

**ВОРОНЕЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
Н.Н.БУРДЕНКО**

**СЕРИЯ – МЕДИЦИНА В  
КЛИНИЧЕСКИХ ПРИМЕРАХ**

**ПСИХИАТРИЯ  
В  
КЛИНИЧЕСКИХ  
ПРИМЕРАХ**

**под редакцией профессора  
КУТАШОВА В.А.**

**МОСКВА -2019**

УДК 616 .8+616.89 ] -071-08

ББК 56.1

Н 406

Печатается по решению Ученого совета Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко от 2018 г., протокол № 7 от 29.03.2018

#### **Общая редакция:**

**Куташов Вячеслав Анатольевич** доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии Воронежского государственного медицинского университета им.Н.Н.Бурденко

#### **Авторы:**

**Куташов Вячеслав Анатольевич**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии Воронежского государственного медицинского университета им.Н.Н.Бурденко, врач-невролог и врач-психиатр высшей категории

**Сахаров Игорь Евгеньевич**, врач-невролог, врач-психиатр, врач общей практики, главный врач Европейской клиники «Сиена-Мед»

**Куташова Людмила Анатольевна**, кандидат медицинских наук, доцент, врач-невролог, врач высшей категории, директор Европейской клиники «Сиена-Мед»

#### **Рецензенты:**

**Шварцман Г.И.**, д.м.н., профессор кафедры неврологии им. академика С.Н.Давиденкова ФГБОУ ВО «Северо-западный Государственный медицинский Университет им.И.И.Мечникова» МЗ РФ

**Сиволап Ю.П.**, д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им.И.М.Сеченова»

**Маховская Т.Г.**, д.м.н., профессор, зав.неврологическим отделением ФГБУ «Поликлиника №1» Управления делами Президента РФ

«Неврология и психиатрия в клинических примерах»/ под общей редакцией профессора Куташова В.А. Серия «МЕДИЦИНА В КЛИНИЧЕСКИХ ПРИМЕРАХ» – Москва: ООО «РИТМ», 2019 – 616 с.

ISBN 978-5-6042729-1-6

В монографии «Неврология и психиатрия в клинических примерах» впервые в Российской Федерации на высоком профессиональном уровне представлены клинические примеры реальных неврологических и психиатрических пациентов, в виде квинтэссенции историй болезней, с современной интерпретацией диагнозов, в соответствии с МКБ-10. Освещены актуальные аспекты диагностики, клиники и лечения наиболее часто встречающихся нервных и психических заболеваний у взрослых, детей и подростков. Рекомендовано слушателям послевузовского профессионального образования, обучающимся по неврологическим, психиатрическим, терапевтическим, педиатрическим специальностям, а также студентам старших курсов медицинских вузов, ординаторам, врачам-неврологам, психиатрам, наркологам, педиатрам, терапевтам.

**К 100-ЛЕТИЮ  
ВОРОНЕЖСКОГО  
ГОСУДАРСТВЕННОГО  
МЕДИЦИНСКОГО  
УНИВЕРСИТЕТА  
ИМЕНИ БУРДЕНКО Н.Н.**

## **Авторы монографии «Неврология в клинических примерах»:**

**Куташов Вячеслав Анатольевич** доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии Воронежского государственного медицинского университета им.Н.Н.Бурденко, врач высшей категории, невролог, психиатр

**Сахаров Игорь Евгеньевич**, главный врач Европейской клиники «Сиена–Мед», врач-психиатр, врач-невролог

**Куташова Людмила Анатольевна**, кандидат медицинских наук, врач-невролог высшей категории, врач-психиатр, научный руководитель Европейской клиники «Сиена – Мед»

## Оглавление

<b>НЕВРОЛОГИЯ В КЛИНИЧЕСКИХ ПРИМЕРАХ</b> .....	7
1. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. 8	
МЕНИНГИТ ПРИ ВИРУСНЫХ БОЛЕЗНЯХ. ....	8
ПОСЛЕДСТВИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
.....	12
2. СИСТЕМНЫЕ АТРОФИИ, ПОРАЖАЮЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ	
СИСТЕМУ. ....	14
БОЛЕЗнь ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА. ....	14
3. ЭКСТРАПИРАМИДНЫЕ И ДРУГИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ДВИЖЕНИЯ	
.....	20
БОЛЕЗнь ПАРКИНСОНА. ....	20
4. ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИЕ БОЛЕЗНИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. 27	
РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ.....	30
5. ЭПИЗОДИЧЕСКИЕ И ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА. ....	48
ЭПИЛЕПСИЯ. ....	48
МИГРЕНЬ. ....	67
ДРУГИЕ СИНДРОМЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ. ....	70
СИНДРОМ ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ. ....	74
6. ПОРАЖЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ НЕРВОВ, НЕРВНЫХ КОРЕШКОВ И СПЛЕТЕНИЙ. 77	
НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА.....	77
ПОРАЖЕНИЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА.....	80
ПОРАЖЕНИЕ ДРУГИХ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ.....	83
МОНОНЕВРОПАТИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ.....	86
МОНОНЕВРОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	88
7. ПОЛИНЕВРОПАТИИ И ДРУГИЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. 94	
НАСЛЕДСТВЕННАЯ И ИДИОПАТИЧЕСКАЯ НЕВРОПАТИЯ. ....	94
8. БОЛЕЗНИ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО СИНАПСА И МЫШЦ. ....	106
МИАСТЕНИЯ.....	106
9. ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ И ДРУГИЕ ПАРАЛИТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ. 111	
ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ.....	111
10. ДРУГИЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. ....	124
РАССТРОЙСТВА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	130
ТОКСИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ.....	141
11. ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ. ....	144
ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ СОСУДИСТЫЙ КРИЗ. ....	164
ТРАНЗИТОРНЫЕ ИШЕМИЧЕСКИЕ АТАКИ. ....	174
ТРАНЗИТОРНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ АТАКА	
В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ. ....	177
ТРАНЗИТОРНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ АТАКА	
В БАССЕЙНЕ СРЕДНЕМОЗГОВОЙ АРТЕРИИ. ....	186
ТРАНЗИТОРНАЯ ГЛОБАЛЬНАЯ АМНЕЗИЯ. ....	201
СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ.....	205
ГЕМОРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ. ....	210
ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ. ....	217
ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В БАССЕЙНЕ ЗАДНЕЙ МОЗЖЕЧКОВОЙ АРТЕРИИ. 234	
ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В БАССЕЙНЕ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ. 242	
ДРУГИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ. ....	266
12. ДОРСОПАТИИ.....	271
13. РАЗЛИЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.	
.....	288
<b>ПСИХИАТРИЯ В КЛИНИЧЕСКИХ ПРИМЕРАХ</b> .....	291

14. ДЕМЕНЦИЯ .....	292
15. БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА .....	294
16. СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ.....	306
17. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ .....	322
18. ОСТРАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПАВ .....	324
19. СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ .....	328
20. ДЕЛИРИЙ .....	349
21. АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ .....	358
22. ШИЗОФРЕНИЯ .....	369
23. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА .....	428
24. ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО .....	432
25. МАНИАКАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА .....	450
26. НЕВРОТИЧЕСКИЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА .....	458
27. ФОБИЧЕСКИЕ И ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА.....	459
28. ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА.....	469
29. ДИССОЦИАТИВНОЕ (КОНВЕРСИОННОЕ) РАССТРОЙСТВО .....	481
30. СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА .....	493
31. РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ .....	497
НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ .....	497
НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ .....	505
32. РАССТРОЙСТВА СНА НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ .....	511
33. БЕССОННИЦА .....	512
34. КОШМАРЫ .....	517
35. СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, НЕ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ОРГАНИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ИЛИ БОЛЕЗНЯМИ .....	520
36. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ .....	530
37. РАССТРОЙСТВА ПРИВЫЧЕК И ВЛЕЧЕНИЙ.....	537
38. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ.....	544
39. РАССТРОЙСТВО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО (ПСИХИЧЕСКОГО) РАЗВИТИЯ .....	553
40. ДЕТСКИЙ АУТИЗМ.....	554
41. СИНДРОМ АСПЕРГЕРА.....	572
42. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, НАЧИНАЮЩИЕСЯ ОБЫЧНО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ .....	579
43. ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА .....	579
44. ТИКОЗНОЕ РАССТРОЙСТВО. СИНДРОМ ЖИЛЬ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА.....	584
45. ЭНУРЕЗ НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ.....	590
46. ЗАИКАНИЕ.....	593

**ВОРОНЕЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
Н.Н.БУРДЕНКО**

# **НЕВРОЛОГИЯ В КЛИНИЧЕСКИХ ПРИМЕРАХ**

**под редакцией профессора КУТАШОВА В.А.**

# 1. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

## МЕНИНГИТ ПРИ ВИРУСНЫХ БОЛЕЗНЯХ.

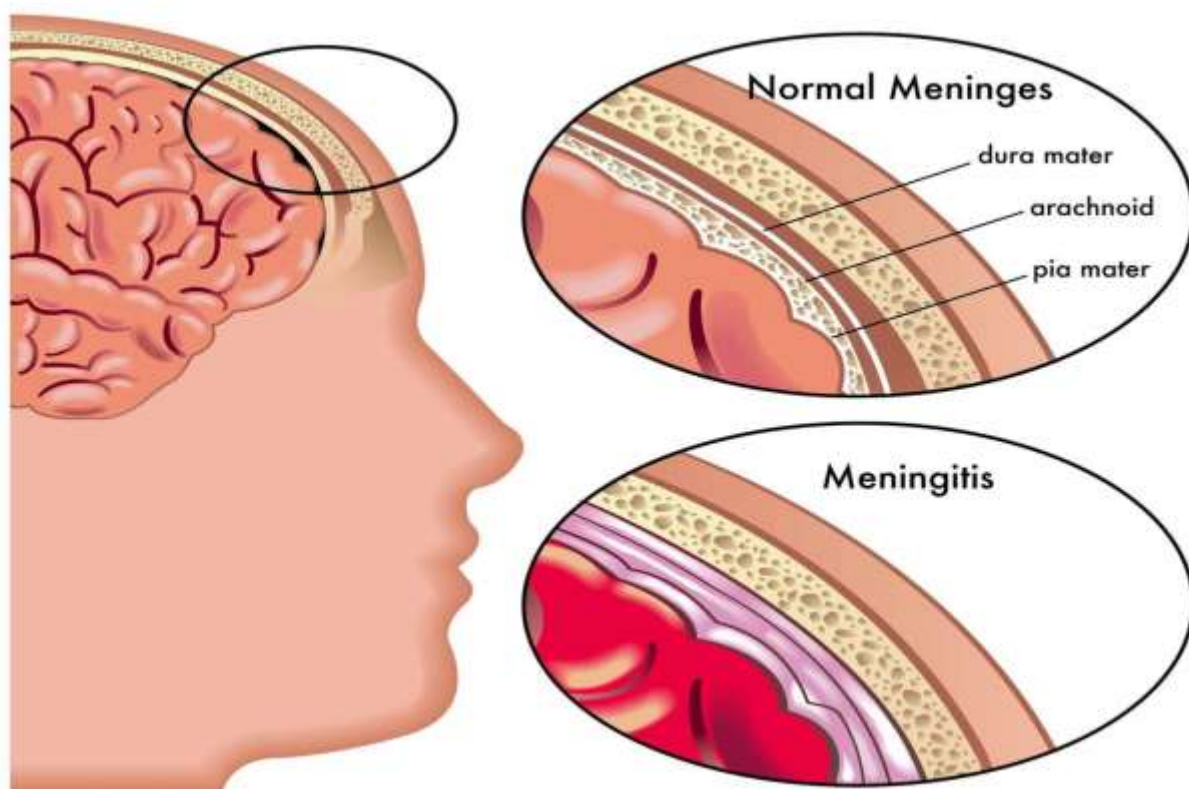


Рис.1

### Клинический пример №1

Женщина, 44 лет, поступила в неврологическое отделение. Жалоб активно не предъявляет из-за тяжести состояния.

**Анамнез заболевания.** Со слов родственников, заболела два дня назад, когда внезапно повысилась температура до 39 градусов, появилась и стала постепенно нарастать диффузная головная боль, тошнота, чувство озноба, которые купировались приемом таблетированных анальгетиков. На



следующий день головная боль возобновилась с большей силой, сопровождалась головокружением. Был вызван на дом участковый терапевт, после чего больная была направлена в неврологическое отделение.

**Анамнез жизни.** Считала себя относительно здоровой. Аллергологический анамнез не отягощен. За день до повышения температуры переохлаждалась.

**Объективное состояние больного.** Состояние тяжелое, Т тела 39,1 °С.

**Неврологический статус. Общемозговые симптомы.** При осмотре менингеальная поза больной. Сознание – глубокое оглушение, – ответы на вопросы односложные, после их многократных повторений, быстрая истощаемость при беседе. Головная боль – диффузная, интенсивная. Головокружение, лежит с закрытыми глазами, повороты на носилках вызывают приступ рвоты. Менингеальные симптомы. Ригидность затылочных мышц шеи 7см; симптом Кернига 90° с двух сторон; симптом Брудзинского (верхний, средний, нижний) положительные. Скуловой симптом Бехтерева положительный с двух сторон; симптом Мондонези положительный с двух сторон. Фотофобия, фонофобия; головная боль; гиперестезия кожных покровов и слизистых.

**Черепно-мозговые нервы.**

III (n. oculomotorius) IV (n. trochlearis), VI (n. abducens) – произвольные движения глаз – в полном объеме, болезненные.

V (n. trigeminus). Чувствительность на лице – сохранена. Мандибулярный рефлекс – повышен.

VII (n. facialis). Лакримация; гиперакузия.

VIII (n. vestibulocohlearis). Вестибулярный синдром – несистемное головокружение; тошнота, рвота; нистагм (горизонтальный, мелкокоразмашистый), мозжечковая атаксия.

IX (n.glossopharingeus), X (n. vagus). Глотание – поперхивание. Фонация– дисфония (осиплость). Артикуляция – легкая дизартрия. Бульбарный

синдром – умеренный парез мягкого неба справа, снижение глоточного рефлекса.

**Двигательная система.** Сухожильные рефлексы – D=S, повышены (с сухожилия бицепса C5–6, трицепса C7–8, коленный L2–4, ахиллов S1–2) справа, слева. periosteal рефлексы – карпорадиальный C5–8 повышен справа, слева. Патологические рефлексы – разгибательные (Бабинского, Oppenheim, Гордона, Шеффера) положительные с двух сторон, сгибательные Rosolimo положительные с двух сторон.

**Система координации.** Динамическая атаксия – пальценосовая, пяточноколенная проба с интенцией и промахиванием с двух сторон, пробы на дисметрию – положительные. Нистагм горизонтальный быстрый мелкокоразмашистый. Походка – атактическая.

**Система чувствительности.** Сложные виды чувствительности: дискриминационная чувствительность, чувство локализации, двумерно–пространственное чувство – нарушены. Характер нарушений чувствительности: гиперпатия – извращение чувствительности с неприятной болью; тип распределения нарушений чувствительности: диффузно.

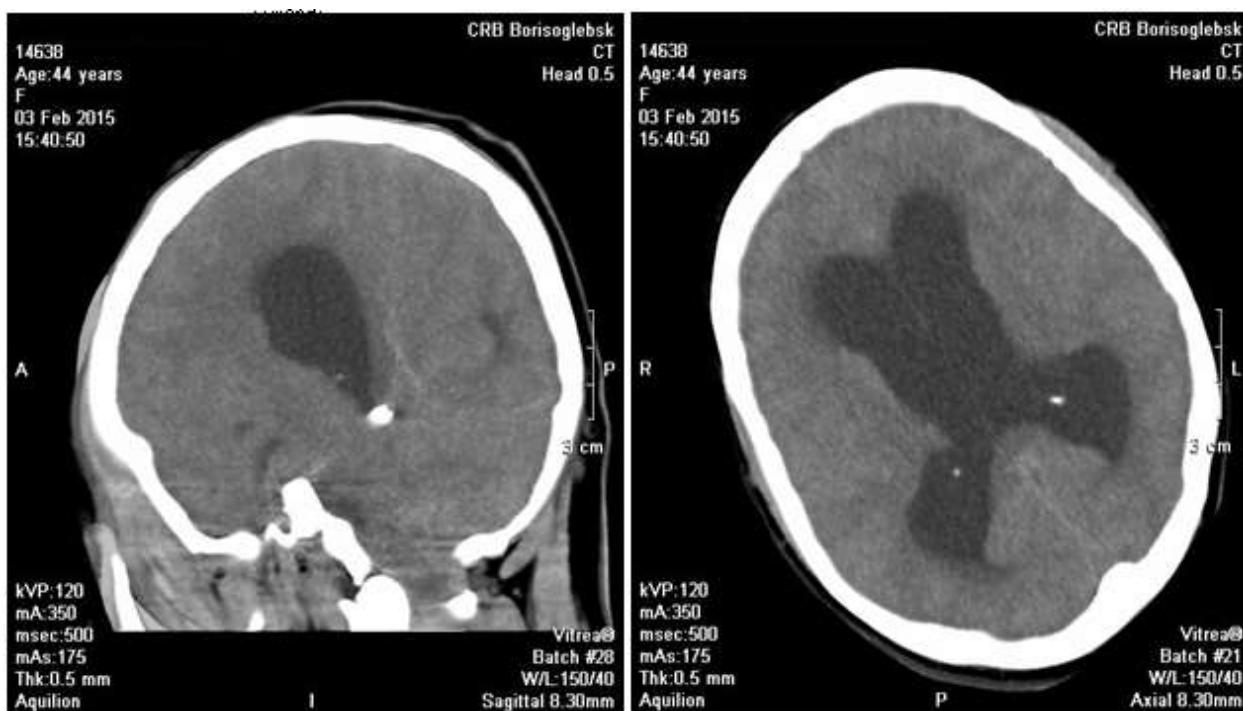


Рис.2

### **Топический диагноз.**

Поражение пирамидных путей; статическая атаксия, динамическая атаксия - поражения мозжечка, таламокортикальных путей.

Поражение двигательных ядер черепных нервов бульбарной группы.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови: лейкоциты –14,3; СОЭ–28 мм/ч. Общий анализ мочи: без особенностей. Б/х анализ крови:

Dextrosi – 22,3 ммоль/л. Люмбальная спинномозговая пункция не сделана из-за опасности вклинения миндалин мозжечка. ЭКГ без особенностей. РКТ головного мозга: КТ–признаки выраженной внутренней гидроцефалии, отека головного мозга, вклинения мозжечка (рис.1).

Рисунок 1.

Во время проведения РКТ у больной наступила остановка дыхания. После проведения сердечно–легочной реанимации (СЛР) дыхание восстановилось, госпитализирована в реанимационное отделение.

**Клинический диагноз. Гнойный менингоэнцефалит. Арезорбтивная внутренняя гидроцефалия, декомпенсация. Отек, дислокация головного мозга.**

**Рекомендации по лечению.** Рекомендовано проведение срочного оперативного вмешательства – пункция переднего рога бокового желудочка, установка дренажа с целью купирования декомпенсированной внутренней гидроцефалии.

Mannitoli 400,0 мл в/в капельно 2 раза в день; Hydroxiethyl starch 500 мл в/в капельно; Inosine + Nicotinamide + Riboflavini + Succinici acidi 10 мл в/в капельно; Ceftriaxonі 1 млн. 3 раза в день в/в струйно.

# ПОСЛЕДСТВИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

## Meningitis vs Encephalitis

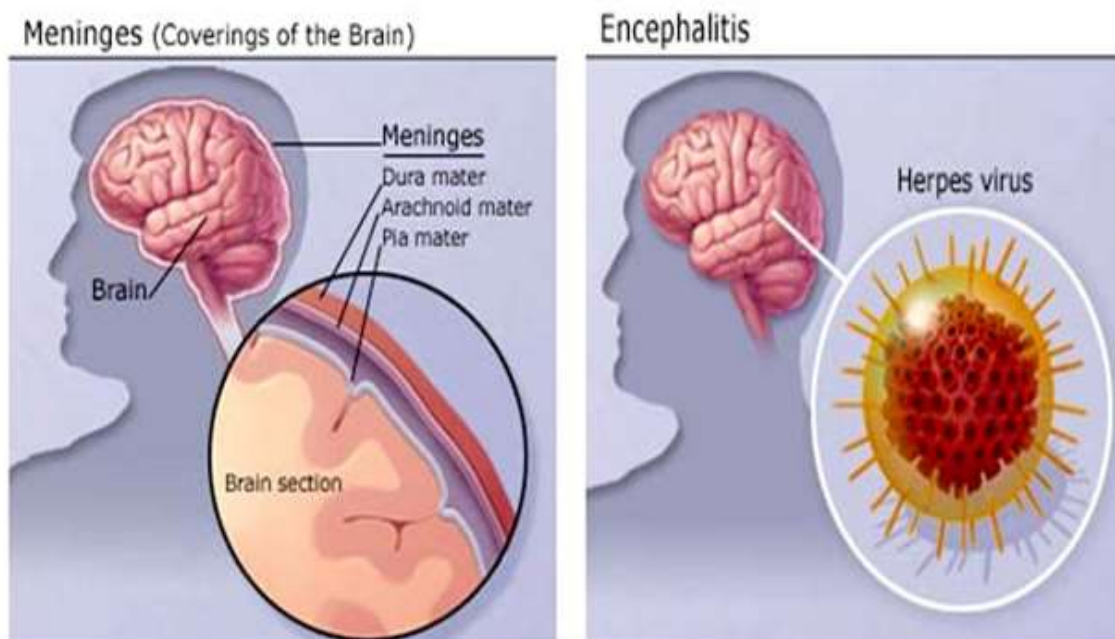


Рис.3

### Клинический пример №2

Девочка 7 лет, поступила в отделение с жалобами (со слов родителей) на задержку умственного развития, выраженную шаткость при ходьбе.

