

Методические материалы для СТУДЕНТОВ
по ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
по дисциплине:

Психиатрия, медицинская психология.

основная профессиональная образовательная программа высшего
образования

- программа специалитета

КОД Наименование ОП: 31.05.01 Лечебное дело

Психиатрия

Кафедра психиатрии и наркологии

Сеченовский Университет

Москва, Россия

1. Задачи и организация психиатрической помощи

**Кафедра психиатрии и наркологии
лечебного факультета**

Сеченовский Университет

Москва, Россия

1.1. Предмет и задачи психиатрии

Тюльпин Юрий Геннадьевич, к.м.н., доцент

**Кафедра психиатрии и наркологии
лечебного факультета**

Сеченовский Университет

Москва, Россия

Психиатрия

(от греч. *psyche* - душа и *iatros* - врач)

врачебная специальность и область научных знаний,
относящиеся к заболеваниям **души**

Психиатрия в ряду других дисциплин

Неврология – медицинская дисциплина, изучающая заболевания нервной системы

Психология – гуманитарная дисциплина изучающая поведение человека (здоровое или патологическое) и душевное состояние в различных ситуациях

Психиатрия – медицинская дисциплина, изучающая заболевания души

Психотерапия – способ лечения заболеваний (психических или соматических) с помощью слова и эмоционального воздействия

Понятие психического расстройства

Норма – типичные, наиболее частые формы поведения, мышления и эмоционального реагирования

Аномалия – не укладывающиеся в рамки типичного, редко встречающиеся, формы поведения, мышления и эмоционального реагирования

Здоровье – способ поведения (типичный или аномальный), позволяющий приспособливаться (адаптироваться) к условиям реальности, обеспечивать сохранение жизни, благополучие и воспроизводство истраченных сил

Понятие психического расстройства

Патология (расстройство) – временное или постоянное отсутствие психологического благополучия, обусловленное **неадаптивными** формами поведения, мышления или эмоционального реагирования.

Болезнь – патологический **процесс**, возникающий на фоне здоровья, имеющий характерную **динамику** и исход (выздоровление, формирование дефекта, смерть и пр.)

Основные задачи психиатрии

- диагностика психических расстройств
- лечение (лекарственное и нелекарственное) психических расстройств
- социальная поддержка и реабилитация душевнобольных, профилактика психических заболеваний
- предотвращение опасных форм поведения психически больных
- защита прав психически больных, противодействие их дискриминации
- экспертиза (судебная, военная, трудовая)

1.2. Классификация психических расстройств

Тюльпин Юрий Геннадьевич, к.м.н., доцент

**Кафедра психиатрии и наркологии
лечебного факультета**

Сеченовский Университет

Москва, Россия

Основные подходы к систематике психических расстройств

- **синдромологический** (описательный) – на основании ведущего расстройства в данный момент
- **нозологический** – на основании природы болезни, т.е. общности этиологии, патогенеза, симптоматики и течения
- **прагматический** (статистический) – на основании формальных критериев, которые признаются большинством врачей

Нозологический диагноз отражает

- современное развитие наук о психических заболеваниях, знания об их происхождении и механизмах развития
- особенности теоретических взглядов того или иного научного сообщества

Нозологический диагноз представляет собой единство:

- **этиологии** – причины болезни
- **морфологии** – анатомических, гистологических и рецепторных дефектов
- **патогенеза** – механизмов развития
- **проявлений** – ведущих симптомов и синдромов
- **течения болезни** – начала, развития и исхода

Пример нозологической классификации

Классификация НЦПЗ РАН

(Снежневский А.В., 1983; Тиганов А.С., 1999)

Эдогенные психические заболевания: шизофрения, аффективные психозы

Эндогенно-органические заболевания: эпилепсия, болезнь Альцгеймера

Экзогенно-органические заболевания: травмы, инфекции

Экзогенные психические расстройства: алкоголизм, интоксикации

Психогенные заболевания: реактивные психозы

Пограничные психические нарушения: невроты и психопатии

Патология психического развития: олигофрении, детский аутизм

Принципы МКБ-10

- классификация только патологических состояний
- формирование строгих критериев диагностики
- удобство статистической обработки данных

Основные классы МКБ-10

F0 - Органические, включая соматические, психические расстройства

F1 – Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ

F2 – Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

F3 – Аффективные расстройства

F4 – Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

...

