии и классификация психических расстройств // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Дмитриевой Т. Б., Краснова В. Н., Незнанова Н. Г., Семке В. Я., Тиганова А. С.. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 299. — 1000 с.
2. Тиганов А.С. - Общая психопатология. Курс лекций. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. — 128с.
3. Стал Стивен М. - Основы психофармакологии. Теория и практика. — М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2019. — 332-345 с.
4. Клиническая психиатрия. - Москва: Гостехиздат, 2018. - 832 с.
5. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. - М.: Медицинское информационное агентство, 2016. - 434 с.
6. Казаковцев, Борис Алексеевич Психические расстройства при эпилепсии / Казаковцев Борис Алексеевич. - М.: Прометей, 2015. - 321с.
7. Первый, В.С. Справочник невротических расстройств: моногр. / В.С. Первый. - М.: Феникс, 2019. - 312 с.

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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

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

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

на реферат ординатора _____ 2 _____ года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
(ФИО ординатора)

Тема реферата Психогенный синдром

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)	4/3
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	4/5 - хорошо

Дата: «10» 10 2022 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Ковачев М.А.