**Анамнез заболевания.** После перенесенного герпетического энцефалита в возрасте 1,5 лет отмечалась задержка умственного развития, появились атаксия.

**Анамнез жизни.** Ребенок от первой беременности. Беременность протекала нормально. Мать инфекционных заболеваний в течение беременности не переносила. Питание удовлетворительное. Роды I, в срок, самостоятельные, стремительные. Ребенок при рождении m – 3600 г., рост –

54 см., закричала сразу, к груди приложена в родильном зале. Оценка по шкале Апгар 7 баллов. Вскармливание естественное. Развитие моторики: начала держать голову с четырех месяцев. С пятого месяца переворачивается на живот, с шестого месяца сидит. Психическое развитие: улыбается с первого месяца, начала гулить с пятого месяца, произносить отдельные слоги с десятого месяца. С 1 года произносит первые слова. Семейный анамнез: туберкулез, алкоголизм, венерические, у родственников отрицает. Перенесенные заболевания: герпетический энцефалит – 1,5 года; ОРВИ – с пяти лет 1–2 раза в год в осенне–зимний период. Прививки по индивидуальному графику.

**Объективное состояние больного.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Речевая продукция – произносит только «мама, папа».

**Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга шатается. Динамическая атаксия – пальценосовую пробу не выполняет. Походка атактическая. Когнитивные функции. Память, интеллект низкие.

**Топический диагноз.** Нет очаговой симптоматики.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови без особенностей. Биохимический анализ крови без особенностей. УЗДС БЦА без особенностей. МРТ головного мозга – признаки легко выраженных ликвородинамических нарушений.

**Клинический диагноз.** **Последствия герпетического энцефалита. Вестибуло-атактический синдром. Смешанные специфические расстройства психологического спектра.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Polypeptides of the cerebral cortex of cattle 10 мг в\м 1 раз в сутки; р–р 2,0 мл в\м 1 раз в сутки. Электрофорез с Aminophyllini. Занятия с психологом, логопедом. Музыкаотерапия.

## 2. СИСТЕМНЫЕ АТРОФИИ, ПОРАЖАЮЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ.

### БОЛЕЗНЬ ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА.

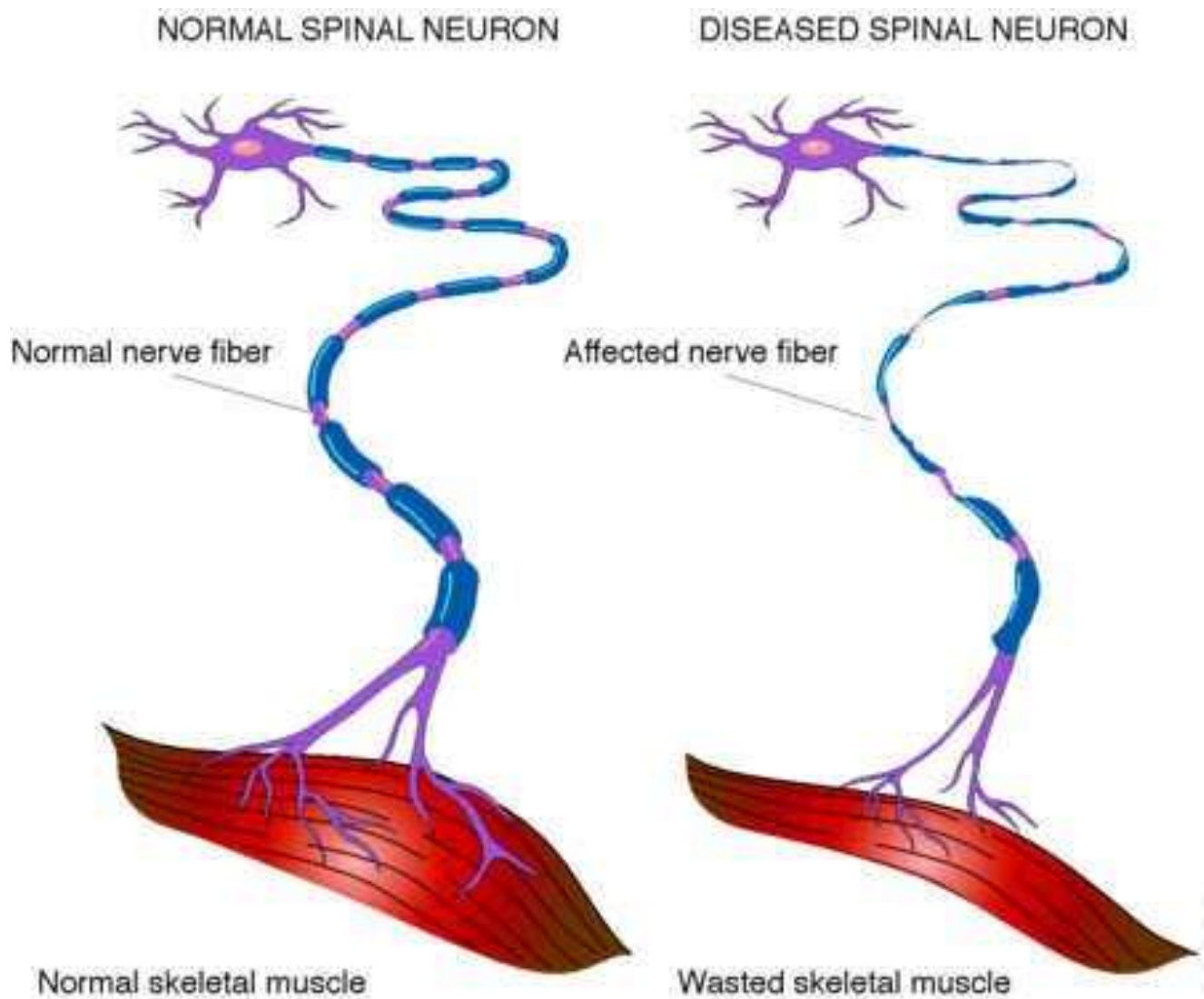


Рис.4

## Клинический пример №3

Женщина 52 лет, поступила в отделение с жалобами на слабость в верхних и нижних конечностях, преимущественно в правых, более выраженную в стопе и кисти, на «повисшую» стопу, невозможность разогнуть пальцы кисти, похудание мышц, мышечные подёргивания, ощущение стягивания в икроножных мышцах.

**Анамнез заболевания.** Год назад заметила неловкость в пальцах правой кисти и через несколько дней – в правой стопе. Постепенно нарастали слабость, неловкость и похудание в дистальных отделах, которые впоследствии распространились на более проксимальные мышцы, особенно правой нижней конечности. Появилось ощущение стягивания в правой ноге, подёргивания в мышцах, что стало затруднять ходьбу и обслуживание. Обращалась за медицинской помощью, обследовалась и лечилась в неврологическом отделении с диагнозом: Болезнь двигательного нейрона, псевдополиневритический вариант с комбинированным тетрапарезом с преобладанием в правых конечностях. Несмотря на проводимое лечение, у больной стойко сохраняются вышеперечисленные жалобы, нуждается в посторонней помощи.

**Анамнез жизни.** Родилась полной семье, в срок, первым ребёнком. Росла и развивалась нормально. Окончила среднюю школу, политехнический институт. Не замужем. Детей нет. Жилищно– бытовые условия хорошие. В настоящий момент не работает. Из перенесенных заболеваний отмечает: детские инфекции. Травм, операций не было, гемотрансфузий не производилось. Туберкулёз, венерические, онкологические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.**

IX (n. glossopharyngeus), X (n.vagus) – мягкое нёбо фонировало активно, но глоточные рефлексы низкие. Оживлён нижнечелюстной рефлекс. Тремор языка.

XI (n.accessories) – пожимание плечами, поворот головы, подъём руки слева выше горизонтали, сближения лопаток сохранены. С правой стороны эти произвольные движения ограничены. Лёгкое снижение мышечного тонуса в правых конечностях. Мышечная сила снижена. Отмечаются фибрилляции в мышцах верхних конечностей, плечевого пояса. Дискоординация при выполнении проб справа, вероятнее из-за пареза.

XII (n. hypoglossus) – тремор языка.

**Двигательная система.** Сухожильные рефлексы оживлены неубедительно с преобладанием справа. Верхний с. Россолимо определяется с двух сторон. Лёгкое снижение мышечного тонуса в правых конечностях. Выраженная мышечная гипотрофия в правых конечностях с преобладанием в дистальных отделах. Мышечная сила снижена, в левых конечностях - 4 балла, в проксимальном отделе правой руки до 4-х баллов, дистально – до 1-2-х баллов, в правой ноге проксимально – 3 балла, дистально – до 1-го балла в тыльных сгибателях стопы. Отмечаются фибрилляции в мышцах верхних и нижних конечностей, плечевого пояса. **Система координации.** Дискоординация при выполнении проб справа, вероятнее из-за пареза. Походка изменена.

**Топический диагноз.** В ходе обследования у пациентки выявляется двигательные расстройства в виде комбинированного тетрапареза с преобладанием в правых конечностях. Двигательные расстройства свидетельствуют о поражении пирамидного пути, проходящего в бассейне левой СМА.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови без особенностей. Биохимический анализ крови без особенностей. Общий анализ мочи без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки без особенностей. ЭКГ без особенностей. ЭНМГ нижних конечностей: признаки



демиелинизирующего поражения сенсорных и моторных периферических нервов нижних конечностей, преимущественно в дистальном отделе, более выраженное справа. ЭНМГ верхних конечностей: признаки демиелинизирующего поражения сенсорных и моторных периферических нервов верхних конечностей, преимущественно в дистальном отделе, более выраженное справа, зарегистрирована спонтанная активность в виде потенциалов фибрилляций, позитивных острых волн и фасцикуляций, изменения двигательных единиц по неврогенному типу. МРТ головного мозга, МРА артерий головного мозга: МР картина может соответствовать нерезким структурным изменениям в проекции кортикоспинальных трактов (на уровне базальных ядер моста). Учитывая клинические данные, невозможно полностью исключить нейродегенеративный процесс. Умеренные локальные арахноидальные изменения. МРТ шейного отдела позвоночника без особенностей. МРТ грудного отдела позвоночника без особенностей. МРТ пояснично–крестцового отдела позвоночника без особенностей. Дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий без особенностей. ЭЭГ без особенностей. Окулист –ангиопатия сетчатки. Отоневролог – отоневрологическая симптоматика без особенностей.

**Клинический диагноз. Болезнь двигательного нейрона, псевдополиневритический вариант с комбинированным тетрапарезом с преобладанием в правых конечностях.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrose 5% 200 мл + Acidi ascorbinici 5 мл в/в капельно; р–р Aethylmethylhydroхурьидини succinatis 5 % в/в струйно, р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini в/м, р–р Piracetami в/в, р–р Acidi thioctici в/в кап. Cholini alfosceratis в/в, таб. Kalii asparaginatiss+ Magnii asparaginatiss внутрь, Omeprazoli внутрь, Prednisoloni 90 мг в/в кап. Плазмоферез.

## Клинический пример №4

Женщина 50 лет, поступила в неврологическое отделение с жалобами на постоянную слабость в мышцах тела, рук и ног, невозможность двигать левыми рукой и ногой, периодические подергивания в мышцах ног, «усыхание» мышц кистей, поперхивание жидкой пищей, смазанность речи, невозможность самостоятельно передвигаться.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной в течение 2-х лет, когда впервые стали беспокоить постоянная слабость, быстрая утомляемость в верхних и нижних конечностях, мышечные подергивания в руках и ногах. Обращалась за медицинской помощью назначалось лечение – без положительной динамики. Год назад состояние пациентки ухудшилось – появились асимметрия носогубных складок, подергивания в мышцах языка, слабость в верхних и нижних конечностях, неустойчивость при ходьбе, невозможность самостоятельно передвигаться. Была госпитализирована в неврологическое отделение с диагнозом: шейный остеохондроз, спондилез C5–C6 со стенозом позвоночного канала. Прогрессирующая шейная миелопатия с тетрапарезом и атактическими нарушениями. Последнее обострение в течение месяца.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, первым ребёнком. Росла и развивалась нормально. Жилищно-бытовые условия хорошие. Не работает (инвалид II группы). Из перенесенных ранее заболеваний отмечает миому матки небольших размеров (наблюдается у гинеколога ежегодно). Туберкулез, венерические болезни, малярию, гепатит отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.**

III, IV, VI пары – глазные щели D>S

V пара – корнеальный и конъюнктивальный рефлексy D>S.

VII пара – небольшая асимметрия лица S; при наморщивании лба, подъеме бровей, оскаливании зубов, надувании щек, улыбке асимметрия не усиливается.

IX, X пары – бульбарная дизартрия, парез мягкого неба слева, глоточный и небный рефлексы практически отсутствуют S. Дисфагия.

XII пара – язык по средней линии, с атрофией и фибриллярными подергиваниями в нем.

**Двигательная система.** Объем активных движений в верхних конечностях: справа – снижен, слева – активные движение невозможны. Объем активных движений в нижних конечностях снижен. Брадикинезия. Исследование походки невозможно. Сила мышц: в дистальных и проксимальных отделах верхних конечностей слева – 0 баллов, справа – 3 балла; в дистальных и проксимальных отделах нижних конечностей слева – 0 баллов, справа – 3 балла. Сухожильные рефлексы D>S, оживлены, высокие. Положительный рефлекс Россолимо справа. Хоботковый рефлекс положительный. Ладонно–подбородочный рефлекс (Маринеску–Радовичи) положителен с обеих сторон. Атрофии мышц рук и ног, больше выраженные в дистальных отделах. Гипертонус во всех группах мышц конечностей и туловища, сильнее выраженный слева. Положительный симптом «складного ножа». Наблюдаются фасцикулярные подергивания мышц верхних и нижних конечностей, более выраженные в дистальных отделах. **Система координации.** В позе Ромберга не стоит (из-за тетрапареза), координаторные пробы выполняет, с интенцией и мимопопаданием справа.

**Топический диагноз.** Имеется поражение спинного мозга (шейно–грудного отдела) на уровне шейного утолщения, двигательных ядер черепных нервов бульбарной группы (прогрессирующие признаки бульбарного синдрома, угасание небного и глоточного рефлексов, гипотрофия языка и фасцикулярные мышечные подергивания в нем, нарушение глотания и дизартрия), сочетание признаков центрального и периферического пареза/паралича (мышечные гипотрофии, изменение

выраженности сухожильных и надкостных рефлексов, мышечного тонуса, фибриллярные подергивания, патологические пирамидные знаки) – на основании чего можем предположить ведущий синдром: синдром бокового амиотрофического склероза.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ без особенностей, МРТ головного мозга: умеренная заместительная наружная гидроцефалия, МРТ шейного отдела позвоночника: дегенеративно–дистрофические изменения шейного отдела позвоночника, грыжа диска С6–С7.

**Клинический диагноз. Боковой амиотрофический склероз, шейно–грудная форма, спастический тетрапарез.**

**Рекомендации по лечению.** Таб. Riluzoli 50 мг по 1 таб. 2 раза в день, таб. Carbamazepini 200 мг по 1 таб. 2 раза в день, таб. Tolperisoni 150 мг по 1 таб. 3 раза в день, р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м №10, затем таб. Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini по 1 таб. 3 раза в день.

### 3. ЭКСТРАПИРАМИДНЫЕ И ДРУГИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ДВИЖЕНИЯ

#### БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА.

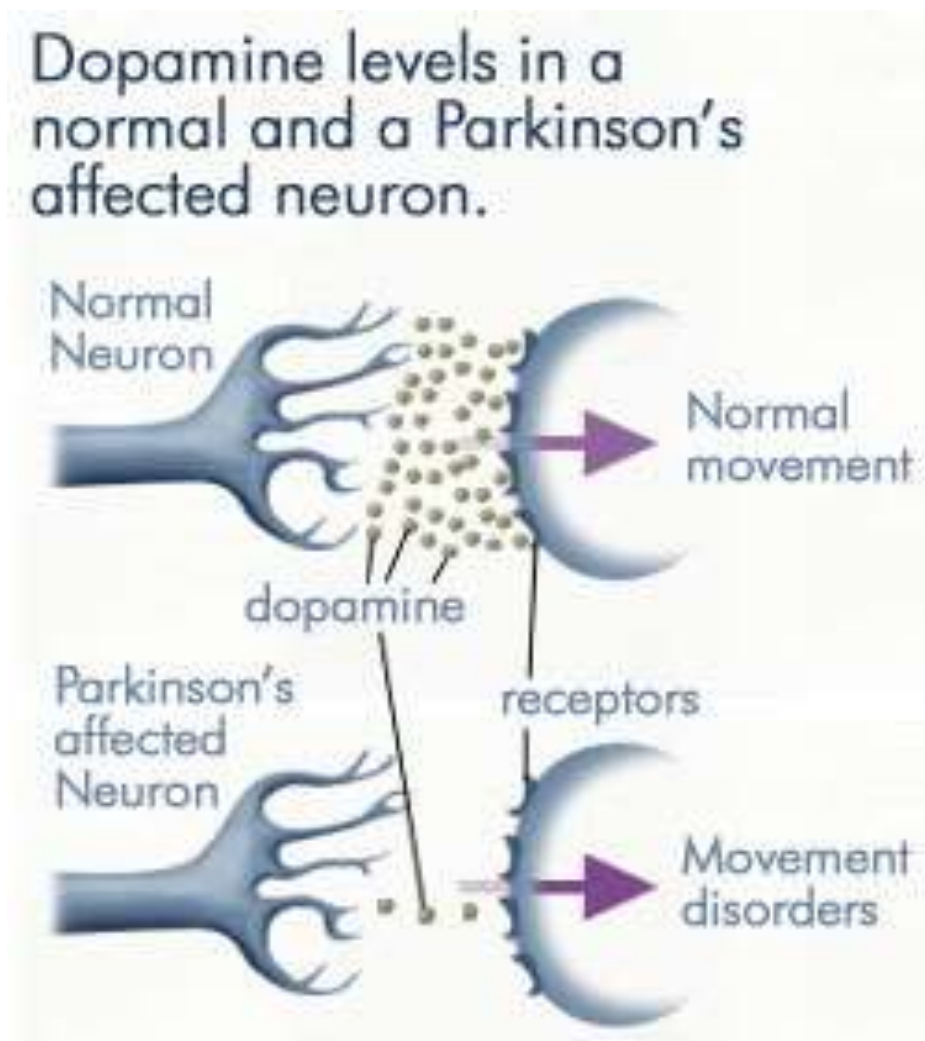


Рис.5

#### Клинический пример №5

Женщина 57 лет, поступила в отделение с жалобами на выраженный тремор в верхних конечностях, подбородке усиливающийся при эмоциональном напряжении, на мышечную слабость, трудности в начинании

и закончивании движений, на давящую головную боль диффузной локализации, перепады артериального давления, снижение памяти, внимания.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной в течение шести лет, когда впервые стало беспокоить дрожание в верхних конечностях, усиливающееся при умственном и психоэмоциональном напряжении. Обращалась за медицинской помощью, неоднократно проходила курсы стационарного лечения с положительным эффектом. В настоящий момент принимает Levodopi + Benserazidi 125 мг, 3 раза в день. Настоящее ухудшение в течение недели, когда усилился тремор в верхних конечностях, появился тремор подбородка, слабость в мышцах.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, единственным ребенком. Росла и развивалась нормально. В настоящий момент не работает, пенсионерка. Инвалид II группы. Туберкулез, гепатиты, венерические и онкологические заболевания, сахарный диабет, инфаркт, ОНМК, травмы головы, позвоночника, операции в анамнезе отрицает. Страдает гипертонической болезнью (АД макс. 180/90 мм. рт. ст., адаптирована к АД 120/80 мм. рт. ст.); язвенной болезнью ДПК. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Общемозговые симптомы. Речь сохранена, замедленная (брадилалия). Периодические головные боли возникают на фоне повышенного артериального давления, психоэмоциональных нагрузок, в любое время суток, без четкой локализации. Головокружение усиливается при перемене положения тела, периодически сопровождается тошнотой. Гипомимия, редкое мигание. Двигательная система. Симптом Нойка положительный с двух сторон. Тремор верхних конечностей высокочастотный, по типу счета монет; низкочастотный тремор подбородка. Система координации. Статическая атаксия – в позе Ромберга выраженная шаткость. Динамическая атаксия – пальценосовую и пяточно–коленную

пробы выполняет с промахиванием с двух сторон. Почерк мелкий. Походка замедлена, шаркающая, с наклоном туловища вперед.

**Топический диагноз.** Выявленный симптомокомплекс характерен для гипертонического гипокинетического синдрома. Данный синдром возникает при поражении экстрапирамидной системы, а именно паллидума. Наибольший нейродегенеративный процесс локализуется в чёрной субстанции, а характер выявленных симптомов позволяет судить о двустороннем процессе.

**Результаты дополнительных методов исследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ без особенностей. УЗДС БЦА – признаки атеросклероза БЦА. Стенозы правой внутренней сонной артерии– 25%–30%. Извитой ход обеих позвоночных артерий в костном канале, с неустойчивым кровотоком на уровне С3– С4– С5. ЭЭГ – умеренные диффузные изменения биопотенциалов головного мозга ирритативного характера с дисфункцией лимбико – ретикулярного комплекса. Офтальмолог – ангиопатия сетчатки.

**Клинический диагноз.** Болезнь Паркинсона ригидно – дрожательная форма II ст. по Хен Яру, умеренный темп прогрессирования, ухудшение. ЦВБ. ДЭП 2 на фоне гипертонической болезни II, риск ССО 2, церебрального атеросклероза.

**Рекомендации по лечению.** Р–р Amantadini 500 мг в/в медленно 1 раз в день; таб. Levodopi + Benserazidi 125 мг по 1 таб. 2 раза в день; р–р MgSO<sub>4</sub> 25% 5 мл + р–р KCl 4% 10 мл + р–р Dextrose 5% 200 мл + р–р Insulini solubilis [humani biosynthetici] 3 ЕД в/в капельно 1 раз в день; таб. Enalaprili 5 мг внутрь по 1 таб. 2 раза в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг по 1 таб. 1 раз в день – вечером; р–р Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5% 5 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р

Citicolini 1000 мг + р-р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; ЛФК; массаж.