Основные классы МКБ-10

F5 – Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F6 – Расстройства личности (психопатии) и поведения у взрослых

F7 – Умственная отсталость

F8 – Нарушения психологического развития

F9 – Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском возрасте

1.3. Организация психиатрической помощи в Российской Федерации

Тюльпин Юрий Геннадьевич, к.м.н., доцент

**Кафедра психиатрии и наркологии
лечебного факультета**

Сеченовский Университет

Москва, Россия

Учреждения, осуществляющие психиатрическую и наркологическую помощь

Лечебно-диагностическая помощь:

Амбулаторная: психоневрологические и наркологические диспансеры, кабинеты психоневролога при детских и взрослых поликлиниках

Стационарная: психиатрические и наркологические больницы, дневные стационары, стационары для принудительного лечения по решению суда

Неотложная: специализированные бригады «скорой помощи»

Учреждения, осуществляющие психиатрическую и наркологическую помощь

Другие виды помощи:

Реабилитация и социальная поддержка: лечебно-трудовые мастерские, обеспечение ухода на дому

Образование и профессиональная подготовка: специализированные детские сады и школы

Экспертиза: трудовая (бюро МСЭ), судебная, военная

Закон РФ

«О психиатрической помощи...»

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (№ 3185-1)
был утвержден Верховным Советом РФ
2 июля 1992 года и введен в действие
с 1 января 1993 года.

Основные принципы оказания психиатрической помощи

- обеспечение гражданских прав и свобод, гарантируемых законодательством и Конституцией
- гуманность, недопустимость унижения человеческого достоинства
- обеспечение безопасности и санитарно-гигиенических требований
- преимущественная добровольность
- сохранение врачебной тайны
- наличие необходимой квалификации врачей и их независимость
- обеспечение наименее ограничительных условий, приближение к месту жительства

Условия отказа от добровольности

Психиатрическое освидетельствование и госпитализация в недобровольном порядке допускаются только в случае наличия у человека тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи

1.4. Юридические вопросы психиатрии

Тюльпин Юрий Геннадьевич, к.м.н., доцент

**Кафедра психиатрии и наркологии
лечебного факультета**

Сеченовский Университет

Москва, Россия

В гражданском процессе определяется:

Правоспособность — способность пользоваться правами, гарантируемыми конституцией

Психически больные, как и все граждане, имеют право владеть имуществом, авторскими правами на произведения, иметь жильё, получать наследство и наследовать, выбирать род занятий и место жительства

В гражданском процессе определяется:

Недееспособность — неспособность понимать значение своих действий и руководить ими

Определяется решением суда, не позволяет самостоятельно распоряжаться имуществом, предполагает назначение опеки, исключает возможность вступления в брак

Для лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, судом может быть применено ограничение дееспособности с установлением попечительства

В уголовном процессе определяется:

Невменяемость — невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия), влекущее освобождение от ответственности за совершенное деяние (преступление)

Критерии:

- наличие хронического психического заболевания или временного психического расстройства
- невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий

Нетрудоспособность

ограничение основных категорий жизнедеятельности, т.е. способностей к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, контролю поведения, обучению и трудовой деятельности

временная – подтверждается листком нетрудоспособности или справкой учащегося

стойкая (инвалидность) устанавливается на срок или бессрочно

Годность к военной службе

наличие способности участвовать в боевых действиях,
при минимальной вероятности опасных поступков
со стороны лиц, пользующихся оружием
по долгу службы

Психиатрия

Кафедра психиатрии и наркологии

Сеченовский Университет

Москва, Россия

6. Органические психические расстройства. Эпилепсия

**Кафедра психиатрии и наркологии
лечебного факультета**

Сеченовский Университет

Москва, Россия

6.1. Общие свойства органических психических расстройств

Тюльпин Юрий Геннадьевич, к.м.н., доцент

**Кафедра психиатрии и наркологии
лечебного факультета**

Сеченовский Университет

Москва, Россия

Диагностика органических психических расстройств

основана на выявлении специфических симптомов, указывающих на утраты основных мозговых функций

Комплекс этих симптомов представлен в понятии
ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО
(энцефалопатического)
СИНДРОМА

Психоорганический синдром

- **Триада Ганса Вальтер-Бюэля**
 - ухудшение запоминания
 - ухудшение понимания
 - недержание эмоций (слабодушие, дисфория)
- **Изменение личности**: эгоцентризм, сочетание торпидности и взрывчатости
- **Очаговая неврологическая симптоматика** (параличи, утрата чувствительности, судорожные припадки)
- **Астения**: утомляемость и раздражительность
- **Сомато-вегетативные расстройства**: ухудшение самочувствия при изменении погоды

Концепция экзогенного типа реакций

Карл Бонгёффер, 1908,1910

В ответ на самые различные внешние повреждающие воздействия психика реагирует ограниченным набором стандартных, выработанных в процессе эволюции реакций

Проявления органических психических расстройств зависят не от повреждающего фактора, а от тяжести, скорости развития и локализации повреждения

Концепция экзогенного типа реакций

Карл Бонгёффер, 1908,1910

Перечень типичных расстройств включает:

- **астенический синдром**
- **нарушения сознания** (делирий, сумерки, оглушение, кома)
- **галлюциноз**
- **эпилептиформные пароксизмы**
- **корсаковский синдром**
- **деменции**

Для уточнения природы органического заболевания проводят:

- неврологическое исследование
- офтальмологическое исследование
- анализ ЭЭГ
- визуальные методы (КТ, МРТ, рентгенография черепа)
- рэоэнцефалографию и доплерографию
- исследование цереброспинальной жидкости
- серологические пробы для обнаружения инфекционного агента (сифилис, ВИЧ, туберкулез и др.)
- нейропсихологическое исследование для выявления утраченных психических функций

Систематика органических заболеваний мозга

Нозологическая природа болезней крайне многообразна:

- дегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика)
- цереброваскулярные заболевания
- травмы головы
- внутричерепные опухоли
- нейроинфекции (в том числе нейросифилис)
- токсическое поражение мозга
- психические расстройства вследствие соматических и эндокринных заболеваний, нарушений обмена веществ

Систематика органических заболеваний мозга

В **МКБ-10** расстройства классифицируются в соответствии с ведущим синдромом:

F00 – F03 – деменция

F04 – корсаковский синдром

F05 – делирий

F06 – другие продуктивные органические психические расстройства (галлюциноз, бред, кататония, депрессия, астения)

F07 – изменения личности при органическом заболевании

6.2. Дегенеративные заболевания

Тюльпин Юрий Геннадьевич, к.м.н., доцент

**Кафедра психиатрии и наркологии
лечебного факультета**

Сеченовский Университет

Москва, Россия

Дегенеративные заболевания

группа эндогенных органических прогрессирующих болезней, возникающих преимущественно в пожилом возрасте, проявляющихся грубой негативной симптоматикой (деменция), и в исходе приводящие к смерти пациента

Дегенеративные заболевания

Диагностические признаки:

- возникновение в позднем возрасте (предстарческом или старческом)
- постепенное начало и неуклонное прогрессирование
- грубое нарушение мозговых функций при относительно соматическом благополучии
- характерные проявления деменции с нарастающей утратой критики и кардинальным преобразование личности (тотальное слабоумие)

Дегенеративные заболевания

Перечень включает:

- Болезнь Альцгеймера (включая старческое слабоумие)
- Болезнь Пика
- Болезнь Паркинсона
- Хорею Гентингтона
- Деменцию с тельцами Леви

Болезнь Альцгеймера

очень распространенное дегенеративное заболевание с признаками нарастающего амилоидоза и дефицита ацетилхолина в мозге. Преимущественно поражаются височные и теменные доли

Характерные признаки: грубые расстройства памяти, дизартрия, аграфия, акалькулия, апраксия, нарушение понимания ситуации на фоне «формальной критики»

Больные в среднем живут 7-10 лет.

Применение ингибиторов холинэстеразы и блокаторов глутаматных рецепторов улучшает адаптацию и немного замедляет процесс

Болезнь Пика

относительно редкое дегенеративное заболевание с преимущественным поражением лобных и височных отделов мозга, а также поражением белого вещества без признаков амилоидоза

Характерные признаки: полная утрата критики, эйфория или апатия, аспонтанность, стереотипность действий и высказываний (симптом «заезженной пластинки»), фасцикуляции и асимметричная атрофия мышц

Больные в среднем живут 5-6 лет.