### **Клинический пример №6**

Мужчина 62 года, поступил в отделение с жалобами на скованность движений, дрожание в кистях, снижение настроения, апатию.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больным в течение пяти лет. Периодически проходит курс лечения. На данный момент обратился за помощью в связи с ухудшением состояния.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок, вторым ребёнком. Рос и развивался нормально. Жилищно– бытовые условия хорошие. В настоящий момент не работает. Страдает гипертонической болезнью длительно, хроническим холециститом. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Двигательная система.** Повышение мышечного тонуса по типу «зубчатого колеса». Тремор в дистальных отделах верхних конечностей. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывание. Динамическая атаксии – пальценосовую пробу выполняет с промахиванием.

**Топический диагноз.** Учитывая жалобы пациента на скованность мышц, дрожание в руках, можно сделать вывод, что поражены базальные ядра

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимические показатели крови без особенностей; МРТ головного мозга – церебральная атрофия в виде расширения корковых борозд и желудочковой системы мозга.

**Клинический диагноз. Болезнь Паркинсона, акинетико–ригидная форма, с преимущественным вовлечением верхних конечностей, 2 стадия.**



**Рекомендации по лечению.** Таб. Levodopi + Benserazidi 125 мг по 1 таб. 1 раз в день; таб. Amitriptylini 25 мг по 1 таб. 1 раз в день – на ночь таб. Aethylmethylhydroxyuridini succinatis 125 мг по 1 таб. 3 раза в день.

### **Клинический пример №7**

Мужчина 74 года, поступил в отделение с жалобами на головные боли, без четкой локализации, шум в голове, периодическое головокружение, изменение походки, шарканье при ходьбе, затруднение начать движение, топтание на месте, скованность в левых конечностях, дрожание в правой руке, ухудшение памяти на текущие события, снижение настроения, раздражительность, общую слабость, быструю утомляемость, неустойчивое, чаще повышенное артериальное давление, периодические боли в поясничном отделе позвоночника.

**Анамнез заболевания.** Головные боли и повышение давления, снижение памяти беспокоят более 10 лет. Три года назад у пациента, появились: изменения походки, замедленность движений, дрожание и скованность в правых конечностях, снижение обоняния, запоры, слюнотечение, чаще в ночное время, быстрая утомляемость. Обращался за медицинской помощью, получал лечение (сосудистыми, ноотропными, гипотензивными препаратами) без положительной динамики.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок, вторым ребёнком. Развивался нормально. Женат. Двое детей. Жилищно– бытовые условия хорошие. В настоящий момент не работает. Пенсионер. Инвалидности нет. Из перенесенных заболеваний отмечают: гипертоническая болезнь, хронический латентный пиелонефрит на фоне МКБ, ЯБЖ (рубцовая деформация), АПЖ. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.**

IX (n. glossopharyngeus), X (n.vagus) – дисфагия (поперхивание твердой пищей), дисфония. Дизартрия. Отклонение мягкого неба вправо. Положителен хоботковый назолабиальный рефлекс. Нарушения вкуса на задних 1/3 языка.

XI (n.accessories) – пожимание плечами, поворот головы, подъем руки слева выше горизонтали, сближения лопаток сохранены. С правой стороны эти произвольные движения ограничены. Положение головы без уклонения в сторону. Трофика грудино–ключично–сосцевидных мышц не нарушена.

XII (n.gyroglossus) – язык девирует влево, без атрофий и фибриллярных подергиваний.

**Двигательная система.** Повышение мышечного тонуса по спастическому типу. Сухожильные рефлексy повышены S>D. Положительные рефлексy орального автоматизма–хоботковый, назолабиальный. Гипомимия, гипокинезия. Тремора покоя, мелкочастотный в правых конечностях, более выражен в верхних конечностях. Постуральные нарушения ходьбы, ахейрокирнез справа.

**Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга не устойчив. Динамическая атаксия – пальценосовую пробу выполняет с промахиванием с обеих сторон. Походка атактическая с элементами лобной дизбазии. **Система чувствительности.** Поверхностная чувствительность: нарушена болевая чувствительность по проводниковому типу; в виде правосторонней гемигипестезии.

**Результаты специальных исследований:** общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки – диффузный пневмосклероз, фиброз нижнего отдела правого легкого. Рентгенография шейного отдела позвоночника: межпозвонковый остеохондроз и деформирующий спондилез шейного отдела позвоночника. Рентгенография пояснично–крестцового отдела позвоночника: межпозвонковый

остеохондроз пояснично–крестцового отдела позвоночника. КТ головного мозга: КТ картина может соответствовать очагу ОНМК по ишемическому типу в правой гемисфере. МРТ головного мозга: структурные изменения ствола мозга, характерные для нейродегенеративного процесса. МР картина мультифокальных супратенториальных очагов глиоза, единичные локальные арахноидальные изменения ликворокистозного характера. Нерезко выраженная гидроцефалия. Единичные локальные арахноидальные изменения ликворного характера правой верхнечелюстной пазухи. Синусит, немногочисленные полипы верхнечелюстной пазухи.

**Клинический диагноз. ЦВБ. ДЭП 3 ст., ухудшение на фоне гипертонической болезни 3 ст., риск ССО 4, церебрального атеросклероза с вестибуло–атактическим синдромом, умеренными когнитивными нарушениями, мультифокальными нарушениями головного мозга. Последствие ОНМК (по данным МРТ) в правой гемисфере головного мозга, с наличием пирамидной недостаточностью Болезнь Паркинсона 1–2 ст. (по Хен и Яру), с преимущественным поражением правых конечностей, постуральными нарушениями.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Vinpocetini 10 мг + р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Cerebrolysini 10 мл + р–р NaCl 0,9% 50 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Actovegini 5 мл + р–р NaCl 0,9% 50 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг по 1 таб. 1 раз в день – вечером; таб. Losartani+ Hydrochlorothiazidi, по 1 таб. 1 раз в день; таб. Pramipexoli 1,5 мг по 1 таб. 1 раз в день; таб. Memantini 10 мг по 1 таб. 1 раз в день; ЛФК; массаж верхних и нижних конечностей.

#### 4. ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИЕ БОЛЕЗНИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

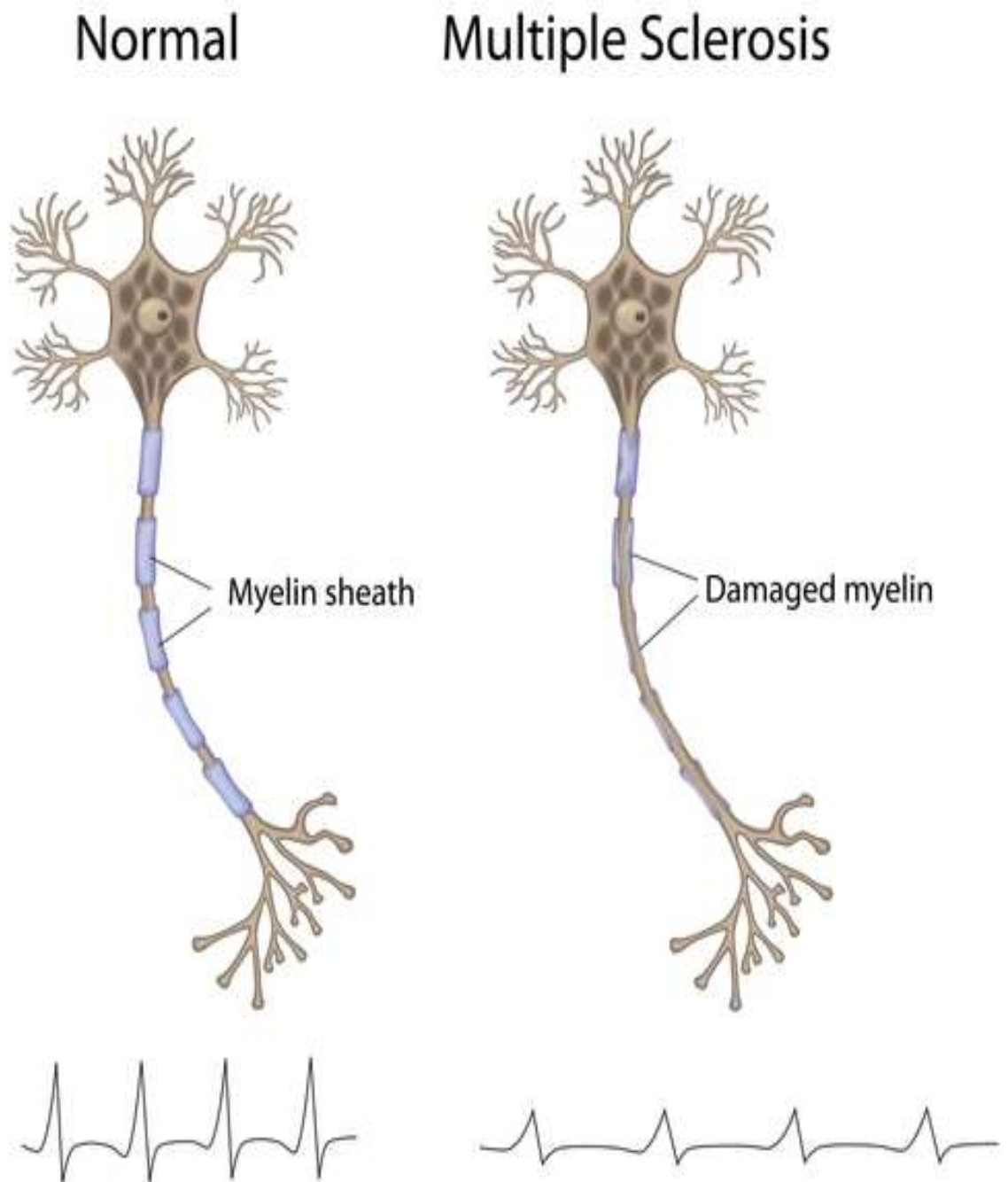


Рис.6

## Клинический пример №8

Мужчина 30 лет, поступил в отделение с жалобами на выраженное головокружение, усиливающееся при повороте головы, общую слабость.

**Анамнез заболевания.** Заболел один день назад, когда около 8:00 после ночного сна внезапно возникло выраженное головокружение – ощущение вращения окружающей обстановки. Состояние улучшилось приблизительно через 30 минут. В течение дня чувствовал себя удовлетворительно. Вечером повторно возник эпизод головокружения с тошнотой, однократной рвотой. Появилась шаткость при ходьбе. За помощью не обратился. На следующий день не смог встать из-за выраженного головокружения, предметы все вокруг "плыли," была повторная рвота. Самостоятельно измерил артериальное давление – 140/80 мм.рт.ст., принял Сартоприл, самочувствие не улучшилось. Вызвал скорую помощь, доставлен в приемное отделение, госпитализирован.

**Анамнез жизни.** ОНМК, ОИМ, нарушения сердечного ритма, туберкулез, вирусные гепатиты, онкологические и венерические заболевания отрицает. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Операции отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного обследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** Горизонтальный крупноразмашистый нистагм при взгляде влево, вверх. **Двигательная система.** Симптом Бабинского положителен справа, непостоянный, симптом Оппенгейма положителен справа. **Система координации.** Пальценосовую, пяточноколенные пробы выполняет с промахиванием с 2-х сторон.

**Топический диагноз.** При осмотре были выявлены: системное головокружение длительностью 30–60 минут, сопровождалось тошнотой и рвотой; горизонтальный крупноразмашистый нистагм при взгляде влево, вверх; симптом Бабинского положителен справа, непостоянный, симптом Оппенгейма – положителен справа. КП выполняет с промахиванием с 2-х

сторон. Заключение: в патологический процесс вовлечена центральная нервная система, нельзя исключить демиелинизирующий процесс.

**Результаты специальных методов обследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ, УЗДС БЦА без особенностей. Рентгенография шейного отдела позвоночника: шейный остеохондроз. Сколиоз.

**КТ головного мозга:** КТ– признаки незначительной наружной гидроцефалии. **МРТ головного мозга:** МР картина единичного очага демиелинизации в левой височной доле, дифференцировать сосудистый характер и дебют демиелинизирующего заболевания (связать с клиничко–лабораторными данными). Умеренно выраженная наружная заместительная гидроцефалия.

**ЭЭГ:** лёгкие изменения биопотенциалов головного мозга регуляторного характера.

**ЭНМГ ЗВП:** на вспышку регистрируются с крайней неустойчивостью, возможно за счет общих сосудистых нарушений. Амплитуда ответов в пределах нормы. Латентности в норме. Проведение по световым волокнам зрительных нервов не нарушено. ЗВП на шахматный патент регистрируются на обычную клетку 28 угл.мин. Амплитуда ответов в пределах нормы. Латентности на верхней границе нормы. Проведение по папилломакулярным волокнам зрительных нервов не нарушено. ЗВП неустойчивы при регистрации, возможно за счет общих сосудистых нарушений. Консультация офтальмолога – ангиопатия сетчаток.

**Клинический диагноз. Клинически изолированный синдром демиелинизирующего заболевания.**

**Рекомендации по лечению.** Таб. Prednisoloni 8 мг в сутки; р–р Aethylmethylhydroxyuridini succinatis 5 мл + р–р NaCl 0,9% 10 мл в/в струйно; р–р Metoclopramidi 1 мл в/м 1 раз в день; р–р Solutionis Natrii chloridi compositae (Kalii chloridi+ Calcii chloridi+Natrii chloridi) 500 мл в/в капельно 1 раз в день.

Наблюдение у невролога по месту жительства. МРТ головного мозга через 3 месяца, при отрицательной динамике МРТ – с в/в контрастированием.

## РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ

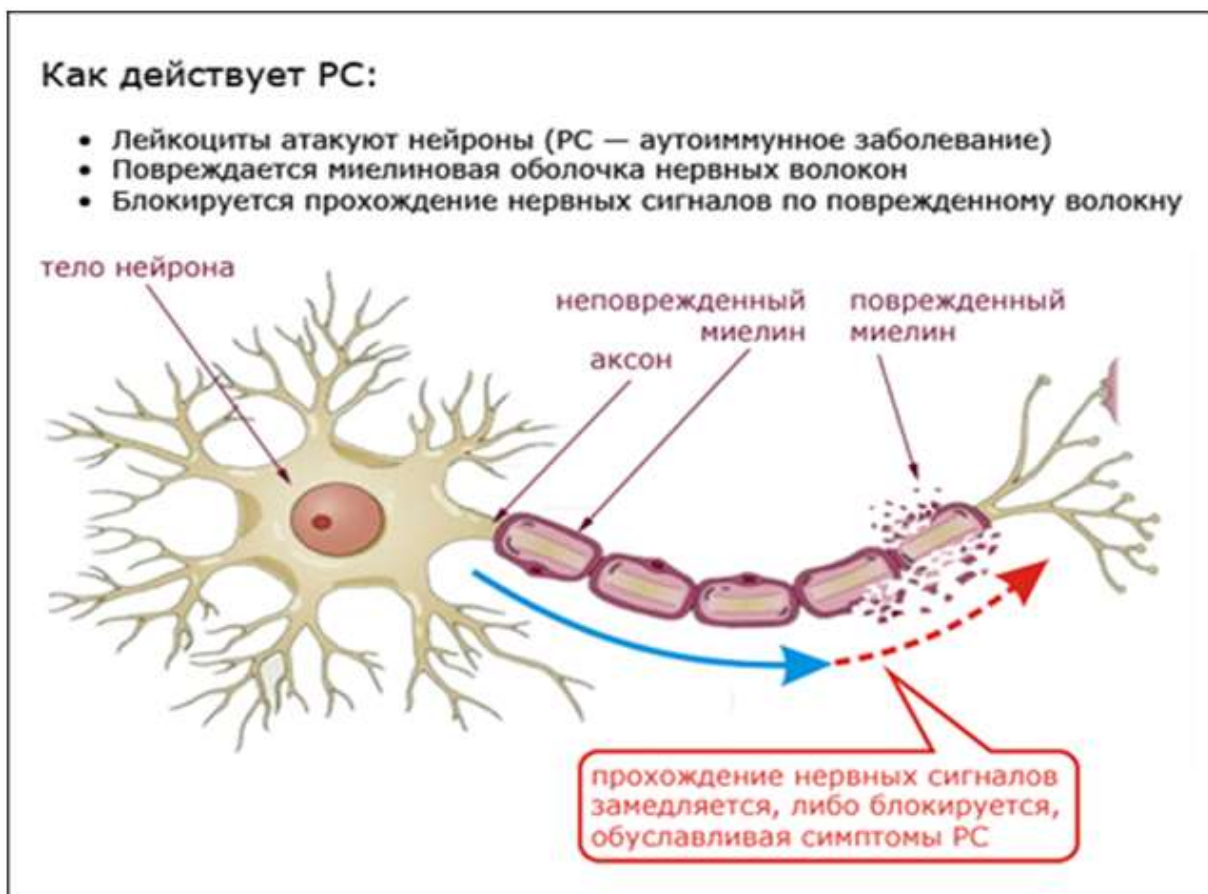


Рис.7

### Клинический пример №9

Женщина 57 лет, поступила в отделение с жалобами на выраженную общую слабость, слабость и онемение в верхних и нижних конечностях, головную боль, недержание мочи.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной в течение тринадцати лет, когда впервые начали неметь руки и появилась слабость в ногах. Наблюдается в кабинете рассеянного склероза, принимает Glatirameri acetatis. Омечает ухудшение состояния в течение двух недель.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, единственным ребёнком. Росла и развивалась нормально. Жилищно – бытовые условия хорошие. В настоящий момент не работает. Пенсионерка, инвалид I группы. Из перенесенных заболеваний отмечает: гипертоническую болезнь в течение 8 лет. Аллергологический анамнез не отягощен. Операций не проводилось.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Общемозговые симптомы.** Периодические головные боли возникают на фоне повышенного артериального давления, психоэмоциональных нагрузок, в любое время суток. **Двигательная система.** Мышечная сила снижена в руках: до 4–х баллов в руках и до 3–х баллов в ногах. Сухожильные рефлексы слегка повышены D = S. Патологические рефлексы – симптом Бабинского положительны с обеих сторон. **Система чувствительности.** Нарушена болевая чувствительность по проводниковому типу в верхних и нижних конечностях с обеих сторон. Суставно–мышечное чувство, кинетическая, чувство давления и веса – снижены в верхних и нижних конечностях с обеих сторон. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывается. Динамическая атаксия – пальценосовую и пяточноколенную пробы выполняет неуверенно с обеих сторон. Походка затруднена. **Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови – СОЭ – 22 мм/ч.; Биохимические показатели крови – холестерин – 7.11 ммоль/л; общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. **МРТ головного мозга** – МР картина демиелинизирующего заболевания головного мозга с учетом совпадения диагностических критериев McDonald M. I.(2005, 2010) более специфично для SD, мультифокального очагового поражения головного мозга демиелинизирующего характера, очаги демиелинизции в левой и правой височно–теменной доле.

**Клинический диагноз.** Демиелинизирующее заболевание по типу рассеянного склероза, цереброспинальная форма, прогрессирующе – ремитирующее течение. Тетрапарез. Стойко



**выраженный цефалгический, вестибуло – мозжечковый синдром. Нарушение функции тазовых органов по типу недержания мочи.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Tolperisoni 2 мл в/м 1 раз в день; р–р Citicolini 1 % 4 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Acidi thioctici 20 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Methylprednisoloni 1000 мг + р–р NaCl 0,9% 400 мл в/в капельно; капс. Omeprazoli 20 мг по 1 капс.1 раз в день - утром; плазмоферез.

### **Клинический пример №10**

Женщина 38 лет, поступила в отделение с жалобами на слабость в ногах, преимущественно в левой, шаткость при ходьбе, нарушение мочеиспускания (частичное недержание), запоры.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной с 20 летнего возраста, когда впервые был поставлен диагноз рассеянный склероз. С тех пор обострения с частотой 2 раза в год. В течение последнего года отмечала дважды обострение. Настоящее ухудшение в течение последнего месяца, когда стали беспокоить вышеперечисленные жалобы, а именно выросла слабость в нижних конечностях, из – за которой больная стала падать. За медицинской помощью обратилась в поликлинику по месту жительства, дано направление на госпитализацию в неврологическое отделение. Препараты ПИТРС не принимает.

**Анамнез жизни.** ОНМК, ЧМТ, ОИМ, нарушения ритма сердца, сахарный диабет, туберкулез, гепатиты, венерические и онкологические заболевания отрицает. Операции: в детстве по поводу расширенного мочеточника. Аллергологический анамнез: не отягощен. Не работает, инвалид III группы.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Двигательная система.** Нижний парапарез со снижением мышечной силы в левой конечности до 2 баллов, в правой конечности – до 2–3 баллов. Мышечный тонус в верхних конечностях симметричный, умеренный, в нижних конечностях умеренно повышен по пирамидному типу. Глубокие рефлексы в конечностях D=S, живые с рук, D=S, высокие с ног. Брюшные рефлексы снижены. Симптом Бабинского положительный с двух сторон. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывание в обе стороны. Динамическая атаксия – пальценосовую и пяточно–коленную пробы выполняет с промахиванием с обеих сторон. Положительная проба на диадохокinez, при пробе на дисметрию отмечается избыточная ротация кисти правой руки. **Система чувствительности.** Снижение болевой и тактильной чувствительности на обеих ногах по диссоциированному типу. **Вегетативная система.** Дермографизм – красный, стойкий, разлитой. Расстройство мочеиспускания по центральному типу – императивные позывы.