Эффективных методов лечения нет

От дегенеративных заболеваний следует отличать

- деменцию вследствие локальных и диффузных сосудистых заболеваний
- деменцию вследствие внутричерепных опухолей
- нейроинфекции (в том числе нейросифилис)
- аутоиммунные заболевания (энцефалопатию Хашимото)
- эндокринопатии (сахарный диабет)

6.3. Симптоматические психозы

Тюльпин Юрий Геннадьевич, к.м.н., доцент

**Кафедра психиатрии и наркологии
лечебного факультета**

Сеченовский Университет

Москва, Россия

К симптоматическим психозам относят

проявляющиеся различными реакциями экзогенного типа, вторичные психические расстройства вследствие:

- сосудистых заболеваний
- травм
- инфекций
- интоксикаций
- соматических и эндокринных заболеваний

Психические расстройства при цереброваскулярных заболеваниях

- Развиваются на фоне поражения всех отделов тела (сердце, почки, конечности и прочее)
- Протекают волнообразно, декомпенсации часто вызваны изменением погоды
- На высоте декомпенсации возможны эпизоды спутанности (делирий)
- Характерна выраженная утомляемость и истощаемость (астения), сензитивность и ранимость (слабодушие)
- При безынсультном течении деменция имеет мягкий (лакунарный) характер с преимущественным нарушением памяти и сохранностью критики

Психические расстройства при травмах головы

Определяются этапом течения болезни.

- **Острый период:** потеря сознания, помрачение сознания, транзиторная амнезия
- **Период реконвалесценции:** астения, субдепрессия
- **Период отдаленных последствий:** изменения личности, корсаковский синдром, слабоумие, эпилептиформные пароксизмы, бредовые и галлюцинаторные состояния

Психические расстройства при внутричерепных опухолях

- **Общемозговые симптомы** (признаки повышения внутричерепного давления): утренние и ночные распирающие головные боли особенно в ночные и утренние часы, эпизоды нарушения сознания
- **Очаговая симптоматика**: эпилептиформные припадки и выпадение функций (нарушения речи, памяти, счета, понимания, распознавания, праксиса и прочее)

Нейросифилис

Прогрессивный паралич (болезнь Бейля)

- Развивается через 10-15 лет после первичного инфицирования
- В инициальном периоде отмечаются неспецифические признаки органического заболевания: астения, эпизоды делирия, нарушения памяти и речи
- Быстро поражаются функции всех отделов мозга: дизартрия, апраксия, акалькулия, аграфия
- Неврологические расстройства: симптом Аргайла Робертсона, утрата сухожильных рефлексов
- Характерно грубое нарушение критики (тотальное слабоумие)

6.4. Эпилепсия

Тюльпин Юрий Геннадьевич, к.м.н., доцент

**Кафедра психиатрии и наркологии
лечебного факультета**

Сеченовский Университет

Москва, Россия

Нозологическая природа эпилепсии

- Заболевание
- Эндогенное
- Органическое
- Начинающееся преимущественно в **детском и подростковом возрасте**, и протекающее прогрессивно
- Продуктивная симптоматика полиморфна, но всегда характеризуется **пароксизмальностью** и **стереотипностью**
- Негативная симптоматика выражается в **изменениях личности** с нарастанием эгоцентризма и торпидности в сочетании со взрывчатостью
- В исходе развивается **концентрическое слабоумие**

Эпилептические пароксизмы

Многообразны, кроме типичных припадков с судорогами и потерей сознания могут наблюдаться:

- приступы дисфории
- сумеречное помрачение сознания (амбулаторные автоматизмы, фуги, трансы)
- эпизоды дереализации и деперсонализации (дежа вю, жамэ вю, нарушения схемы тела и прочее)
- пароксизмы бреда или галлюцинаций
- импульсивные влечения (дипосмания, kleptomания, пиромания)

Эпилептические пароксизмы

Разделяют на:

Первично-генерализованные с мгновенной потерей сознания (кома), полной амнезией, без продуктивной симптоматики

Фокальные с частичным сохранение сознания и воспоминаний, сопровождающиеся стереотипной локальной симптоматикой (галлюцинации, судороги в одной конечности, дереализация)

Вторично-генерализованные, начинающиеся в одном локусе мозга и распространяющиеся на все его отделы (например, тонико-клонические припадки с аурой). Фактически являются вариантом фокальных припадков

Негативные расстройства при эпилепсии

Изменения личности с нарастанием эгоцентризма, мелочности, педантизма, обстоятельности, слащавости, вовлеченности в бытовые интересы в сочетании со злопамятностью и взрывчатостью

Концентрическое слабоумие, характеризующееся приземленностью интересов, снижением словарного запаса (олигофазия), избирательностью памяти, крайним эгоцентризмом, утратой способности к абстрагированию, наблюдается засорение речи словами-паразитами и стоячими оборотами

Дифференциальная диагностика

Пароксизмы и припадки могут быть проявлением:

- внутричерепных опухолей
- абстинентного синдрома при алкоголизме и наркоманиях
- инфекций, интоксикаций. соматических заболеваний
- фебрильных детских судорог
- эклампсии
- истерического невроза
- панических атак

Психиатрия

Кафедра психиатрии и наркологии

Сеченовский Университет

Москва, Россия

10. Психические расстройства у детей

**Кафедра психиатрии и наркологии
лечебного факультета**

Сеченовский Университет

Москва, Россия

10.1. Общие сведения о психических расстройствах в детском возрасте

Тюльпин Юрий Геннадьевич, к.м.н., доцент

**Кафедра психиатрии и наркологии
лечебного факультета**

Сеченовский Университет

Москва, Россия

Базовые положения

- Психические расстройства у детей наблюдаются также часто, как у взрослых (около 2% популяции, у мальчиков чаще), но имеют другие клинические проявления
- Любое психическое расстройство у ребенка влияет на обучение и формирование основных функций, часто ведет к отставанию в умственном развитии
- Многие стойкие расстройства, которые плохо поддаются лекарственному лечению, но их можно частично компенсировать с помощью педагогических и психотерапевтических методов

Основные классы расстройств

- Умственная отсталость (олигофрения)
- Детский аутизм (синдром Каннера и атипичные формы)
- Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)
- Нарушения физиологических функций (энурез, тики, заикание)
- Тревога и страхи
- Проблемы подросткового возраста (асоциальные поступки, дисморфофобия, суициды)
- Дебют прогрессирующих заболеваний (шизофрения, эпилепсия)

Основные проявления психических расстройств у детей

- позднее и затрудненное формирование речи
- нарушение питания
- позднее формирование навыков опрятности
- непослушание, агрессивность, пренебрежение нормами поведения
- боязливость, зависимость от родителей
- неспособность вступать в контакт со сверстниками
- утомляемость, жалобы на боли
- низкая успеваемость в школе

Заикание

- Мальчики в 3 чаще девочек. Почти 80% детей, которые страдают заиканием до 5 лет, прекращают заикаться после первого года учебы в школе
- Наследственность является причиной 71% различных случаев заикания, у 29% — это результат влияния окружения
- Биологическая основа определяет работу центров речи в левом полушарии, она ассоциирована с утратой самостоятельности и заниженной самооценкой
- Только менее одного процента не поддаются лечению. Психологический подход заключается в том, чтобы научить родителей говорить с ребенком медленно, используя короткие и простые предложения

Энурез

- **Первичный** – никогда не было способности контролировать. Явная связь с наследственностью (вероятность у родителей без энуреза - 15%, если была у одного родителя - 44%, конкордантность у моно/дизиготных – 68/36%). Часто дефицит антидиуретического гормона.
- **Вторичный** – появляется после того, как способность самоконтроля сформировалась. Чаще имеет психологическую природу.
- Лечение обычно бихевиоральное с классическим обуславливанием («звонок») или поощрением. Применяется также десмопрессин и трициклические антидепрессанты

Тики

- подавляются усилием воли, возникают у 4,5% мальчиков и 2,6% девочек, обычно после 7 лет, чаще текут благоприятно, не прогрессируют, часто исчезают по достижении зрелости
- следует дифференцировать с эпилепсией, кататонией, болезнью Вильсона
- Синдром Жиля де ля Туретта – многочисленные, часто голосовые тики в сочетании с копролалией, импульсивностью и навязчивостями.
Конкордантность у моно/дизиготных – 70/10 %.
- Лекарственное (галоперидол, клонидин, антидепрессанты) с психотерапевтической поддержкой

Детские страхи

- У многих детей специфические страхи практически не мешают их деятельности, возникают до десятилетнего возраста и лишь изредка требуют терапевтического вмешательства
- Специфические фобии, возникающие в 10-13 лет чаще требуют вмешательства
- Социофобию чаще выявляют у девочек, она нередко ассоциирована с депрессией, паникой и другими страхами
- Генерализованное тревожное расстройство возникает у 3–6% всех детей обоих полов, чаще всего в возрасте 10–14 лет

10.2. Нарушения поведения и развития в детском возрасте

Тюльпин Юрий Геннадьевич, к.м.н., доцент

**Кафедра психиатрии и наркологии
лечебного факультета**

Сеченовский Университет

Москва, Россия

Детский аутизм

В 1943 году Лео Каннер описал 11 детей, которые в течение первых лет жизни полностью замкнулись в себе, не воспринимали других людей, избегали зрительного контакта, не могли вполне овладеть речью и постоянно повторяли одни и те же стереотипные движения, ритуалы, словосочетания. Каннер считал аутизм реакцией на холодность родителей, однако эта концепция не получила подтверждения, и сегодня доказано, что он имеет биологическую природу.