**Топический диагноз.** Нарушения рефлекторно–двигательной функции дает возможность предположить центральный тип парапареза нижних конечностей, вызванный поражением пирамидных путей в боковых канатиках спинного мозга на уровне грудного отдела (сегменты ThIII–ThVIII). Нарушение сенсорной функции указывает на поражение задних рогов спинного мозга. Нарушение координации движений может свидетельствовать о поражении полушарий мозжечка.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимическое исследование крови, общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. МРТ головного мозга – МР картина демиелинизирующего заболевания головного мозга с учетом совпадения диагностических критериев McDonald M. I.(2005, 2010) более специфично для SD, мультифокального очагового поражения головного мозга демиелинизирующего характера. Консультация окулиста – частичная атрофия зрительных нервов.

**Клинический диагноз. Рассеянный склероз, ремиттирующее течение с двигательными, чувствительными, рефлекторными, координаторными расстройствами, нарушением функции тазовых органов по типу недержания мочи, обострение.**

**Рекомендации по лечению.** P–p Methylprednisoloni 1000 мг + p–p NaCl 0,9% 400 мл в/в капельно; p–p Glatirameri acetatis 20 мг п/к 1 раз в день; таб. Tolperisoni 150 мг по 1 таб. 3 раза в день; таб. Tolterodini 2 мг по ½ таб. 2 раза в день; таб. Betahistini 16 мг по 1 таб. 3 раза в день; капс. Omeprazoli 20 мг по 1 капс. 1 раз в день - утром.

### **Клинический пример №11**

Мужчина 24 года поступил в неврологическое отделение с жалобами на онемение рук, ног, больше справа, слабость в ногах, руках, шаткость при ходьбе, головные боли, головокружение.

**Анамнез заболевания.** Заболел неделю назад после перенесённой вирусной инфекции, когда появились онемение рук, ног, больше справа, слабость в ногах, руках, шаткость при ходьбе, головные боли, головокружение. Подобные жалобы были десять лет назад. Внезапно появившееся онемение в руках прошло через несколько дней без лечения. Обратился к неврологу поликлиники и был направлен в неврологическое отделение с подозрением на рассеянный энцефаломиелит.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок, вторым ребёнком. Рос и развивался нормально. Жилищно– бытовые условия хорошие. В настоящий момент работает юристом. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** II пара(n.opticus) – острота зрения снижена на оба глаза. VII (n. facialis) – лицо асимметрично, из-за сглаженности правой носогубной складки. VIII (n.vestibulocohlearis) – нистагм в крайних отведениях. **Двигательная система.** Гемипарез справа, со снижением мышечной силы до 4-х баллов в руке и ноге, с повышением мышечного тонуса по спастическому типу. Сухожильные рефлексы повышены с сухожилия бицепса C5–6, трицепса C7–8, коленный L2–L4, ахиллов S1–2 справа. Periостальные рефлексы – карпорадиальный C5–8 повышен справа. Поверхностные рефлексы – брюшные, подошвенные–снижены, D>S. Патологические рефлексы – выявляется рефлекс Бабинского с двух сторон.

**Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга неустойчив. Динамическая атаксии – пальценосовую пробу выполняет с интенцией. Скандированная речь, нистагм. **Схема чувствительности.** Нарушена болевая чувствительность в виде правосторонней гемигипестезии.

**Топический диагноз.** Двигательные расстройства свидетельствуют о поражении пирамидных путей, статическая атаксия, динамическая атаксия поражения мозжечка таламокортикальных путей. Чувствительные расстройства в виде правосторонней гемигипестезии предполагают поражение волокон, проходящих в задней 1/3 заднего бедра внутренней капсулы слева.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий, УЗИ органов брюшной полости, почек, КТ головного мозга без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки – диффузный пневмосклероз, фиброз нижнего отдела правого легкого. Рентгенография грудного отдела позвоночника – межпозвонковый остеохондроз и деформирующий спондилез грудного отдела позвоночника. Рентгенография шейного отдела позвоночника – межпозвонковый остеохондроз и деформирующий спондилез

шейного отдела позвоночника. Рентгенография пояснично–крестцового отдела позвоночника – межпозвонковый остеохондроз пояснично–крестцового отдела позвоночника. МРТ головного мозга с контрастированием – определяются очаги демиелинизации в левой височно–теменной доле. На МРТ спинного мозга в шейном отделе на уровне С1–С4 очаги демиелинизации. Осмотр окулиста – побледнение височных половин.

**Клинический диагноз. Рассеянный склероз, ремиттирующий тип течения, обострение.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Methylprednisoloni 1000 мг + р–р NaCl 0,9% 400 мл в/в капельно; р–р Actovegini 5 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; капс. Omeprazoli 20 мг по 1 капс. 1 раз в день - утром.

## **Клинический пример №12**

Мужчина 26 лет поступил в неврологическое отделение с жалобами на головокружение, пошатывание при ходьбе, ощущение неловкости, слабости в левых конечностях, периодически онемение левой руки и ноги, нечеткость зрения, двоение, ощущение давления на глаза, утомляемость.

**Анамнез заболевания.** Болен в течение двух лет, когда внезапно появилась нечеткость зрения, двоение в глазах. Обратился к офтальмологу, обследован, патологии не выявлено. Была рекомендована консультация невролога. В течение недели симптоматика нарастала: возникло головокружение, нарушение координации, периодическая слабость и ощущение неловкости в левых конечностях, выраженное в руке. Общался за медицинской помощью неоднократно находился на стационарном лечении с диагнозом: рассеянный склероз. Последнее обострение в течении 2–х месяцев.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок, вторым ребёнком. Рос и развивалась нормально. Из перенесенных заболеваний отмечают хронический тонзиллит. Туберкулез, венерические заболевания, вирусные гепатиты, ВИЧ отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** III (n.oculomotorius), IV(n.trochlearis, VI (n.abducens) – двоение по горизонтали и взгляде вверх и влево (расхождение предметов до 0,5–1 см). VII (n. Facialis) – лицо асимметрично, из-за сглаженности левой носогубной складки. XII (n. hypoglossus) – язык девирует влево, без атрофий и фибриллярных подергиваний. **Двигательная система.** Сила мышц рук слева 4 балла, справа – 5 баллов, сила мышц плечевого пояса хорошая (5 баллов) с обеих сторон. Сила мышц ног 4 баллов. Повышение мышечного тонуса по спастическому типу в ногах. Сухожильные рефлексы оживлены с сухожилия бицепса C5–6, трицепса C7–8, коленный L2–L4, ахиллов S1–2 – слева. Periosteальные рефлексы – карпорадиальный C5–8 повышен слева. Поверхностные рефлексы – брюшные – отсутствуют, глубокие брюшные низкие. Патологические рефлексы – выявляется рефлекс Бабинского с двух сторон.

**Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывается. Динамическая атаксия – пальценосовую пробу выполняет с непостоянным промахиванием. Схема чувствительности: выявляются «пятнистые» участки нарушения тактильной и болевой чувствительности на левых конечностях. Снижение вибрационной чувствительности (двумерно–пространственного чувства) в левых конечностях.

**Топический диагноз.** Поражение кортикоспинальных путей на уровне головного мозга и боковых канатиков спинного мозга: повышением мышечного тонуса нижних конечностей, оживлением рефлексов и расширением рефлекторных зон. Возможно поражены пути к мозжечку (в том числе и от вестибулярных ядер) и/или сам мозжечок, о чем говорят слабо положительные результаты координаторных проб и интенционный тремор.

Незначительное нарушение глубокой чувствительности можно связывать с поражением проводящих путей спинного мозга в области задних столбов спинного мозга и/или в стволе; нарушение поверхностной чувствительности в виде парестезий, может быть связано с поражением волокон спиноталамического тракта. Поражение спинно–цереbellярных путей: мозжечковая атаксия с неустойчивостью в позе Ромберга, мимопопаданиями при пробе с попаданиями в молоточек, интенционным тремором, небольшой дисметрией, положительным симптомом обратного толчка с обеих верхних конечностей, но отсутствием дизартрии и нистагма. Симптомом поражения ствола мозга являются глазодвигательные нарушения.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ без особенностей. ЭЭГ – умеренные изменения биопотенциалов головного мозга с признаками дисфункции лимбико–ретикулярного комплекса. Окулист –ангиопатия сетчатки. МРТ головного мозга с контрастированием – МР картина демиелинизирующего заболевания головного мозга с учетом совпадения диагностических критериев McDonald M. I.(2005, 2010) более специфично для SD, единичных локальных арахноидальных изменений ликворокистозного характера. В сравнении с предыдущими исследованиями отмечается появление раннее не дифференцируемых 4–х очагов (в конвекситальных отделах правой лобной доли, паравентрикулярно в лобной доле справа, паравентрикулярно в теменной доле слева, на границе островка и височной доли слева).

**Клинический диагноз. Рассеянный склероз, ремитирующее течение, с легкими вестибуло–атактическими нарушениями, глазодвигательными, чувствительными нарушениями, левосторонней пирамидной недостаточностью, обострение.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Methylprednisoloni 1000 мг + р–р NaCl 0,9% 400 мл в/в капельно; р–р Inosine + Nicotinamide + Riboflavin + Succinic acid 10 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно; р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; р–р Ipidacrini 15 мг – 1 мл в/м 1 раз в день; р–р Tolperisoni 1 мл в/м 1 раз в день; р–р Glatirameri acetatis 20 мг п/к ежедневно; плазмаферез; ЛФК, массаж левых конечностей.

### **Клинический пример №13**

Женщина 26 лет поступила в неврологическое отделение с жалобами на слабость, онемение в правых конечностях, пошатывание при ходьбе, несистемное головокружение, общую слабость, повышенную утомляемость.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной в течение 6 лет, когда возникло нарушение зрения – появилась пелена перед правым глазом, затем совсем утратилось зрение. Лечилась у окулиста с диагнозом: ретробульбарный неврит с положительной динамикой. Через 4 года возникло онемение в левых конечностях, за медицинской помощью не обращалась, через 10 дней всё прошло. Последнее обострение неделю назад после перенесенного простудного заболевания. Обратилась к неврологу по месту жительства и была направлена на лечение в неврологическое отделение стационара.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, первым ребёнком. Росла и развивалась нормально. В настоящий момент не работает. Из перенесенных заболеваний: отмечает частые простудные заболевания. Перенесла аппендэктомию в 2000 году. Аллергологический анамнез – аллергическая реакция в виде крапивницы на антибиотики пенициллинового ряда.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.



**Неврологический статус. Общемозговые симптомы.** Эмоционально лабильна, эйфорична, не дооценивает тяжесть своего заболевания. **Черепные нервы.** VII (n. facialis) – лицо асимметрично, из-за сглаженности правой носогубной складки. VIII (n. vestibulocohlearis) – крупноразмашистый горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, периодическое несистемное головокружение. XII (n. gurglossus) – девиация языка влево, без атрофий и фибриллярных подергиваний. **Двигательная система.** Пассивные и активные движения в верхних и нижних конечностях в полном объеме. Гемипарез справа, со снижением мышечной силы до 3 баллов в руке и ноге, с повышением мышечного тонуса по спастическому типу. Сухожильные рефлексы повышены с сухожилия бицепса C5–6, трицепса C7–8, коленный L2–L4, ахиллов S1–2 справа. Периостальные рефлексы – карпорадиальный C5–8 повышен справа. Поверхностные рефлексы – брюшные отсутствуют, подошвенные – сохранены, D>S. Патологические рефлексы – выявляются рефлексы Бабинского, Россолимо справа. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга не устойчива. Динамическая атаксия – при пальценосовой и пяточноколенной пробах выявляются интенционное дрожание и мимопадание с обеих сторон, больше слева. Проба Шильдера, проба на диадохокинез, на дсметрию положительные с обеих сторон, больше слева. Горизонтальный нистагм при взгляде в стороны. Походка атактическая. **Схема чувствительности.** Нарушена болевая чувствительность по церебральному проводниковому типу, в виде правосторонней гемигипестезии. Суставно–мышечное чувство нарушено справа.

**Топический диагноз.** Двигательные расстройства в виде центрального правостороннего гемипареза свидетельствуют о поражении пирамидного пути на отрезке от коры передней центральной извилины до нижней части продолговатого мозга. Контрлатеральный гемипарез в данном случае может быть обусловлен патологией пирамидного пути на отрезке от коры передней центральной извилины до нижней части продолговатого мозга. Центральный

паралич лицевого нерва отмечается при надъядерных поражениях VII п, когда страдают лишь нижние отделы мимической мускулатуры лица. Чувствительные расстройства в виде правосторонней гемигипестезии предполагают поражение волокон, проходящих в задней 1/3 заднего бедра внутренней капсулы слева. мозжечковые нарушения в виде: нистагма, адиодохокинеза, дисметрии, атаксии, интенционного дрожания. Нарушения говорят о развитии патологического процесса в области полушарий мозжечка.

**Результаты специальных исследований.** Иммунологическое исследование крови – снижение Т– супрессоров/киллеров (СД+8–клеток), повышение иммунорегуляторного соотношения СД4/СД8(Л–5/103). Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, ЭЭГ, УЗДС БЦА, МРТ головного мозга – мелкие полиморфные очаги в белом веществе левого полушария, перивентрикулярно, у задних рогов боковых желудочков, в полушариях мозжечка.

**Клинический диагноз. Рассеянный склероз, ремиттирующее течение, с мозжечковыми нарушениями, правосторонним гемипарезом, чувствительными расстройствами, обострение.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Methylprednisoloni 1000 мг + р–р NaCl 0,9% 400 мл в/в капельно; р–р Actovegini 5 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Kalii asparaginat+ Magnii asparaginat по 1 таблетке 3 раза в день; плазмаферез, массаж, ЛФК.

**Клинический пример №14**

Мужчина 41 год поступил в неврологическое отделение с жалобами на слабость в левых конечностях, ощущение спастичности в них, онемение левой половины тела, головокружение, шаткость при ходьбе, задержку мочеиспускания и дефекации, периодические головные боли диффузной локализации, выраженную общую слабость.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больным в течение 20 лет, когда появилось ухудшение зрения, слабость в левых конечностях, ощущение онемения левой половины тела. Обратился за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства, был обследован, установлен диагноз: рассеянный склероз. С тех пор 1 раз в год проходил курс стационарного лечения, отмечал положительный эффект. Настоящее ухудшение в течение 2–х дней, когда усилились вышеперечисленные жалобы.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок, единственным ребёнком. Рос и развивался нормально. Жилищно – бытовые условия хорошие. В настоящий момент не работает. Инвалид II группы. Туберкулез, гепатиты, венерические и онкологические заболевания, сахарный диабет, инфаркты, ОНМК отрицает. Перенесенные операции: аппендэктомия с последствиями перитонита, киста подбородочной области. Аллергологический анамнез не отягощен. Препараты ПИТРС не получает.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Головокружение усиливается при перемене положения тела, периодически сопровождается тошнотой, рвоту отрицает.

**Черепные нервы.** II пара(n.opticus) – острота зрения снижена на оба глаза. III (n.oculomotorius), IV(n.trochlearis, VI (n.abducens) – нистагм выраженный, с ротаторным компонентом, во всех отведениях. VII (n. facialis) – лицо асимметрично за счет сглаженности левой носогубной складки.

**Двигательная система.** Активные и пассивные движения ограничены в левых конечностях. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3–х баллов. Мышечный тонус повышен по спастическому типу в левых конечностях. Глубокие рефлексы: с рук S>D, повышены; с ног S>D,

повышены. Клонусы коленной чашечки, стопы слева. Патологические стопные знаки: положительный симптом Бабинского слева. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывание с отклонением в левую сторону. Динамическая атаксия: пальценосовую и пяточно–коленную пробы выполняет с промахиванием справа, с промахиванием и атаксией слева. Нистагм выраженный, с ротаторным компонентом, во всех отведениях. **Система чувствительности.** Левосторонняя гемигипестезия. **Вегетативная система.** Расстройство акта мочеиспускания и дефекации по типу задержки.

**Топический диагноз.** Двигательные расстройства в виде центрального левостороннего гемипареза свидетельствуют о поражении пирамидного пути, проходящего в правом полушарии головного мозга. Контрлатеральный гемипарез в данном случае может быть обусловлен патологией пирамидного пути на отрезке от коры передней центральной извилины до нижней части продолговатого мозга, предварительно пройдя через заднее бедро внутренней капсулы, в её передних 2/3; где на границе со спинным мозгом совершается перекрест и далее волокна попадают в боковые столбы спинного мозга противоположной стороны и заканчиваются у клеток передних рогов каждого сегмента. Центральный паралич лицевого нерва отмечается при надъядерных поражениях VII п, когда страдают лишь нижние отделы мимической мускулатуры лица. Атаксия имеет сложный генез. Присутствуют выраженные признаки вестибулярной (головокружение, нистагм выраженный, с ротаторным компонентом, во всех отведениях) и мозжечковой атаксии (симптом Ромберга – пошатывание с отклонением в левую сторону, выполнение КП с промахиванием справа, с промахиванием и атаксией слева). Так как в клинике присутствует вестибуло – мозжечковая атаксия, значит имеется поражение связей вестибулярного аппарата и мозжечка. Чувствительные расстройства в виде левосторонней гемигипестезии предполагают поражение волокон, проходящих в задней 1/3 заднего бедра внутренней капсулы справа. Нарушение тазовых функций по

типу задержки указывают на поражение парацентральной дольки с обеих сторон или спинного мозга.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ без особенностей. МРТ головного мозга – МР картина демиелинизирующего заболевания головного мозга с учетом совпадения диагностических критериев McDonald M. I.(2005, 2010) более специфично для SD, мультифокального очагового поражения головного мозга демиелинизирующего характера. Смешанная гидроцефалия с кортикальными атрофическими изменениями. Ретроцеребеллярная киста. Офтальмолог – частичная атрофия зрительных нервов.

**Клинический диагноз. Рассеянный склероз, вторично–прогредиентное течение с левосторонним гемипарезом, гемигипестезией, вестибуло– атактическим синдромом, нарушением функций тазовых органов по типу частичной задержки мочи и кала, ухудшение.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Methylprednisoloni 1000 мг + р–р NaCl 0,9% 400 мл в/в капельно; р–р Aethylmethylhydroхурпyridini succinatis 5% – 5 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно; р–р Cerebrolыsini 5 мл в/м 1 раз в день; таб. Iridacrini 20 мг по 1 таб. 2 раза в день; плазмаферез; ЛФК, массаж.

### **Клинический пример №15**

Женщина 48 лет поступила неврологическое отделение отделение с жалобами на чувство тремора во всем теле, нарушение зрения в виде периодического двоения, нечеткости зрения, выраженной общей слабости, головокружение системного характера, шаткость при ходьбе.

**Анамнез заболевания.** Диагноз рассеянный склероз поставлен 4 года назад. С того момента дважды проходила лечение в стационарах города, выписывается с улучшением. Принимает препарат группы ПИТРС (генфаксон). Данное ухудшение в течение последних 3–х месяцев, когда постепенно стали нарастать головокружение, шаткость при ходьбе, больная обратилась в поликлинику, амбулаторно принимала сосудистые препараты, состояние не улучшалось. Была госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, вторым ребёнком. Росла и развивалась нормально. Жилищно–бытовые условия хорошие. Сахарный диабет, нарушения мозгового кровообращения, туберкулез, венерические заболевания, онкопатологию отрицает. Перенесенные заболевания: болезнь Боткина. Перенесенные операции: внематочная беременность, репозиция голеностопного сустава. Гемотрансфузии отрицает. Наследственный анамнез: сын болен рассеянным склерозом. Аллергологический анамнез: аллергическая реакция на пенициллин (сыпь).

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** II пара (n.opticus) – острота зрения снижена на оба глаза (периодическая нечеткость видения предметов).

**Двигательная система.** Поверхностные рефлексы – брюшные отсутствуют. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга выраженное пошатывание. Динамическая атаксия – пальце–носовую и пяточноколенную пробы выполняет с промахиванием и атаксией с 2–х сторон.

**Топический диагноз.** Двигательные расстройства в виде легкого пареза мышц левого глазного яблока и мимической мускулатуры слева свидетельствуют о наличии очагов поражения корково–ядерного пути в правом полушарии головного мозга. У больной отмечаются признаки вестибулярной (системное головокружение) и мозжечковой атаксии (симптом Ромберга – пошатывание, промахивание при выполнении

координаторных проб). Так как в клинике присутствуют признаки вестибуломозжечковой атаксии, то можно предположить наличие поражения связей вестибулярного аппарата и мозжечка.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ без особенностей. МРТ головного мозга – МР–картина демиелинизирующего заболевания головного мозга (с учетом совпадения диагностических критериев McDonald W.I. (2005, 2010) более специфично для SD, активная стадия); в стадии неполной ремиссии. УЗДС БЦА – ЭХО признаки нестенозирующего атеросклероза БЦА, малого диаметра правой позвоночной артерии. Консультация офтальмолога – артерии умеренно сужены, вены дистоничны. Ангиопатия сетчаток. Частичная атрофия зрительных нервов.

**Клинический диагноз. Рассеянный склероз, ремитирующее течение с глазодвигательными, координаторно–атактическими нарушениями и нарушением функции тазовых органов, ухудшение.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Methylprednisoloni 1000 мг + р–р NaCl 0,9% 400 мл в/в капельно 1 раз в день; капс. Omeprazoli 20 мг по 1 табл. 1 раз в сутки; р–р Cerebrolysin 10 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно; р–р Piracetami 20% 5 мл в/м 1 раз в день; р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; плазмаферез, ЛФК.

## **Клинический пример №16**

Мужчина 20 лет поступил в отделение с жалобами на слабость в правой руке, ногах, больше выраженную справа, шаткость при ходьбе,

чувство онемения в нижних конечностях. Также больной жалуется на нарушение мочеиспускания.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больным в течении 7 лет, когда впервые почувствовал онемение и слабость в правой ноге. В течение недели у больного появилась слабость в левой ноге и правой руке, нарушение походки, интенционный тремор, также отмечалось снижение остроты зрения. Больной обратился за медицинской помощью, был поставлен диагноз: рассеянный склероз. После проведенного лечения состояние значительно улучшилось, зрение полностью восстановилось. Четыре года назад – расстройство мочеиспускания по типу императивных позывов. Последнее обострение в течение недели.