Ганс Аспергер в 1944 году опубликовал работу об «аутистической психопатии», которая стала известна в мире после 1990 года.

Детский аутизм

- у 80% аутистов отмечается умственная отсталость (чаще тяжелая), половина из них не овладевает речью
- не формируется способность к невербальной коммуникации, речь и жесты используются для передачи намерений, но не чувств
- дети испытывают потребность в родителях и близких, но не выражают чувств по отношению к ним
- дети могут запоминать слова, но плохо усваивают их общий и переносный смысл, часто трактуют ситуацию буквально
- их больше привлекают невербальные звуки

Детский аутизм

- распространенность по данным разных авторов колеблется от 4 до 15 на 10 тысяч детей (отмечается тенденция к росту распространенности), у мальчиков в 3-4 раза чаще, чем у девочек
- высокая роль наследственности, конкордантность моно/дизиготных близнецов – 80/0 %
- обнаружена высокая вероятность повреждения лимбической системы, височных долей, орбитальных отделов лобной коры и мозжечка
- в первую очередь для коррекции используются педагогические методики, лекарства применяются симптоматически

Отличие детской шизофрении от аутизма

- Появление проблем в более позднем возрасте (крайне редко раньше 12 лет, у взрослых шизофрения встречается в 100 раз чаще, чем у детей)
- Менее выраженное нарушение интеллектуального развития
- Сохранение способности к социальному взаимодействию и нормальное развитие речи
- Появление галлюцинаций и бреда по мере взросления
- Прогрессирование болезни, наличие периодов ремиссий и рецидивов
- Нейролептики часто эффективны

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью

- при хорошей памяти и нормальном интеллекте характерен дефицит избирательного внимания, бдительности, повышенная отвлекаемость и неспособность удерживать внимание длительное время
- гиперактивность проявляется высокой двигательной активностью, неусидчивостью, импульсивностью, оппозиционным поведением, поступками без учета последствий
- низкая школьная успеваемость связана с низкой способностью к планированию, скачущей речью без четкой логики, проблемами в усвоении норм поведения

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью

- обнаруживается у 3–5% детей школьного возраста, в 2-4 раза чаще у мальчиков, чем у девочек
- высокая связь с наследственностью (по данным усыновления и близнецовому методу, конкордантность у моно/дизиготных – 65/35 %)
- важное значение перинатальных проблем, и минимальной мозговой дисфункции, преимущественно во фронтально-базальных отделах
- семейные психосоциальные факторы играют существенную роль менее чем в 15% случаев
- коррекция лекарственная и психолого-педагогическая

10.3. Специфические формы умственной отсталости

Тюльпин Юрий Геннадьевич, к.м.н., доцент

**Кафедра психиатрии и наркологии
лечебного факультета**

Сеченовский Университет

Москва, Россия

Умственная отсталость (олигофрения)

группа **непрогредиентных** психических расстройств органической природы, проявляющихся **общим психическим недоразвитием** с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей, возникшим вследствие причин, подействовавших до завершения формирования основных процессов мышления (до рождения или до 3-х лет)

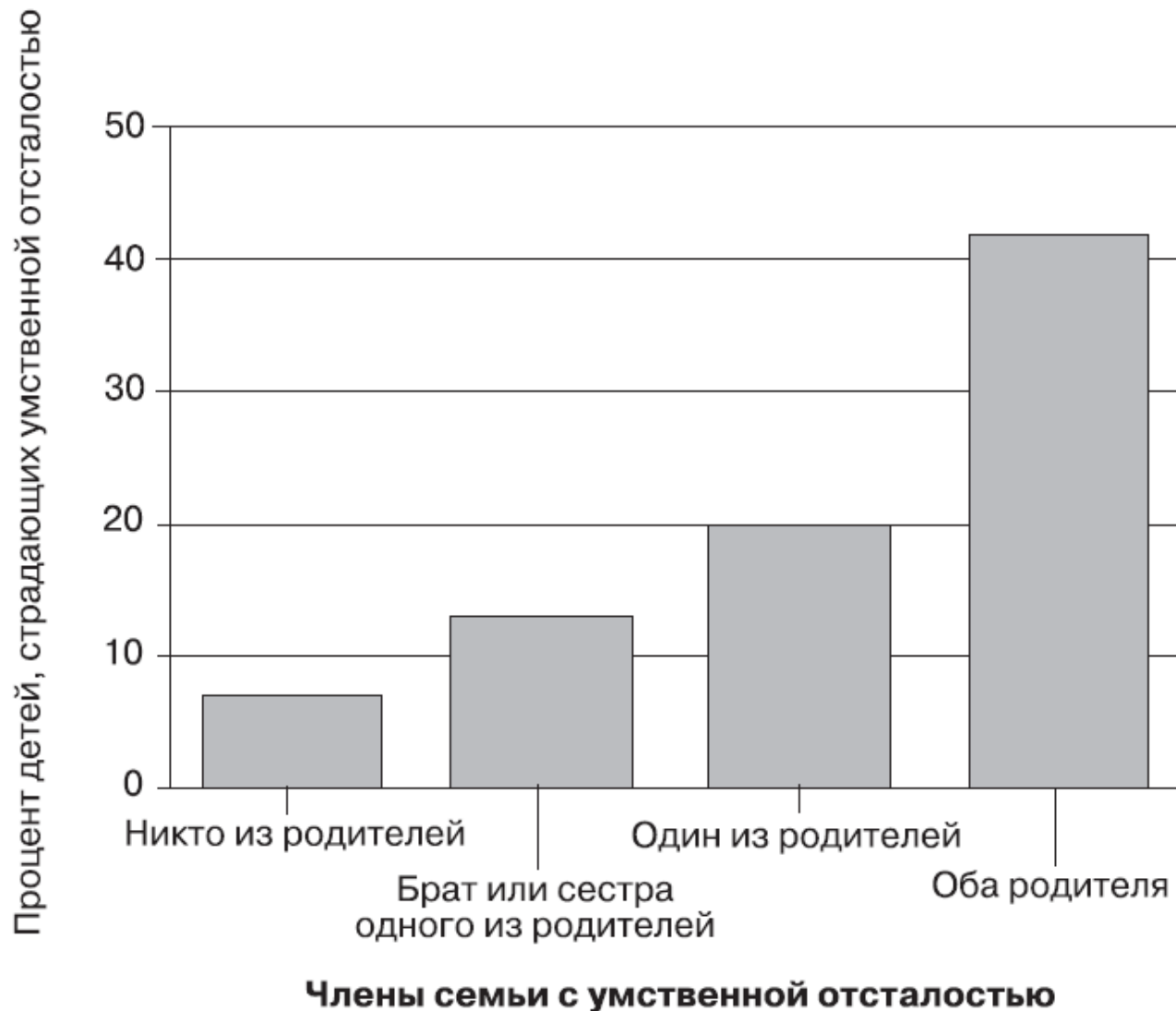
Подкласс F7 МКБ-10 включает:

Рубрика	Умственная отсталость	IQ	Психологический возраст
F70	Легкая	50-69	9-12 лет
F71	Умеренная	35-49	6-9 лет
F72	Тяжелая	20-34	3-6 лет
F73	Глубокая	до 20	до 3 лет

Типы умственной отсталости по этиологии и патогенезу [Сухарева Г.Е., 1965]

- **эндогенные и генетические** — хромосомные aberrации (болезнь Дауна, синдром Мартина—Белл), наследственные энзимопатии (фенилкетонурия, синдром Марфана, синдром Леша—Нихена и др.)
- **эмбриопатии и фетопатии** — последствия внутриутробных инфекций (краснуха, грипп, сифилис, токсоплазмоз и др.), интоксикаций и гормональных нарушений в периоде беременности
- **вредности перинатального и постнатального периода** — последствия родовой травмы и асфиксии, перенесенные в детстве травмы и инфекции, ранняя эпилепсия (синдром Уэста)

Риск повторного возникновения умственной отсталости в семье (Reed, 1965)



Синдром Дауна (трисомия по 21 хромосоме)