**Анамнез жизни.** Родился единственным ребенком в семье. Рос и развивался в соответствии с возрастом. В настоящее время не работает. Жилищно–бытовые условия удовлетворительные. Наследственный и аллергологический анамнезы не отягощены.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** VII (лицевой нерв) – носогубная складка сглажена справа. В покое угол рта справа несколько опущен, при показывании зубов движения снижены справа. XII (подъязычный нерв) – девиация языка вправо. Выражены симптомы орального автоматизма (хоботковый, назолабиальный, ладонно–подбородочный рефлексы).

**Двигательная система.** Мышечная сила в правых конечностях – 4 балла, в левых конечностях – 4,5 балла. Мышечный тонус повышен в нижних конечностях, больше в правой ноге. Рефлексы с рук умеренно повышены D>S. Рефлексы с ног оживлены D>S. Брюшные рефлексы снижены. Патологические рефлексы с ног – положительные рефлексы Бабинского и Россолимо с обеих сторон. **Чувствительная сфера.** Отмечается снижение болевой и тактильной чувствительность на обеих ногах по диссоциированному типу. **Координаторная сфера.** При выполнении



пальценосовой, пяточноколенной пробы наблюдается мимопопадание, интенция (больше справа). Положительная проба на диадохокинез, при пробе на дисметрию отмечается избыточная ротация кисти правой руки. В позе Ромберга пошатывание в обе стороны. **Вегетативная нервная система.** Расстройство мочеиспускания по центральному типу – императивные позывы.

**Топический диагноз.** По имеющимся у больного признакам нарушения рефлекторно–двигательной функции – повышение тонуса мышц по спастическому типу, высоких коленных, ахилловых, снижение брюшных рефлексов с обеих сторон, наличие выраженных патологических рефлексов Бабинского, Россолимо дает возможность предположить центральный тип парапареза нижних конечностей, вызванный поражением пирамидных путей в боковых канатиках спинного мозга на уровне грудного отдела (сегменты ThIII–ThVIII). При исследовании двигательной сферы обнаружен правосторонний центральный гемипарез, что может свидетельствовать о поражении пирамидных волокон во внутренней капсуле (корково–спинальный тракт) левого полушария головного мозга. Нарушение сенсорной функции в виде снижения болевой и тактильной чувствительности нижних конечностей по диссоциированному типу указывает на поражение задних рогов спинного мозга. При исследовании координации движений выявлено двухстороннее мимопопадание при выполнении пальце – носовой, пяточно – коленной проб, интенция, дисметрия, адиадохокинез, шаткость в позе Ромберга в обе стороны. Это может свидетельствовать о поражении полушарий мозжечка. При исследовании черепных нервов выявлено справа опущение угла рта (центральный парез лицевого нерва), отклонение языка вправо, при отсутствии атрофии и фибрилляций мышц (центральный парез подъязычного нерва). Это может свидетельствовать о поражении корково–нуклеарных путей в левом полушарии головного мозга. Наличие псевдобульбарного синдрома указывает на поражение корково–нуклеарных путей в правом полушарии головного мозга.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови без особенностей. Окулист – частичная атрофия зрительных нервов. МРТ головного мозга – МР картина демиелинизирующего заболевания головного мозга с учетом совпадения диагностических критериев McDonald M. I.(2005, 2010) более специфично для SD, мультифокального очагового поражения головного мозга демиелинизирующего характера.

**Клинический диагноз. Рассеянный склероз, ремиттирующее течение; со спастическим тетрапарезом, более выраженным справа, с легкими глазодвигательными нарушениями, вестибуло-атактическим синдромом, нарушением функции тазовых органов, обострение.**

**Рекомендации по лечению.** P–p Methylprednisoloni 1000 мг + p–p NaCl 0,9% 400 мл в/в капельно; p–p Glatirameri acetatis 20 мг п/к 1 раз в день; таб. Tolperisoni 150 мг по 1 таб. 3 раза в день; таб. Tolterodini 2 мг по ½ таб. 2 раза в день; таб. Betahistini 16 мг по 1 таб. 3 раза в день.

## 5. ЭПИЗОДИЧЕСКИЕ И ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА.

### ЭПИЛЕПСИЯ.

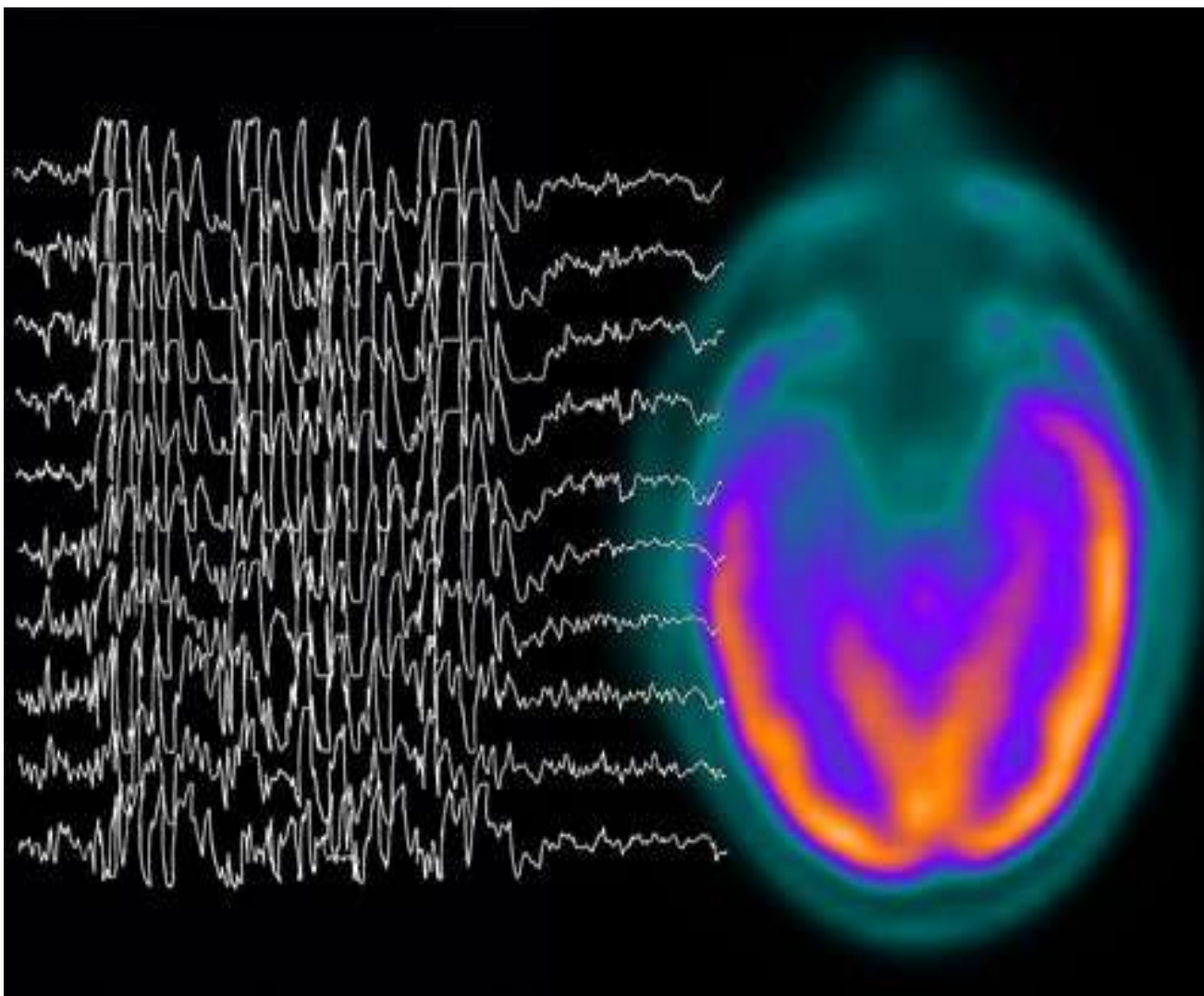


Рис.8

## Клинический пример №17

Ребенок 12 лет поступил с жалобами (со слов родителей) на приступы отключения сознания, снижение памяти, внимания.

**Анамнез заболевания.** Болен с 4-х лет, когда первый раз случился приступ «замирания». Приступы повторялись раз в неделю. Проходил обследование и лечение. Был поставлен диагноз симптоматическая фокальная эпилепсия. Последний приступ 3 года назад. На фоне приема *Acidi valproici* длительная ремиссия.

**Анамнез жизни.** Ребенок от второй беременности. Беременность протекала нормально. Мать инфекционных заболеваний в течение беременности не переносила. Питание удовлетворительное. Роды вторые срочные, самостоятельные, стремительные, без анестезии. Ребенок при рождении массой 3600 гр., рост 54 см.; закричала сразу, к груди приложена в родильном зале. Оценка по шкале Апгар 7 баллов. Пуповинный остаток удален на 3 сутки. Домой выписана на 5-ые сутки. Масса при выписке 3800 г. Вскармливание естественное. Развитие моторики: начала держать голову с 4-х месяцев. С 5-ти месяцев переворачивается на живот, с 6-го месяца сидит. Психическое развитие: улыбается с 1 месяца, начал гулить с 5-ти месяцев, произносить отдельные слоги с 10-ти месяцев, с 1,5 лет произносит первые слова. Зубы прорезались в 6 месяцев, к году у ребенка 8 зубов. Семейный анамнез: туберкулез, алкоголизм, венерические, у родственников отрицает. Перенесенные заболевания. ОРВИ – с 3х лет 1–2 раза в год в осенне–зимний период. Операций, гемотрансфузий не было. Прививки по индивидуальному графику.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, УЗДС БЦА без особенностей. ЭЭГ – умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного

мозга. Частота основного ритма соответствует возрасту. Регистрируются единичные заостренные тета–потенциалы в левых затылочных отведениях. Зарегистрированы диффузные разряды высокоамплитудных медленных волн со спайковым компонентом 4–5 Гц, продолжительностью до 2 сек.

**Клинический диагноз. Симптоматическая фокальная эпилепсия с диалептическими приступами.**

**Рекомендации по лечению.** Таб. *Acidi valproici* 500 мг, внутрь по 1 таб. 2 раза в день; р–р *Pyridoxini* 1 мл, р–р *Cyanocobalamini* в/м 1 раз в сутки через день.

### **Клинический пример №18**

Ребенок 10 лет поступил в эпилептологическое отделение с жалобами на трудности усвоения школьной программы; много времени затрачивает на выполнение домашних заданий, рассеянность, повышенную отвлекаемость, невозможность длительного сосредоточения; повышенную тревожность, страхи; повышенную сонливость, усталость на фоне школьных занятий; метеочувствительность: на фоне изменения погоды – нарастание сонливости. Трудности взаимопонимания и контакта с другими детьми. Трудности пробуждения, беспокойный сон, сногворение; пониженный фон настроения, чаще после школы.

**Анамнез заболевания.** Болен с 2,5 лет, когда внезапно в дневное время на фоне фебрильной температуры имел место приступ следующего характера: рвота, тошнота, появилась выраженная асимметрия лица, крикнул, упал, потерял сознание, тонико–клонические судороги до 1–ой минуты, далее уснул. Вызвали скорую помощь. Госпитализирован, обследован. В стационаре повторился приступ, аналогичный, без температуры, далее повторялись аналогичные приступы с периодичностью в 2 недели. Получал лечение препаратами: *Acidi valproici*, *Acidi valproici* (рвота, аллергия),

топамакс, Lamotrigini с положительной динамикой. В настоящее время поступает на плановую госпитализацию для дальнейшего лечения и обследования. Ремиссия 6 лет 3 месяца. Принимает постоянно: Acidi valproici 150 мг утром, 300 мг на ночь; Lamotrigini 25 мг по 1 таб. 2 раза в день.

**Анамнез жизни.** Ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне гестоза первой и второй половины, отеков, анемии, угрозы прерывания в 4 недели (кровотечение), вирусных инфекций у матери. Роды срочные, экстренное кесарево сечение. Вес 3600, без асфиксии. Выписан без задержки. Наблюдался у невролога по поводу ПЭП до 1 года. С рождения был крайне беспокоен. Рос и развивался по возрасту. Грудное вскармливание до 6 месяцев. В школу пошел без желания. Контакты со сверстниками устанавливает тяжело. Прививки по возрасту. Перенес ветряную оспу, кокаспит справа (после ангины). Консультирован эндокринологом: субклинический гипотиреоз, назначен L-тироксин, в настоящее время принимает в дозе 3,75 мкг, утром. ЧМТ отрицают. Аллергия на сладкое, сиропы. Семейный анамнез: отец злоупотреблял алкоголем.

**Данные объективного исследования.** Самочувствие на момент осмотра страдает, затруднена адаптация, крайне тревожен. Рекурвация в локтевых суставах.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, копрограмма, ЭЭС, ЭКГ, УЗИ почек без особенностей. ЭЭГ – лёгкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Эпилептиформной активности не зарегистрировано.

**Клинический диагноз.** Эпилепсия, **фокальная криптогенная, лобная, ремиссия 6 лет 3 месяца. Когнитивные нарушения, невротические тревожные реакции, церебрастения. Функциональная диспепсия. Хронический тонзиллит.**

## **Нарушение осанки. Гипермобильность суставов. Плоскостопные стопы.**

**Рекомендации по лечению.** Acidi valproici 150 мг утром, 300 мг на ночь; Lamotrigini 25 мг по 1 таб. 2 раза в день; p-p Cholini alfosceratis 2 мл в/м 1 раз в день; таб. Acidi hopantenici 250 мг по 1 таб. 3 раза в день; ЛФК; занятия с психологом; таб. Alimemazini tartratis 5 мг по ½ таб. на ночь; таб. Memantini 10 мг по 1\2 таб. 2 раз в день; занятия с дефектологом; ортопедический режим.

### **Клинический пример №19**

Девочка 13 лет поступила в отделение с жалобами на общую слабость, сонливость, повышенную тревожность. Также больная жалуется на трудности усвоения школьной программы, быструю утомляемость при выполнении домашних заданий.

**Анамнез заболевания.** Заболела остро, когда внезапно после школьных занятий появилась тошнота, рвота, отмечались тонико – клонические судороги, потеря сознания, что длилось, со слов матери, около 1 минуты. Вызвали бригаду СМП, доставлена в приемное отделение. В стационаре был эпизод повторного приступа.

**Анамнез жизни.** Ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне токсикоза 1 половины, гестоза 2 половины. Роды 1, срочные, экстренное кесарево сечение. Вес 3500 мг, рост 52 см. Выписана домой на 7 сутки. У невролога наблюдалась до 1 года, (по поводу ПЭП) получала лечение. В садик не ходила. В школу с 7 лет, адаптировалась легко. Профилактические прививки по возрасту. ЧМТ отрицает. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРЗ – частые (2–3 раза в год).

Аллергологический анамнез не отягощен. Операций не проводилось. Наследственность не отягощена.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Высшие психические функции.** Уровень интеллекта ориентировочно снижен. Внимание неустойчивое, повышенная истощаемость. Разговор изъясняет простыми фразами. Фон настроения пониженный, эмоциональная лабильность. Сон беспокойный, трудности пробуждения.

**Результаты специальных исследований.** Биохимическое исследование крови, общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, МРТ головного мозга, ЭЭС без особенностей. ЭЭГ – лёгкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Эпилептиформной активности не зарегистрировано.

**Клинический диагноз. Эпилепсия, фокальная криптогенная, лобная. Когнитивные нарушения, невротические тревожные реакции, церебрастения.**

**Рекомендации по лечению.** Таб. Lamotrigini 25 мг по 1 таб. 1 раз в день; таб. Acidi valproici 150 мг утром, 300 мг вечером; таб. Acidi hopantenici 250 мг по 1 таб. 3 раза в день.

## **Клинический пример №20**

Мужчина 59 лет поступил в эпилептологическое отделение с жалобами на периодические головные боли, преимущественно в правой половине головы, непроизвольные движения в левой руке в виде подергиваний, длительностью 5–7 секунд, возникающие с частотой 2–3 раза в неделю.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больным в течение 2–х лет, когда после черепно–мозговой травмы, полученной в аварии, стали возникать



непроизвольные подергивания в левой руке. За медицинской помощью не обращался. Когда частота припадков стала увеличиваться, обратился в поликлинику по месту жительства. По результатам суточного ЭЭГ мониторинга были зарегистрированы острые волны частотой 7 гц, периодом 80 мсек. Поставлен диагноз: парциальная симптоматическая эпилепсия с простыми парциальными припадками. Был назначен Carbamazepini 200 мг по 1 таб. 2 раза в сутки. Лечение переносил удовлетворительно, периодически после приема препарата возникала умеренная тошнота.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок, первым ребёнком. Рос и развивался соответственно возрасту. Жилищно-бытовые условия хорошие. Из перенесенных заболеваний отмечает: гипертоническая болезнь в течение 15 лет, хронический гастрит, в стадии ремиссии.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки, МРТ головного мозга без особенностей. ЭЭГ – эпилептиформные фокальные разряды частотой 7 гц с локализацией в правой прецентральной извилине.

**Топический диагноз.** Учитывая жалобы пациента на непроизвольные движения в левой руке, данные ЭЭГ заключения можно сделать заключение о локализации очага эпилептической активности в правой прецентральной извилине.

**Клинический диагноз. Парциальная симптоматическая эпилепсия с простыми парциальными припадками.**

**Рекомендации по лечению.** Ограничение времени работы за компьютером, просмотра телевизора. Ночной сон не менее 8 часов. таб. Carbamazepini 400 мг, по 1 таб. утром, 1,5 таб. вечером.

## Клинический пример №21

Ребенок 14 лет поступила в эпилептологическое отделение с жалобами на серию из пяти приступов, длительностью около двух минут каждый, сопровождавшихся потерей сознания. Перед приступами отмечала ощущение головокружения, чувство онемения, тяжести, слабости во всем теле, затем возникла темнота в глазах. Данная симптоматика длилась около 5 минут, после чего наступила потеря сознания. После первого приступа пришла в себя и ощущала неприятный запах испорченной пищи, похожей на плесень – в течении 1 минуты. Последующие периоды восстановления сознания сопровождались рвотой, диффузными головными болями, тонико–клоническими судорогами генерализованного характера, ломотой во всем теле. Девочка ощущала затруднение дыхания (вдоха), боли в сердце колющего характера.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной в течение двух лет, когда впервые отмечались тонико–клонические судороги, полная потеря сознания. Это длилось, со слов матери, около 30 минут. С этого времени девочка состоит на учёте у невролога. Приступы регулярные 1 раз в месяц по 5 – 6 раз. Лечилась по месту жительства без эффекта. Противосудорожные препараты систематически не принимает.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, первым ребёнком. Росла и развивалась соответственно возрасту. Жилищно–бытовые условия хорошие. Из перенесенных заболеваний отмечает: гипертоническая болезнь в течение 15 лет, хронический гастрит, в стадии ремиссии.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** ОАК, ОАМ, биохимические показатели крови, КТ головного мозга без особенностей. ЭЭГ – регистрировалась условная эпилептическая активность в правой височной области и повышение общей судорожной готовности головного мозга.

## **Клинический диагноз. Парциальная симптоматическая (височная) эпилепсия с полиморфными припадками.**

**Рекомендации по лечению.** Таб. Carbamazepini 200 мг по 1 таб. 3 раза в день; таб. Cinnarizini 25 мг по 1 таб. 3 раза в день; таб. Diazepamі 25 мг по 1 таб. 2 раза в день.

### **Клинический пример №22**

Женщина 52 года поступила в нейрососудистое отделение с жалобами на эпизоды пошатывания при ходьбе, чувство «утомляемости» в ногах, общую слабость, непостоянную ноющую диффузную головную боль.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной в течение 18 лет, когда была диагностирована эпилепсия, назначена противосудорожная терапия. Постоянно принимает Carbamazepini ретард 400 мг 2 раза в день. 15 лет отмечалась медикаментозная ремиссия, после чего 1–2 раза в месяц возникают приступы в виде тонических судорог в нижних конечностях с распространением судорог на мышцы туловища. Со слов больной – сначала напрягаются ноги, потом напряжение переходит на туловище и руки и после захватывает голову. Глаза в момент приступа закрыты, больная не может говорить, но сознание не теряет, помнит о происходящем. После приступов беспокоит выраженная общая слабость, сонливость, головная боль. 1–3 раза в год возникают генерализованные эпилептические приступы с тонико–клоническими судорогами, прикусыванием языка.

**Анамнез жизни.** Страдает гипертонической болезнью, максимально АД до 160/100 мм рт.ст., адаптирована к АД 130/90 мм рт.ст., гипотензивные препараты постоянно не принимает. ЗЧМТ в детстве. ОНМК, ОИМ, нарушения ритма сердца, ЧМТ, сахарный диабет, язвенную болезнь, вирусные гепатиты, туберкулез, онкозаболевания, вензаболевания, отрицает. Операции – аппендэктомия (более 10 лет назад).

**Данные общего осмотра.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Мелкоразмашистый нистагм при взгляде в стороны. Головокружения нет. **Система чувствительности.** Мышечно–тонический синдром на уровне С2–С6. Болезненность трапецевидной мышцы, больше справа. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга выраженная шаткость. Динамическая атаксия – пальценосовую и пяточноколенную пробы выполняет с промахиванием с двух сторон.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ без особенностей. КТ головного мозга – КТ–картина смешанной гидроцефалии. Правосторонний гайморит. Рентгенография органов грудной клетки – очаговых и инфильтративных теней нет. Пульмосклероз. Гипертрофия левого желудочка. ЭЭГ – умеренные изменения биопотенциалов головного мозга с дисфункцией лимбико–ретикулярного комплекса. Признаков эпилептиформной активности не выявлено. Консультация офтальмолога – ангиопатия сетчаток. Частичная атрофия зрительных нервов. Консультация оториноларинголога – киста правой гайморовой пазухи. Рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке.

**Клинический диагноз.** **Идиопатическая эпилепсия с редкими полиморфными припадками: сложными парциальными припадками, вторично генерализованными судорожными припадками.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrose 10 % 200 мл + р–р Insulini solubilis [humani biosynthetici] 6 ЕД + КСl 4% 10 мл + р–р MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Carbamazepini 400 мг по 1 таб. 2 раза в день; таб. Levetiracetami 250 мг по 1 таб. утром, 1 таб. вечером; таб. Aethylmethylhydroxyuridini succinatis 125 мг по 1 таб. 3 раза в день.

## Клинический пример №23

Девочка 6-ти лет поступила в отделение с жалобами на эпизоды потери сознания с судорожными приступами, периодические головные боли, эмоциональную лабильность.

**Анамнез заболевания.** Больна с двух лет, когда первый раз случился судорожный эпизод с потерей сознания. Приступы повторялись раз в неделю. Проходила обследование и лечение. Последний приступ 2 года назад. Принимает *Acidi valproici*.

**Анамнез жизни.** Девочка от второй беременности. Беременность протекала нормально. Мать инфекционных заболеваний в течение беременности не переносила. Питание удовлетворительное. Роды вторые, в срок, самостоятельные, стремительные, без анестезии. Ребенок при рождении массой 3600 гр., рост 54 см. закричала сразу, к груди приложена в родильном зале. Развитие моторики: начала держать голову с 4-х месяцев. С 5-ти месяцев переворачивается на живот, с 6-ти месяцев сидит. Психическое развитие: улыбается с 1 месяца, начала гулить с 5-ти месяцев, произносить отдельные слоги с 10-ти месяцев, с 1,5 лет произносит первые слова. Перенесенные заболевания – ОРВИ – с 3-х лет 1–2 раза в год в осенне–зимний период; операций, гемотрансфузий не было. Прививки по индивидуальному графику.

**Данные объективного осмотра.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, УЗДС БЦА без особенностей. ЭЭГ – отмечается эпилептиформная активность в правой теменно–височной области.

**Клинический диагноз.** **Идиопатическая эпилепсия с генерализованными тонико–клоническими приступами.**

**Рекомендации по лечению.** Таб. Acidi valproici 300 мг внутрь по 1 таб. 2 раза в день; р-р Pyridoxini 1 мл, р-р Cyanocobalamini в/м 1 раз в сутки через день.

### **Клинический пример №24**

Женщина 26 лет поступила в эпилептологическое отделение с жалобами на наличие судорожных припадков длительностью около 3 минут, частотой около 2 раз в неделю. Сам припадок пациентка не помнит, описывает со слов родственников, что во время припадка «обмякает», падает на пол и возникают беспорядочные судорожные сокращения. После припадка – чувство разбитости, сразу засыпает.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной с 5-летнего возраста, когда впервые без видимой причины появились судорожные припадки, возникающие 1–2 раза в 3 месяца. Сама больная узнавала о происшедшем с ней со слов матери. Мать обратилась в детскую поликлинику где была поставлена на учет у невролога, получала лечение (какое не помнит). В следующие 2–3 года приступы постепенно учащались и к возрасту 9 лет достигли 3–4 раз в месяц, сопровождалась криком и прикусыванием языка. Кроме того, у больной ухудшилась память и внимание, снизилась успеваемость в школе. Начала принимать Acidi valproici, состояние улучшилось, приступы стали беспокоить реже. На данный момент обратилась в связи с возрастанием частоты приступов.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, вторым ребёнком. Росла и развивалась нормально. Из перенесенных заболеваний отмечает: ветряная оспа в 10 лет. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные общего осмотра.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови – без особенностей. Анализ крови на концентрацию вальпроатов – 97%. ЭЭГ – регистрируются выраженные диффузные изменения биопотенциалов головного мозга с дисфункцией лимбико – ретикулярного комплекса, признаки судорожной готовности головного мозга.

**Клинический диагноз. Эпилепсия с генерализованными клоническими припадками, идиопатический характер заболевания.**

**Рекомендации по лечению.** таб. *Acidi valproici* 500 мг по 2 таб. 2 раза в день – утром и вечером; полноценный сон не менее 8 часов в сутки; сокращение времени работы за компьютером и просмотра телевизора.

### **Клинический пример №25**

Ребенок 4 года поступил в отделение с жалобами на периодически возникающие приступы судорожных подергиваний, захватывающих одну конечность или половину тела, иногда все тело. Чаще всего приступы случаются по ночам, провоцируются гипертермией, купанием.

**Анамнез заболевания.** Болен с 7 месяцев, когда внезапно в ночное время на фоне фебрильной температуры имел место приступ следующего характера: внезапно потерял сознание, тонико – клонические судороги до 1 минуты, далее уснул. Вызвали скорую помощь. Госпитализирован, обследован. В стационаре повторился приступ, аналогичный, без температуры, далее повторялись аналогичные приступы с периодичностью до 8–10 в день. В лечении получал: *Acidi valproici*, *Acidi valproici*, топамакс, *Lamotrigini*. Дозу уточнить не могут. На фоне приема частота судорожных припадков уменьшалась незначительно. Был заподозрен синдром Драве. Для подтверждения был проведен цитогенетический анализ в Лондоне. Был

назначен препарат стирипентол, частота судорожных припадков уменьшилась до 2–3 в месяц.

**Анамнез жизни.** Ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне гестоза 1 и 2 половины, отеки, анемии, угрозы прерывания в 4 недели (кровотечение), вирусных инфекций у матери. Роды срочные, самостоятельные, 7/8 баллов по шкале Апгар. Выписан без задержки. Физическое и нервно–психическое развитие до 7 месяцев соответствовало возрасту. Грудное вскармливание до 6 мес.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, копрограмма, ЭЭС – без особенностей. ЭЭГ – лёгкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Эпилептиформной активности не зарегистрировано.

**Клинический диагноз.** Тяжёлая миоклоническая эпилепсия младенчества. Синдром Драве. Задержка психического развития.

**Рекомендации по лечению.** таб. Acidi valproici, 150 мг утром и 300 мг вечером; таб. Lamotrigini, 50 мг 2 раза в день – утром и вечером; таб. Alimemazini tartratis 5 мг, ½ таб. на ночь; таб. Memantini 10 мг, по ½ таб. 2 раза в день; р–р Cholini alfosceratis 2 мл в/м 1 раз в день; ЛФК; занятия с дефектологом.

## **Клинический пример №26**

Ребенок 12 лет поступил в отделение с жалобами (со слов родителей) на эпизоды "замирания" с закатыванием глазных яблок вверх,



продолжительностью 5–8 сек, с частотой до 3 раз в сутки. Раздражительность, утомляемость, головные боли до 1–2 раза в неделю, преимущественно возникающие в школе на уроках, иногда сопровождающиеся легкой тошнотой.

**Анамнез заболевания.** Вышеописанная симптоматика беспокоит в течение двух месяцев, за медицинской помощью не обращались, лечения не получали.

**Анамнез жизни.** Ребенок от 1 беременности, протекавшей с угрозой прерывания ХВГП, ХФПН; 1 родов путем кесарева сечения. Родился с массой 4000 г, длиной 55 см., 7–8 баллов шкале Апгар. До четырех лет наблюдался у невролога с диагнозом: ПЭП, синдром внутричерепной гипертензии с темповой задержкой речевого развития. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, ЭКГ без особенностей. ЭЭС – признаки легковыраженной гипертензии. РЭГ – дистонический тип РЭГ на фоне достаточного, симметричного наполнения сосудов. ЭЭГ – умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга регуляторного характера. Признаки дисфункции регулирующих систем лимбико–ретикулярного комплекса. На фоне гипервентиляции после проведения фотостимуляции зарегистрирован паттерн типичного абсанса. МРТ головного мозга – МР признаки венрикулоасимметрии (D<S).

**Клинический диагноз. Юношеская абсанс–эпилепсия. Расстройство вегетативной нервной системы по смешанному типу на резидуальном фоне.**

**Рекомендации по лечению.** Таб. Acidi valproici 300 мг утром, 300 мг вечером; таб. Acidi hopantenici 250 мг 3 раза в день.

## Клинический пример №27

Девушка 15 лет поступила в отделение с жалобами на эпизоды замирания (со слов родителей) в течение нескольких секунд, периодические головные боли, эмоциональную лабильность.

**Анамнез заболевания.** Больна с 10-ти лет, когда первый раз произошел эпизод замирания, длящийся несколько секунд. Сама пациентка эти эпизоды не помнит. Проходила обследование и лечение. Последний приступ год назад. Принимает *Acidi valproici*.

**Анамнез жизни.** Ребенок от первой беременности. Беременность протекала нормально. Мать инфекционных заболеваний в течение беременности не переносила. Питание удовлетворительное. Роды 1, в срок, самостоятельные, стремительные, без анестезии. Оценка по шкале Апгар 7 баллов. Вскармливание естественное. Развитие моторики: начала держать голову с 4-х месяцев. С 5-ти месяцев переворачивается на живот, с 6-ти месяцев сидит. Психическое развитие: улыбается с 1 месяца, начала гулить с 5-ти месяцев, произносить отдельные слоги с 10-ти месяцев, с 1,5 лет произносит первые слова. Перенесенные заболевания. ОРВИ – с 3х лет 1–2 раза в год в осенне–зимний период. Прививки по индивидуальному графику.

**Данные объективного осмотра.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, УЗДС БЦА без особенностей. ЭЭГ – выраженные диффузные изменения биопотенциалов головного мозга с дисфункцией лимбико–ретикулярного комплекса. Судорожная готовность.

**Клинический диагноз.** Ювенильная абсанс–эпилепсия.

**Рекомендации по лечению.** Таб. *Acidi valproici* 300 мг утром, 300 мг вечером; таб. *Levetiracetami* по 250 мг 2 раза в день.

## Клинический пример №28

Девушка 16 лет поступила с жалобами на диффузную головную боль, с частотой возникновения около 3–х раз в неделю, периодическое головокружение, эпизоды замирания длительностью до 2–х минут, со слов родителей, 2 раза за последний месяц.

**Анамнез заболевания.** Головные боли впервые стали беспокоить около 10 лет назад. Возникали примерно 1–2 раза в неделю. За медицинской помощью не обращались. В течение года интенсивность головной боли возросла. Частота возникновения не изменилась. Возникла раздражительность, плаксивость. В 7 лет впервые возник эпизод замирания длительностью около 1–й минуты. Сама больная данный эпизод не помнит. Со слов матери в это время больная застыла в одной позе, на внешние раздражители не реагировала, взгляд фиксирован, через минуту продолжила начатое действие. В последующем подобные эпизоды повторялись с разной частотой, приблизительно 1 раз в неделю. Головные боли и раздражительность нарастали. Обратились за медицинской помощью, назначено лечение. В последующем на фоне терапии антиконвульсантами приступов не было.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, вторым ребёнком. Росла и развивалась нормально. Из перенесенных заболеваний отмечает: ветряная оспа, частые ангины, страдает хроническим фарингитом.

**Данные общего осмотра.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови без особенностей. Определение концентрации вальпроевой кислоты в крови – 89%. ЭЭГ – зарегистрированы вспышки генерализованной высокоамплитудной пик–волновой активности с частотой 3 за 1 сек.

**Клинический диагноз.** Ювенильная абсанс эпилепсия.

**Рекомендации по лечению.** Таб. Acidi valproici 500 мг по 1 таб. 2 раза в день.

## **Клинический пример №29**

Мужчина 31 год поступил в нейрососудистое отделение с жалобами на шаткость при ходьбе, общую слабость, сонливость. Передвигается по палате с посторонней помощью. При вставании с постели возникает тошнота, позывы на рвоту.

**Анамнез заболевания.** О начале настоящего заболевания не помнит, пришел в себя в больнице. Со слов родственников: ночью около 00:40 во сне появились тонико–клонические судороги. После приступа больной пришел в себя, был дезориентирован, заторможен. Вызвали скорую помощь. По приезду бригады скорой помощи возник второй эпилептический приступ с тонико–клоническими судорогами. Введено: сульфат магния, Diazepam в/в, больной пришел в сознание. Бригадой скорой помощи доставлен в приемное отделение, осмотрен неврологом. При осмотре возник третий приступ тонико–клонических судорог с потерей сознания, прикусом языка. Госпитализирован. Эпилептические приступы наблюдались с детского возраста. 9 лет назад приступы генерализованные, участились, в связи с чем проведена МРТ головного мозга, выявлена кавернозная ангиома в области верхней височной извилины справа. Проведена операция – удаление каверномы верхней височной извилины справа. Принимает Oxcarbazepin 900 мг 2 раза в день. Употребление алкоголя накануне, пропуск приема антиконвульсантов отрицает.

**Анамнез жизни.** Со слов сестры длительное время отмечались приступы по типу абсансов – внезапно замирал, вздрагивал. Длительное время принимал Carbamazepin. Хронический холецистит, вне обострения. Аллергологический анамнез – не отягощен.

**Данные общего осмотра.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Система координации.** Пальценосовую пробу выполняет с промахиванием с двух сторон. В позе Ромберга выраженная шаткость.

**Клинико–лабораторное исследование.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, рентгенография органов грудной клетки без патологии. КТ головного мозга – признаки участка глиозных изменений в области правой височной доли, с наличием линейных гиперденсных участков в правой височной доле (послеоперационные изменения). ЭКГ синусовый ритм. ЭОС не отклонена. Синдром ранней реполяризации. ЭЭГ умеренные диффузные изменения биопотенциалов головного мозга регуляторного характера с дисфункцией лимбико–ретикулярного комплекса. Консультация офтальмолога – ангиопатия сетчатки.

**Клинический диагноз. Серия эпилептических припадков. Симптоматическая эпилепсия на фоне глиозных изменений в правой височной доле, оперативного удаления каверномы правой височной доли.**

**Рекомендации по лечению.** Таб. Glycini 100 мг по 1 таб. 3 раза в день; р–р Metoclopramidi 1 мл внутримышечно; р–р NaCl 3% 200 мл в/в капельно; таб. Oxcarbazepini 900 мг 2 раза в день; таб. Acidi hopantenici 250 мг по 1 таб. 3 раза в день; таб. Aethylmethylhydroxyuridini succinatis 125 мг по 1 таб. 3 раза в день.

### **Клинический пример №30**

Ребенок 12 лет поступил в отделение с жалобами на приступы отключения сознания, снижение памяти, внимания.

**Анамнез заболевания.** Болен с 4–х лет, когда первый раз случился приступ «замирания». Приступы повторялись раз в неделю. Проходил обследование и лечение. Последний приступ 3 года назад. На фоне приема *Acidi valproici* длительная ремиссия.

**Анамнез жизни.** Ребенок от второй беременности. Беременность протекала нормально. Мать инфекционных заболеваний в течение беременности не переносила. Питание удовлетворительное. Роды 2, в срок, самостоятельные, стремительные, без анестезии. Оценка по шкале Апгар 7 баллов. Развитие моторики: начала держать голову с 4–х месяцев. С 5–ти месяцев переворачивается на живот, с 6–ти месяцев сидит. Психическое развитие: улыбается с 1 месяца, начала гулить с 5–ти месяцев, произносить отдельные слоги с 10–ти месяцев, с 1,5 лет произносит первые слова. Семейный анамнез: туберкулез, алкоголизм, венерические, у родственников отрицает. Перенесенные заболевания. ОРВИ – с 3х лет 1–2 раза в год в осенне–зимний период. Прививки по индивидуальному графику.

**Данные объективного осмотра.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, УЗДС БЦА без особенностей. ЭЭГ: Умеренные диффузные изменения б.э.а. головного мозга. Частота основного ритма соответствует возрасту. Регистрируются единичные заостренные тета–потенциалы в левых затылочных отведениях. Зарегистрированы диффузные разряды высокоамплитудных медленных волн со спайковым компонентом 4–5 Гц, продолжительностью до 2 сек.

**Клинический диагноз. Идиопатическая фокальная эпилепсия с диалептическими приступами.**

**Рекомендации по лечению.** Таб. *Acidi valproici* 300 мг по 1 таб. 3 раза в день.

## Клинический пример №31

Мужчина 32 года поступил в отделение с жалобами на общую слабость, разбитость, периодически возникновение эпилептических приступов.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больным в течение 3-х лет, когда перенес тяжелую ЧМТ (перелом лицевого черепа, контузионные очаги в головном мозге). С тех пор страдает посттравматической эпилепсией. Принимает регулярно противосудорожную терапию. Недавно самостоятельно отменил лекарства, затем стал принимать сниженную дозировку. Стали часто повторяться эпилептические приступы (в неделю примерно 5–6 раз). Был госпитализирован в НСО, прошел стационарное лечение. Два дня назад больной употребил алкоголь (водку) в больших количествах, противосудорожную терапию не применял, развились эпилептические приступы (сначала один, затем второй), долго не мог выйти из второго приступа, вызвал скорую помощь, был госпитализирован в НСО.

**Анамнез жизни.** Перенес тяжелую ЧМТ (линейный перелом лобной кости с распространением на ПЧЯ, ушиб головного мозга средней степени). ОНМК, ОИМ, нейроинфекцию, нарушения ритма сердца, сахарный диабет, язвенную болезнь, туберкулез, вирусные гепатиты, онкологические, венерические заболевания отрицает. Аллергию на медицинские препараты отрицает. Наследственность не отягощена.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки без особенностей. ЭЭГ – умеренные диффузные изменения биопотенциалов головного мозга регуляторного характера без эпилептиформной активности. Консультация окулиста – ЧАЗН. Ангиопатия сетчатки. КТ головного мозга – картина смешанной гидроцефалии.

**Клинический диагноз. Серия эпилептических.**  
**Симптоматическая эпилепсия на фоне перенесенной тяжелой**  
**черепно – мозговой травмы (линейный перелом лобной кости с**  
**распространением на ПЧЯ, ушиба головного мозга средней**  
**степени), злоупотребления алкоголя, отмены**  
**противосудорожной терапии.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Magnesii sulfatis 25% 10 мл + р–р Kalii chloridi 10 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно; р–р Diazepamі 0,5% 2 мл в/м; р–р Acidi ascorbinici 6 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно; таб. Primidoni 250 мг, по 1 таб. 3 раза в день.



# МИГРЕНЬ.

## MIGRAINE

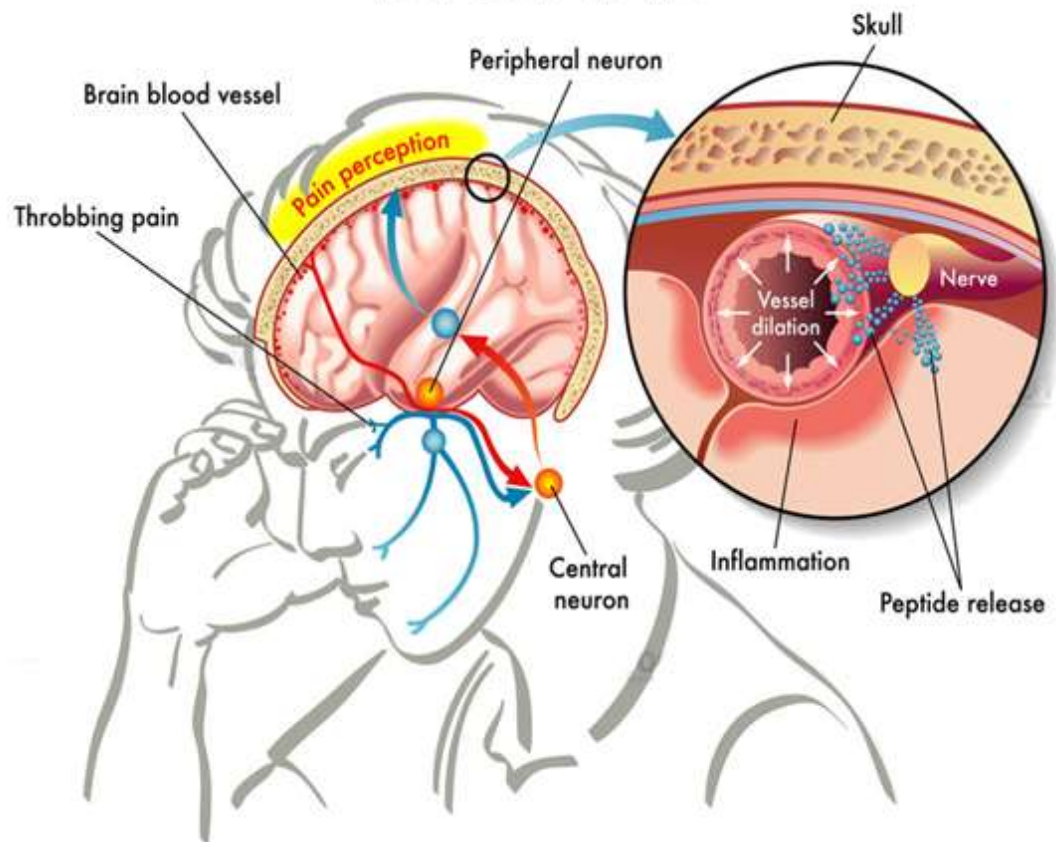


Рис.9

### Клинический пример №32

Женщина 32 года поступила в отделение с жалобами на сильную головную боль давящего характера, преимущественно в правой половине головы, отдающую в глазницы, возникающую, как правило, вечером раз в неделю, непереносимость яркого света и громких звуков.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной около двух лет, когда впервые появились головные боли данного характера. Пациентка самостоятельно принимала анальгетики, без положительной динамики. На

данный момент обратился за помощью к неврологу всвязи с ухудшением состояния.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, первым ребёнком. Росла и развивался нормально. Считает себя здоровой. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови без особенностей. МРТ головного мозга – МР картина нерезко выраженной внутренней гидроцефалии.