- Частота составляет 1 случай на 700 новорожденных (у матерей 40 лет вероятность в 14 раз больше, чем у 30-летних)
- Характерен небольшой рост, короткие конечности, широкое круглое лицо, косой разрез глаз, деформированные маленькие уши, не помещающийся во рту язык, недоразвитые половые органы
- Интеллектуальный дефект чаще тяжелый: у 75 % — имбецильность, у 20 % — идиотия, у 5 % — дебильность.
- Возбудимы, капризны, речь развита слабо, однако привязаны к родителям, наделены яркими эмоциями
- Часто ранняя смерть и инволюция

Аберрации половых хромосом

- Синдром Шерешевского—Тернера бывает у женщин с генотипом XO . Характерны мягкий интеллектуальный дефект (дебильность), низкий рост, короткая шея, крыловидная складка шеи, аменорея. Пациенты довольно добродушны, трудолюбивы, послушны
- Синдром Клайнфелтера (варианты XXY , $XXXY$, $XXYY$) наблюдается у мужчин с инфантилизмом, евнухоидным телосложением, бесплодием. Интеллектуальный дефект наблюдается часто, но не всегда.
- Лишняя Y хромосома (синдром XYY) обычно не приводит к грубым соматическим расстройствам, половая функция не нарушена, легкое психическое недоразвитие отмечается у 80 % пациентов (дебильность). Характерны высокий рост, эмоциональная неустойчивость, часто взрывные реакции

Наследуемые генные дефекты

- **Синдром Мартина—Бэлл** — частый сцепленный с полом дефект X хромосомы (1 на 1500 мальчиков), спектр расстройств колеблется от аутизма до расторможенности и неуправляемости
- **Фенилкетонурия** описана А. Феллингом в 1934 году, наблюдается в 1 случае на 10 000 новорожденных, с одинаковой частотой у мальчиков и девочек, передается по аутосомно-рецессивному типу. Аутоинтоксикация фенилаланином проявляется умственной отсталостью, затхлым запахом тела, гиперактивностью, судорожными припадками, сухостью и депигментацией кожи и волос. Диета, соблюдаемая с самого раннего возраста предотвращает олигофрению.

10.4. Лечение и профилактика психических расстройств у детей

Тюльпин Юрий Геннадьевич, к.м.н., доцент

**Кафедра психиатрии и наркологии
лечебного факультета**

Сеченовский Университет

Москва, Россия

Психотерапия и педагогическая коррекция

- чрезвычайно важны, даже если болезнь имеет биологическую природу
- бихевиоральные методики (обуславливание, научение, тренинг, копирование) более эффективны, чем у взрослых
- часто родители детей более нуждаются в психотерапии, чем сами пациенты
- многие психотерапевтические стратегии моделируются и реализуются в игре
- директивный подход используется чаще, чем при работе со взрослыми

Особенности применения психофармакопрепаратов у детей

- требуется коррекция доз в соответствии с возрастом, массой тела, скоростью метаболизма и индивидуальной чувствительностью
- парадоксальная реакция на седативные средства в виде повышенной активности
- парадоксальная реакция на психостимуляторы в виде улучшения регуляции поведения
- ожидается эффективность ноотропных средств при самых различных заболеваниях
- сами пациенты не могут обеспечить точный режим приема лекарств

Расчет дозы лекарств для детей по отношению к взрослой дозе

Возраст	Масса тела (кг)	Коэффициент (отношение к поверхности тела взрослого человека)
Новорож- денный	3	0,12
1 год	10	0,28
6 лет	25	0,5
14 лет	50	0,9

Действие основных психофармакологических средств

Нейролептики – в небольших дозах безопасны, их действие хорошо изучено, с осторожностью следует применять у подростков в связи с риском гормональных нарушений

Антидепрессанты – безопасны, но их эффективность не вполне доказана (мало данных)

Бензодиазепиновые транквилизаторы – ухудшают память и школьную успеваемость, усиливают дефицит внимания, не рекомендуются

Литий и антиконвульсанты могут снижать импульсивность и агрессию

Ноотропы используются широко, но эффект сомнителен

Основные правила ухода за детьми с психическими расстройствами

- в естественной среде (дома) всегда лучше, чем в больнице
- расстройства следует выявлять активно, а не ждать жалоб со стороны пациентов
- чем больше словесных и телесных контактов с ребенком, тем полноценнее его психическое развитие
- отвлечь от болезни — это хороший способ преодолеть ее