**Клинический диагноз.** Мигрень без ауры с частыми приступами средней тяжести с преимущественной правосторонней локализацией.

**Рекомендации по лечению.** Таб. Drotaverini+Coffeini+Naproxeni+Paracetamoli+Pheniraminini maleatis по 1 таб. во время приступа; таб. Sumatriptani 100 мг по 1 таб. во время приступа; таб. Fabomotizoli 5 мг по 1 таб. 3 раза в день; умеренные физические нагрузки, регулярные прогулки, полноценный сон.

### **Клинический пример №33**

Женщина 52 года поступила в отделение с жалобами на сильную головную боль, головокружение, возникающее при вертикальном положении тела, шаткость при ходьбе, тяжесть в глазах и голове, общую слабость.

**Анамнез заболевания.** Со слов больной, головная боль беспокоит последние 12 лет, занимает половину головы, преимущественно слева, сопровождается светобоязнью, тошнотой, рвотой. Последнее ухудшение вечером 3 дня назад, когда появилась головная боль, локализованная в левой половине головы, светобоязнь, тошнота, многократная рвота съеденной

пищей. Самостоятельно принимала Acidi nicotinoyl-gamma-aminobutyrici, цитрамон, Ketorolaci без эффекта. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи и больная с диагнозом церебральный сосудистый криз доставлена в приемном отделении осмотрена дежурным неврологом, госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Страдает гипертонической болезнью, максимально АД до 150/90 мм рт.ст., адаптирована к АД 120/70 мм рт.ст., гипотензивные препараты постоянно не принимает. ОНМК, ЧМТ, ОИМ, нарушения ритма сердца, сахарный диабет, язвенную болезнь, вирусные гепатиты, туберкулез, онкозаболевания, вензаболевания, отрицает. Операции в анамнезе отрицает. Наследственный анамнез: не отягощен. Аллергологический анамнез: не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга выраженная шаткость. Динамическая атаксия – пальценосовую и пяточноколенную пробы выполняет с промахиванием с двух сторон.

**Топический диагноз.** В ходе обследования у пациентки не выявляется очаговая неврологическая симптоматика. Исходя из описания приступов головной боли (локализованная преимущественно в левой половине головы, сопровождается светобоязнью, тошнотой, рвотой) и данных анамнеза (подобные эпизоды головной боли беспокоят в течение 12 лет) можно предположить идиопатический характер заболевания.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, КТ головного мозга, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ без особенностей. ЭЭГ – плоский тип ЭЭГ. УЗДС БЦС – признаки нестенозирующего атеросклероза БЦА. Без значимых нарушений гемодинамики.

**Клинический диагноз.** Мигрень без ауры (простая мигрень) с частыми приступами, средней тяжести с преимущественной левосторонней локализацией.

**Рекомендации по лечению.** Р-р Dextrosi 10% 200 мл + р-р Insulini solubilis [humani biosynthetici] 6 ЕД + р-р КСl 4% 10 мл + р-р MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р-р Aescini lysinatis 5 мл + р-р NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Aethylmethylhydroхурidini succinatis 125 мг по 1 таб. 3 раза в день; р-р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; Физиотерапия (УВЧ, лазеротерапия); таб. Sumatriptani 100 мг по 1 таб. во время приступа; массаж ШВЗ.

## ДРУГИЕ СИНДРОМЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ.



Рис.10

## Клинический пример №34

Женщина 28 лет поступила в отделение с жалобами на диффузную давящую головную боль, сдавливающего типа («обруч» вокруг головы), легкое головокружение, общую слабость.

**Анамнез заболевания.** Головные боли беспокоят в течение последних 4–5 дней. Возникли после сложного периода на работе, приходилось поздно ложиться спать, стресса, связанного с работой. Возникают преимущественно в дневное время, уменьшаются после сна. Прием нестероидных противовоспалительных средств купирует головную боль.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, первым ребёнком. Росла и развивалась в соответствие с возрастом нормально. Страдает хроническим гиперацидным гастритом. Операции отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, КТ головного мозга, УЗДС БЦА без особенностей.

**Клинический диагноз.** **Нечастая эпизодическая головная боль напряженного типа не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц.**

**Рекомендации по лечению.** Капс. Idebenoni 30 мг, по 1 капс. 2 раза в день; таб. Extracti foliorum Ginkgo bilobae 20 мг по 1 таб. 2 раза в день; таб. Pentoxifyllini 400 мг по 1 таб. 2 раза в день; таб. Hydroxyzini 25 мг, по 1/2 таб. 2 раза в день; ЛФК, массаж шейно–воротниковой зоны.

## Клинический пример №35

Девушка 16 лет поступила в отделение с жалобами на головные боли в лобной, затылочной, височной области, сдавливающего и пульсирующего характера, появляющиеся после обеда, сопровождающиеся тошнотой, купирующиеся приемом Ibuprofenia, 3–4 раза в неделю, учащающиеся на фоне психо–эмоциональных нагрузок; чувство напряжения в затылочной и задней шейной области, головокружение при резком подъеме с кровати, потемнение в глазах, проходящее самостоятельно через несколько секунд; утомляемость, необходимость послеобеденного сна; трудности при работе требующей длительного сосредоточения, рассеянность внимания.

**Анамнез заболевания.** Головные боли беспокоят более двух лет, отмечает учащение и усиление приступов головной боли в последние 1–2 месяца, уменьшение обезболивающего эффекта Ibuprofenia, необходимость принятия второй таблетки для полного купирования головной боли. Обратилась к неврологу по месту жительства, направлена для обследования и лечения.

**Анамнез жизни.** Мать (со слов) страдала синдромом позвоночной артерии. Отец болел в молодости головными болями напряжения. Семья полная. Эмоциональная атмосфера в семье теплая. Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне токсикоза 1 половины, угрозы прерывания. Роды 1, срочные, самостоятельные. Вес 3400, рост 53 см. Со слов мамы, наблюдалась у невролога в связи с перинатальной энцефалопатией, лечения не получала. Ходит с 11 месяцев, речь предложениями с 1,7 лет. Контакты со сверстниками устанавливает легко. Девочка учится в 11 классе, в данное время интенсивно готовится к выпускным экзаменам, занимается с репетиторами. Занимается танцами. ЧМТ отрицает. Детскими инфекциями не болела. Аллергию на медицинские препараты отрицает. Судороги отрицает. Страдает хроническим пиелонефритом. Последнее обострение около года назад. Около недели назад

были боли в правой поясничной области, в связи с чем начала самостоятельно принимать фурагин и канефрон. На момент осмотра боли в поясничной области не беспокоят.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ без особенностей. ЭЭГ – умеренные изменения биопотенциалов головного мозга с дисфункцией лимбико–ретикулярного комплекса. Признаков эпилептиформной активности не выявлено.

**Клинический диагноз.** Головная боль напряжения на фоне резидуально–органического поражения ЦНС.

**Рекомендации по лечению.** Таб. Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 125 мг по 1 таб. 3 раза в день; р–р Vinprocetini 5 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Acidi aminophenylbutyrici 250 мг по 1 таб. 3 раза в день; ЛФК, массаж воротниковой зоны.

### **Клинический пример №36**

Девочка 12 лет поступила в отделение с жалобами на периодические головные боли давящего характера, отдающие в глазницы, возникающее от эмоциональных, умственных и физических нагрузок, быструю утомляемость.

**Анамнез заболевания.** Больна несколько месяцев, когда стала плохо переносить умственную и эмоциональную нагрузку, появились жалобы на головную боль. Ранее за медицинской помощью не обращались, лечения не получала.

**Анамнез жизни.** Ребенок от второй беременности. Беременность протекала нормально. Мать инфекционных заболеваний в течение

беременности не переносила. Питание удовлетворительное. Роды 2, в срок, самостоятельные, стремительные, без анестезии. Закричала сразу, к груди приложена в родильном зале. Оценка по шкале Апгар 7 баллов. Вскармливание естественное. Развитие моторики: начал держать голову с 4-го месяца. С 5-го месяца переворачивается на живот, с 6-го месяца сидит. Психическое развитие: улыбается с 1 месяца, начала гулить с 5-ти месяцев, произносить отдельные слоги с 10-ти месяцев, с 1,5 лет произносит слова. Семейный анамнез: туберкулез, алкоголизм, венерические, у родственников отрицает. Перенесенные заболевания: ветряная оспа – 9 лет; ОРВИ – с 5-и лет 1–2 раза в год в осенне–зимний период. Прививки по индивидуальному графику.

**Данные объективного осмотра.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, УЗИ БЦА без особенностей.

**Клинический диагноз. Нечастая эпизодическая головная боль напряжения, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц.**

**Рекомендации по лечению.** Р-р Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 2 мл, в/м 1 раз в день; таб. Vinpocetini 500 мг по 1 таб. 1 раз в день; таб. Tetramethyltetraazabicyclooctandioni 300 мг по 1 таб. 3 раза в день; электрофорез с Aminophyllini; массаж шейно–воротниковой зоны.

## **Клинический пример №37**



# СИНДРОМ ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ.

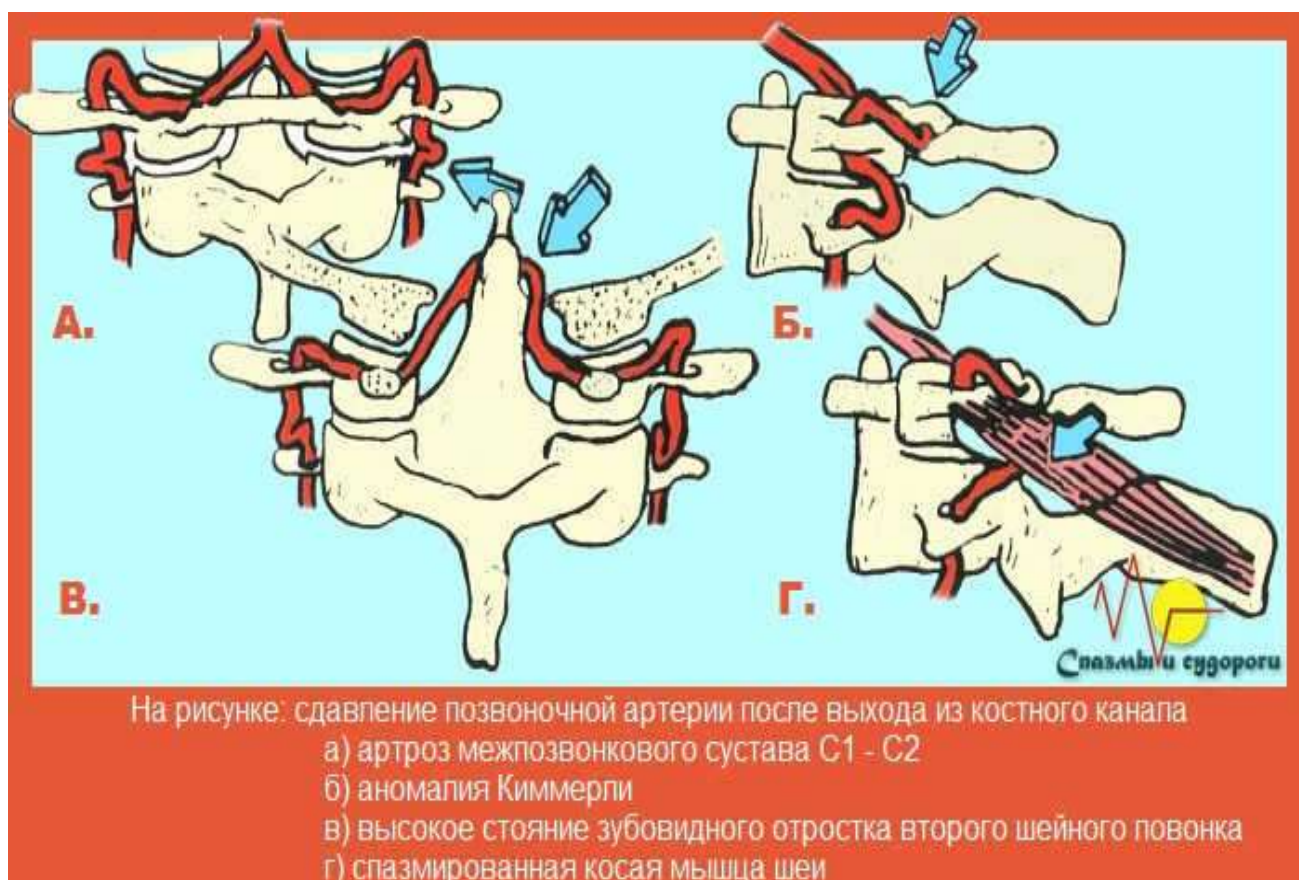


Рис.11

## Клинический пример №38

Женщина 58 лет поступила в отделение с жалобами на головокружение, усиливающееся при смене положения тела, головную боль в затылочной области давящего характера, умеренную шаткость при ходьбе, болезненность трапецевидных мышц.

**Анамнез заболевания.** Заболела день назад, когда внезапно при смене положения тела почувствовала головокружение, появилась выраженная шаткость при ходьбе. Измерила АД – 160/90 мм рт.ст. Самостоятельно приняла гипотензивные препараты, состояние улучшилось. На следующий день ситуация повторилась вновь: усилилось головокружение, появилась

головная боль давящего, сжимающего характера, передвигалась «по стеночке». Мужем на личном транспорте была доставлена в приёмном отделении. Госпитализирована в НСО.

**Анамнез жизни.** Страдает гипертонической болезнью около шести лет, максимально АД до 230/120 мм рт.ст., адаптирована к АД 130/80 мм рт.ст., постоянно принимает лористу, андипал. Диффузный токсический зоб, принимает эутирокс 150 мг ОНМК, ОИМ, нарушения ритма сердца, ЧМТ, сахарный диабет, язвенную болезнь, вирусные гепатиты, туберкулез, онкозаболевания, вензаболевания, отрицает. Операции: холецистэктомия около 7 лет назад, аппендэктомия – давно. Наследственный анамнез: не отягощен. Аллергологический анамнез: не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей. Неврологический статус. **Черепные нервы.** VIII (n.vestibulocohlearis) – мелкокоразмашистый нистагм при взгляде в стороны. Отмечает системное головокружение (со слов больной «предметы двигаются вокруг, как карусель»).

**Система чувствительности.** Мышечно–тонический синдром на уровне С2–С6. Болезненность трапецевидной мышцы, больше справа.

**Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга выраженная шаткость. Динамическая атаксия – пальценосовую и пяточноколенную пробы выполняет с промахиванием и атаксией с двух сторон.

**Топический диагноз.** В ходе обследования объективной очаговой симптоматики не выявлено. Данная симптоматика может говорить о раздражении корешков спинномозговых нервов на уровне С2–С6.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ без особенностей. Рентгенография шейного отдела позвоночника – признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника, функциональная нестабильность на уровне С4–С5 двигательного сегмента. УЗДС БЦС – признаки атеросклероза брахиоцефальных артерий, с дефицитом кровенаполнения позвоночных

артерий – на фоне малого диаметра и извитого хода в костном канале, с неустойчивым кровотоком на уровне С2–С3–С4–С5. ЭЭГ – легкие диффузные изменения биопотенциалов головного мозга регуляторного характера с дисфункцией лимбико–ретикулярного комплекса. Консультация офтальмолога – диски зрительных нервов бледно–розовые, границы четкие. Артерии умеренно сужены, вены расширены. Ангиопатия сетчаток.

**Клинический диагноз. Синдром вертебральной артерии на фоне шейного остеохондроза, нестабильности С4–С5, малого диаметра и извитого хода в костном канале позвоночных артерий с дефицитом кровенаполнения. Гипертоническая болезнь II ст., риск ССО2, церебральный атеросклероз.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 200 мл + р–р Insulini solubilis [humani biosynthetici] 6 ЕД + р–р KCl 4% 10 мл + р–р MgSO4 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Ketopropheni 10% 1 мл в/м по 1 раз в день; капс. Omeprazoli 20 мг по 1 капс. 1 раз в день; р–р Tolperisoni 10% 1 мл в/м 1 раз в день; р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; физиотерапия (УВЧ, лазеротерапия); массаж ШВЗ.

## 6. ПОРАЖЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ НЕРВОВ, НЕРВНЫХ КОРЕШКОВ И СПЛЕТЕНИЙ.

### НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

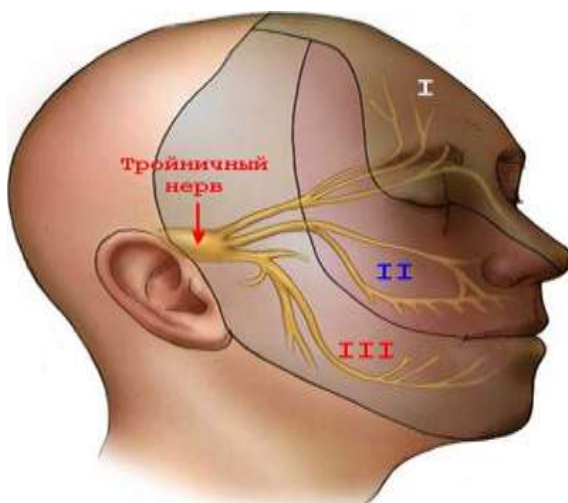


Рис.12

#### Клинический пример №39

Женщина, 49 лет, поступила в отделение с жалобами на периодические выраженные боли в нижней части правой половины лица, стреляющего, жгучего характера, усиливающиеся при жевании, разговоре.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной около месяца, когда появились периодические (около 2–3 раз в неделю) жгучие, стреляющие боли в нижней части правой половины лица, за помощью не обращалась, самостоятельно принимала Ibuprofeni, кетонал без положительной динамики. Вчера появилась жгучая, интенсивная боль в лице, НПВС не купировалась. Обратилась за медицинской помощью, была госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок. Росла и развивалась нормально. Жилищно – бытовые условия хорошие. В настоящий момент

работает. Из перенесенных заболеваний отмечает: аппендэктомия. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** V пара (n. trigeminus) – пальпация точек выхода 2, 3 ветви тройничного нерва справа болезненная. IX (n. glossopharyngeus).

**Топический диагноз.** В ходе обследования у пациентки выявляется: поражение 2 и 3 ветвей тройничного нерва в виде компрессионной невралгии со специфическим пароксизмальным проявлением симптомов раздражения.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ, КТ головного мозга, УЗИ БЦС без особенностей. Осмотр офтальмолога: OU – Гиперметропия слабой степени. Ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу.

**Клинический диагноз. Невралгия второй, третьей ветвей тройничного нерва справа, обострение, выраженный болевой синдром.**

**Рекомендации по лечению.** Таб. Carbamazepini 200 мг по 1 таб. 2 раза в день; таб. Amitriptylini 25 мг по 1 таб. на ночь; физиотерапия (чрескожная электростимуляция); иглорефлексотерапия.

### **Клинический пример №40**

Женщина 36 лет поступила в отделение с жалобами на резкие стреляющие боли в области правой щеки, уха. Боль в виде приступа длительностью 20–30 секунд, возникает внезапно, без провоцирующих факторов.

**Анамнез заболевания.** Приступы болей появились со вчерашнего дня, днем было 2 приступа, ночью 4 раза, прерывая сон больной.

**Анамнез жизни.** Хронические заболевания отрицает. Операции, травмы отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Не работает, находится в отпуске по уходу за ребенком. Травмы, переохлаждения накануне отрицает.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы. V.** Тройничный нерв. Пальпация места выхода 2 ветви тройничного нерва болезненна, легкая перкуссия зоны иннервации 2 ветви тройничного нерва резко болезненна.

**Топический диагноз.** Данная симптоматика характерна для периферического поражения 2 ветви тройничного нерва.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, МРТ головного мозга без патологии.

**Клинический диагноз. Невралгия второй ветви тройничного нерва справа, обострение, выраженный болевой синдром.**

**Рекомендации по лечению.** Капс. Pregabalini 75 мг по 1 капс. 2 раза в день; таб. Iridacrini 20 мг по 1 таб. 3 раза в день.

## ПОРАЖЕНИЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА.

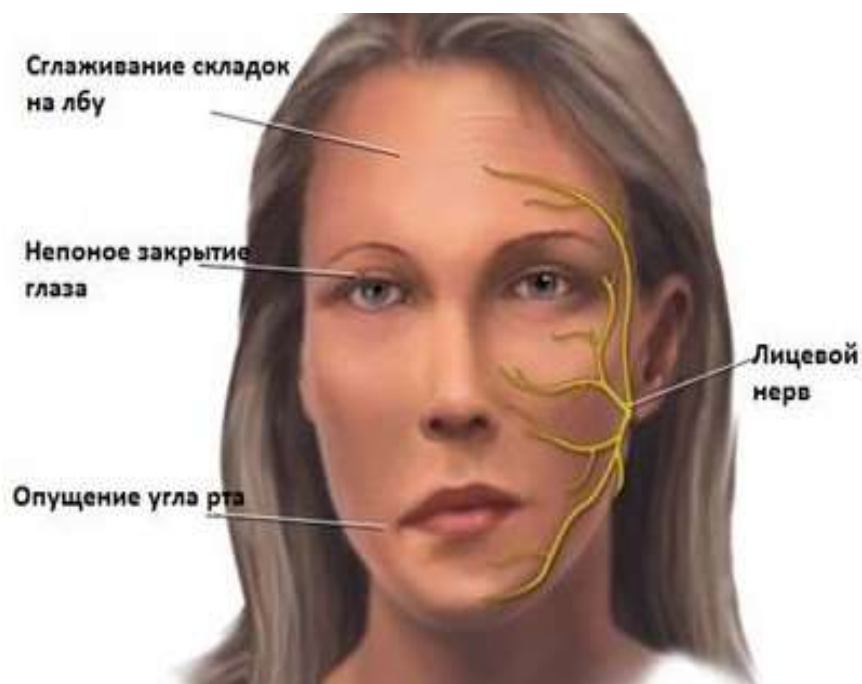


Рис.13

### Клинический пример №41

Мужчина 51 год поступил в отделение с жалобами на асимметрию лица слева, невозможность закрыть глаз, улыбнуться, показать зубы.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больным в течение недели, когда появились неприятные ощущения, выражающиеся болевым синдромом в височной и заушной области, а на утро появились основные симптомы заболевания. Ни с чем своё заболевание не может связать. Был доставлен в приёмное отделение, госпитализирован в неврологическое отделение для обследования и лечения.

**Анамнез жизни.** Родился в полноценной семье. Рос и развивался в соответствие с возрастом. Из перенесённых заболеваний отмечает простудные, детские инфекции, нейропатия правого лицевого нерва 6 лет назад. Гемотрансфузий не было. Аллергоанамнез не отягощён. Наследственность не отягощена.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** VII пара – лицевой нерв. Асимметрия лица слева. Пораженная сторона лица маскообразна: сглажены складки лба и носогубная складка, угол рта опущен. При попытке произвести движение мимическими мышцами асимметрия лица усугубляется: при наморщивании лба складок не образуется, при зажмуривании глазная щель не смыкается, глазное яблоко отходит кверху и видна полоска склеры (симптом Белла), при оскале зубов угол рта не поднимается, надуть щеки не может.

**Топический диагноз.** Поражение лицевого нерва на выходе из–за околоушной железы.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография черепа, ЭКГ без особенностей.

**Клинический диагноз. Острая невропатия левого лицевого нерва с поражением его дистального участка, с умеренным парезом мимической мускулатуры, острая стадия.**

**Рекомендации по лечению.** р–р Prednisoloni 60 мг + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно; Р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; р–р Piracetami 2% 5 мл; р–р Acidi thioctici 12 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Actovegini 10 мл – р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Acidi nicotiniци 1% – 1 мл; капс. Omeprazoli 20 мг внутрь по 1 капс. 1 раз в день.

## **Клинический пример №42**

Женщина 29 лет поступила в отделение с жалобами на боль, асимметрию лица справа, невозможность поднять бровь, зажмурить глаз, надуть щёку справа, слезотечение из правого глаза, беспокоит невнятная



речь, во время жевания иногда прикусывает щеку, жидкая пища выливается из угла рта.

**Анамнез заболевания.** Заболела 2 дня назад, когда появились боли в области уха справа, на следующий день возникло ограничение движений в мышцах лица справа «перекосило лицо» – не могла зажмурить глаз, надуть щеку справа, во время приема пищи возникли трудности при пережевывании. Накануне имело место переохлаждение – купалась в реке. Повышение температуры тела и наличие высыпаний отрицает. Пациентка обратилась к неврологу по месту работы и в этот же день была госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Росла и развивалась соответственно возрасту. ЧМТ, кожно–венерические заболевания, гепатиты, брюшной тиф, туберкулёз, онкологию, вредные привычки отрицает. Операций не было. Жилищно–бытовые условия хорошие. Родители пациентки страдают гипертонической болезнью. Аллергический анамнез не отягощён.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** VII пара – асимметрия лица, лагофтальм справа. Сглажена правая носогубная складка, усиление асимметрии при надувании щек и оскаливании зубов. Отсутствует наморщивание лба, нахмуривание бровей справа. Правый угол рта неподвижен. Вкус не нарушен. Симптом ресниц положительный справа.

**Топический диагноз.** Поражение периферического нейрона лицевого нерва в канале лицевого нерва ниже отхождения chordae tympani.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, рентгенография пирамид височных костей по Стенверсу, окулист без особенностей.

**Клинический диагноз.** Острая нейропатия лицевого нерва справа, с умеренным парезом мимической мускулатуры, острая стадия.

**Рекомендации по лечению.** p–p Prednisoloni 60 мг + p–p NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно; p–p Actovegini 5 мл + p–p NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно; p–p Pentoxifyllini 10 мл + p–p NaCl 0,9% 400 мл в/в капельно; таб. Acidi orotici по 1 таб. 3 раза в день; кап. Omeprazoli 20 мг по 1 капс. 1 раз в день; УФО на правую заушную область; иглорефлексотерапия; точечный массаж мимических мышц справа; массаж шейно–воротниковой зоны; лечебная физкультура для мимических мышц (упражнения перед зеркалом).

## ПОРАЖЕНИЕ ДРУГИХ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ

### Клинический пример №43

Мужчина 56 лет поступил в отделение с жалобами на сильное головокружение, с многократной рвотой, шумом в голове, нарушением ходьбы.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро. Накануне ушел с работы по причине плохого самочувствия. Лег спать, проснулся из–за головокружения, позывов на рвоту. Рвота повторялась неоднократно, с трудом добирался до туалета из–за головокружения, нарушения равновесия. Со слов жены у пациента была рвота при каждой попытке двигаться. Поэтому больной всегда принимал вынужденное положение «лежа на боку». Предпринимаемые попытки лечения не помогали, была вызвана «Скорая помощь» и пациент был доставлен в приемное отделение больницы. Примерно за две недели до случившегося перенес ОРЗ и «нервный срыв». Неврологический анамнез не отягощен.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок, вторым ребёнком. Рос и развивался нормально. Из перенесенных заболеваний отмечает: хронический латентный пиелонефрит, искривление носовой перегородки,

эутиреоидный мелкоузловой зоб 1–ой степени. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Периодические головные боли возникают на фоне повышенного АД. Головные боли могут сопровождаться тошнотой, чувством проваливания, неустойчивости, тревогой. Сегодня рвота – многократна, с кратковременным облегчением. Выбирает вынужденное положение – лежа на правом боку. За время осмотра имела место однократная рвота при попытке встать. **Черепные нервы.** VIII (n.vestibulocohlearis) – слух сохранен с двух сторон. Выявляется спонтанный нистагм второй степени при взгляде вправо, клонический, крупноразмашистый. **Двигательная система.** Выявляется мелкий тремор вытянутых пальцев рук. **Система координации.** Статическая атаксия, с большим отклонением влево. Динамическая атаксии – пальценосовую пробу выполняет неуверенно с обеих сторон. Походка с отклонением влево. **Вегетативная система.** Гипергидроз. Повторная рвота.

**Топический диагноз.** Двигательные расстройства в данном случае атаксии (явная латерализация в отоневрологических пробах, указание пациентом направления головокружения) свидетельствуют о поражении вестибулярной порции восьмой пары ЧМН на уровне от внутреннего уха до входа кохлео–вестибулярного нерва в ствол мозга в мостомозжечковом углу. Выраженность вегетативных проявлений (тошнота, рвота, гипергидроз и др.) также говорят о периферическом характере поражения.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, ЭХО – кардиограмма, дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий без особенностей. ЭЭГ – легкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, без очаговости и эпилептиформности. Осмотр отоневролога. Спонтанный горизонтальный нистагм вправо, второй степени, крупноразмашистый,

сохраняющийся в очках +20 Д. Проба Хальмаги положительна влево. Проба Унтербергера с латерализацией влево. В позе Ромберга отклоняется влево. Координаторные пробы выполняет неуверенно. Оптикокинетический нистагм сохранен, с легкими коррегирующими саккадами. Заключение: при осмотре выявляется асимметрия «по лабиринту» за счет гипофункции слева. Вероятный диагноз – левосторонний вестибулярный нейронит. Суточный мониторинг ЭКГ по Холтеру – небольшие изменения ST, вероятно, не связаны с ишемией миокарда. СМАД мягкая постоянная систолодиастолическая артериальная гипертензия с выраженными особенностями – высокие показатели утреннего прироста по скорости и по величии ДАД, по скорости САД. УЗИ органов брюшной полости, почек УЗ–признаки кисты печени на фоне увеличения. КТ головного мозга – очаговых изменений не выявлено. Срединные структуры не смещены. МРТ головного мозга очаговых изменений не выявлено.

**Клинический диагноз. Левосторонний вестибулярный нейронит.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dexamethasoni 8 мл + р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Metoclopramidi 1 мл в/м 1 раз в день; р–р Actovegini 5 мл + р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; ЛФК, комплекс вестибулярной реабилитации.

## **МОНОНЕВРОПАТИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ.**

### **Клинический пример №44**

Мужчина 36 лет поступил в отделение с жалобами на ограничение движений в третьем, четвертом, пятом пальцах левой кисти, а также

онемение на тыльной поверхности в области третьего, четвертого, пятого пальцах левой кисти.

**Анамнез заболевания.** Больным себя считает в течение 11 лет, когда в результате травмы в нижней трети предплечья левой руки (порезался ножом) отмечалось обильное кровотечение, обратился за медицинской помощью и был прооперирован хирургом. В дальнейшем неоднократно с данными жалобами обращался в поликлинику.

**Анамнез жизни.** Больной родился 2-м ребенком в семье. Рос и развивался соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: гепатит в 5 классе, бронхит, грипп, ОРВ. Туберкулез, венерические заболевания отрицает. Переливания крови не проводились. Наследственность неотягощена. Аллергию на лекарственные препараты отрицает.

**Данные общего осмотра.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** **Двигательная система.** Наблюдается атрофия межкостных промежутков гипотенора левой руки. Гипестезия от области гипотенора по тыльной поверхности 3, 4, 5 пальцев левой руки. 5 палец левой руки не приводится. Большой палец с 5 пальцем сопоставляется с трудом. Ограничение активных движений в 3, 4, 5 пальцах левой руки. **Чувствительная система.** При пальпации наблюдается болезненность в проекции локтевого и срединного нервов в нижней трети предплечья левой руки. Анестезия от области гипотенора по тыльной поверхности кисти на уровне 3, 4, 5 пальцев левой руки.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ без особенностей.

**Топический диагноз.** Повреждение локтевого и срединного нервов в области нижней трети предплечья левой руки.

**Клинический диагноз.** Травматическая нейропатия левого срединного и локтевого нерва в нижней трети предплечья левой руки.

**Рекомендации по лечению.** Оперативное лечение – невролиз локтевого и срединного нерва левой руки под местной анестезией. После операции в восстановительный период ЛФК.

### **Клинический пример №45**

Мужчина 34 года поступил в отделение с жалобами на невозможность разогнуть правую руку в лучезапястном суставе, невозможность разогнуть пальцы.

**Анамнез заболевания.** Со слов заболел остро утром, когда после сна обнаружил невозможность разогнуть кисть и пальцы правой. Спал на твердом полу, подложив под себя правую руку, накануне злоупотреблял алкоголем. В течение дня состояние не улучшилось. Обратился за помощью.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок, первым ребёнком. Рос и развивался нормально. Злоупотребляет алкоголем. В детстве переболел ветрянкой. Аппендэктомия в 16 лет. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Двигательная система.** Отмечается парез разгибателей кисти и разгибателей пальцев правой руки. Трицепитальные рефлексy S>D. **Система координации.** Динамическая атаксии – пальценосовую пробу выполняет правильно слева, справа не выполняет. **Система чувствительности.** Отмечается гипестезия по невральному типу на тыле предплечья и тыле кисти.

**Топический диагноз.** Учитывая слабость в разгибателях кисти и разгибателях пальцев, а также нарушение чувствительности по невральному в тыле кисти и по задней поверхности плеча поражен лучевой нерв и тыльный кожный нерв предплечья в средней трети плеча.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, КТ головного мозга, рентгенография правого плеча без особенностей. ЭНМГ – отмечается снижение скорости проведения и амплитуды М-ответа по левому лечевому нерву.

**Клинический диагноз. Компрессионная нейропатия правого лучевого нерва.**

**Рекомендации по лечению.** Таб. Acidi thioctici 600 мг по 1 таб. 1 раз в день; таб. Iridacrini 20 мг по 1 таб. 3 раза в день; таб. Pentoxuphyllini 400 мг по 1 таб. 2 раза в день; р-р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; ЛФК.

## **МОНОНЕВРОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.**

### **Клинический пример №46**

Ребенок 14 лет поступил в отделение с жалобами на слабость левой ноги, периодически возникающее чувство онемения, ползания мурашек, покалывания слева в области пальцев, стопы и задненаружной поверхности голени.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больным после полученных 2 года назад в результате ДТП травматических повреждений – перелом левой вертлужной впадины, закрытый перелом медиальной лодыжки левой голени, травматический неврит седалищного нерва слева. ЧМТ. Ушиб головного мозга легкой степени. Было выполнено оперативное вмешательство – открытое вправление вывиха головки бедренной кости слева. После проведенного лечения и снятия гипса стал отмечать боль в ягодичной

области слева, иррадиирующую по задненаружной поверхности в голень и стопу, которая усиливалась при изменении положения тела или конечности, а также слабость левой ноги. С подобными жалобами обратился за медицинской помощью. Был установлен диагноз: Травматический неврит левого седалищного нерва. Парез левой нижней конечности. Реабилитационные мероприятия включали: диуретики, витамины группы В, ноотропы, ангиопротекторы, биостимуляторы, антихолинэстеразные препараты, физиопроцедуры, миотон, массаж, ЛФК, механотерапия. На фоне проводимого лечения состояние несколько улучшилось, уменьшились болевые ощущения. В дальнейшем больной периодически проходил курсы реабилитационной терапии. Динамика состояния: исчезли боли, однако продолжает сохраняться парез левой нижней конечности. В течение последних 2 месяцев стал отмечать периодически возникающее чувство онемения, ползания мурашек, покалывания слева в области пальцев, стопы и задненаружной поверхности голени, что заставило обратиться за медицинской помощью.

**Анамнез жизни.** Родился первым по счету ребенком в семье. В детские и школьные годы развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. После полученной травмы находился на домашнем обучении. Условия быта и питания больного в настоящее время удовлетворительные. Из перенесенных заболеваний в прошлом отмечает детские инфекции – ветряная оспа. Также болел простудными заболеваниями. Аллергические реакции на пищевые, химические, лекарственные вещества отрицает.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Двигательная система.** Отмечается гипотрофия мышц левого бедра, голени и стопы. Окружность бедра D=50 см, S=41 см на симметричных участках. Окружность голени D=35 см, S=28 см на симметричных участках. Походка нарушена за счет затруднения сгибания в коленном суставе, отсутствия движений в голеностопном суставе левой нижней конечности. Ходьба на пятке и на пальцах слева не возможна. Объем



активных движений в левом голеностопном суставе отсутствует. Стопа свисает. Тонус мышц левой конечности снижен – гипотония, в остальных мышцах достаточный. Проба Барре – слева положительная. Рефлексы. Коленные рефлексы  $S < D$ . Ахилловы рефлексы, справа – сохранен, слева – не определяется. Подошвенные рефлексы справа – сохранен, слева – не определяется. **Координаторные пробы.** Проведение пяточно–коленной пробы слева затруднено из–за пареза левой нижней конечности. **Чувствительность.** Болевая, температурная, тактильная чувствительность снижена (гипэстезия) слева на стопе и задненаружной поверхности голени. Отмечается болезненность в точке Валле слева при надавливании посередине ягодичной складки, в подколенной ямке слева, позади внутренней лодыжки слева, а также в точке Бехтерева слева при надавливании на середину подошвы. Симптомы натяжения. Симптом Ласега, положителен слева.

**Топический диагноз.** Двигательные нарушения: гипотрофии мышц левого бедра, голени и стопы, снижение коленного рефлекса слева  $S < D$ , утрата ахиллова и подошвенного рефлексов слева– что характерно для периферического пареза. Чувствительные нарушения: гипэстезии поверхностной и некоторых видов глубокой чувствительности слева на стопе и задненаружной поверхности голени, болезненность в точке Валле, в подколенной ямке, позади внутренней лодыжки, а также в точке Бехтерева слева; положительный симптом Ласега слева, характерно при невральном типе нарушения. Эти нарушения позволяют предположить "высокое" поражение седалищного нерва.

**Результаты дополнительного обследования.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, доплерография артерий нижних конечностей без особенностей. ЭНМГ н.к. – неполное перерождение седалищного, большеберцового и малоберцового нервов слева.

**Клинический диагноз.** Посттравматическая нейропатия левого седалищного нерва. Парез левой нижней конечности.

Таб. Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini, по 1 таб. 3 раза в день; р-р Neostigmini methylsulfatis 0,05% 1 мл п/к 1 раз в день; электрофорез с Hyaluronidasi; идуктотермия; токи УВЧ на левую ягодичную область; массаж; лечебная физкультура.

### **Клинический пример №47**

Женщина 56 лет поступила в отделение с жалобами на слабость сгибания и разгибания правой стопы, онемение и боли в стопах. Беспокоит нарушение походки, при ходьбе высоко поднимает правую ногу.

**Анамнез заболевания.** Больная 2 года страдает сахарным диабетом. Принимала диабетон в таблетках. С детства страдает ожирением. Год назад произведена конверсия в лапаротомию, желудочное шунтирование по Ру по поводу морбидного ожирения. В послеоперационном периоде было применено тугое бинтование нижних конечностей. После чего больная отмечает появление слабости в дистальных отделах правой нижней конечности. Усилилось чувство онемения и боли в нижних конечностях. Для продолжения лечения поступила в неврологическое отделение.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, первым ребёнком. Росла и развивалась нормально. Из перенесенных заболеваний отмечают: Гипертоническая болезнь в течении 5 – ти лет. Постоянно принимает Enalapril 5 мг утром и вечером. Перенесла аппендэктомию. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Двигательная система.** Отмечается ограничение активных движений в правой стопе. Разгибание правой стопы снижено до трех баллов, сгибание правой стопы снижено до 4 баллов. Сухожильные рефлексы коленные L2–L4, ахилловы S1–S2 отсутствуют с обеих сторон. Периостальные рефлексы – карпорадиальный C5–8 повышен

справа. Поверхностные рефлексы – подошвенные—снижены, D=S. Система чувствительности. Поверхностная чувствительность: нарушена болевая чувствительность по периферическому дистальному типу с обеих сторон.

## МОНОНЕВРОПАТИИ (НЕВРОПАТИИ)

- I. срединного нерва
- II. локтевого нерва
- III. лучевого нерва
- IV. малоберцового нерва
- V. большеберцового нерва
- VI. седалищного нерва



Рис.14

**Топический диагноз.** Двигательные расстройства в данном виде свидетельствуют о поражении малоберцового и большеберцового нервов справа. Чувствительные расстройства в виде дистальной гипестезии нижних конечностей свидетельствуют о наличии полиневритического синдрома. Учитывая в анамнезе наличие сахарного диабета, следует думать о диабетической полинейропатии нижних конечностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. ЭНМГ н.п. – очаговая умеренно выраженная демиелинизирующая

сенсомоторная невропатия правого малоберцового нерва на уровне головки малоберцовой кости с блоком проведения 1 степени. Умеренно выраженная моторная невропатия правого большеберцового нерва. Сенсорные потенциалы (икроножный нерв, поверхностная ветвь малоберцового нерва) справа не получены на максимально технически возможной силе тока (выраженная отечность голени, бедра). Ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей. Неокклюзирующий тромбоз мышечной вены камбаловидной мышцы левой нижней конечности.

**Клинический диагноз. Демиелинизирующая невропатия правого малоберцового и большеберцового нервов компрессионного ишемического характера с умеренным нарушением функции. Диабетическая полинейропатия нижних конечностей с рефлексаторными и чувствительными нарушениями на фоне сахарного диабета 2 – го типа, целевой уровень HbA1C мене 7%. Метаболический синдром. Морбидное ожирение: состояние после оперативного лечения. Гипертоническая болезнь 2 ст. Рис ССО 3 ст.**

**Рекомендации по лечению.** р-р Acidi thioctici 300 мг 10 мл + р-р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р-р Pentoxuphyllini 2% – 5 мл + + р-р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р-р Iridacrini 15 мг – 1 мл в/м 2 раз в день; р-р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг по 1 таб. 1 раз в день; таб. Enalapriili 5 мг по 1 таб. 2 раза в день; ЛФК; массаж нижних конечностей.

## **7. ПОЛИНЕВРОПАТИИ И ДРУГИЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.**

### **НАСЛЕДСТВЕННАЯ И ИДИОПАТИЧЕСКАЯ НЕВРОПАТИЯ.**

#### **Клинический пример №48**

Ребенок 17 лет поступил в отделение с жалобами на слабость и онемение в верхних и нижних конечностях, затруднение ходьбы, боли в мышцах обеих голени, повышенную мышечную утомляемость.

**Анамнез заболевания.** Со слов матери пациента болен с 10 летнего возраста, когда стали постоянными боли в мышцах голени, затруднилась ходьба. В семье никто наследственными заболеваниями не страдает. После обследования выставлен диагноз: Наследственная мотосенсорная невропатия 1 А типа, синдром Руси–Леви. Установлена 3 группа инвалидности. По характеру заболевание медленно прогрессирующее, с обострениями до 2–3 раз в год. Ухудшение состояния в последние несколько дней, когда усилились боли в нижних конечностях, затруднилась походка. Обратился к неврологу поликлиники был госпитализирован.

**Анамнез жизни.** Операции, травмы отрицает. Туберкулез, вирусный гепатит, онкозаболевания отрицает. Гемотрансфузии отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного обследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** **Двигательная сфера.** Трофика мышц. Псевдогипертрофии мышц голени, гипотрофия мышц дистальных отделов верхних и умеренная атрофия мышц дистальных отделов нижних конечностей. Объем активных движений в дистальных отделах верхних и нижних конечностей ограничен. Мышечный тонус в дистальных отделах

верхних и нижних конечностей снижен умеренно. Мышечная сила снижена: парез предплечий и кистей рук до 4 – х баллов; голеней и стоп до 3 – х баллов. Физиологические рефлексy бицепитальные, трицепитальные низкие, D=S, карпорадиальные отсутствуют D=S. Коленные, ахилловы, подошвенные справа отсутствуют. **Чувствительная система.** Поверхностная и глубокая чувствительность снижены по полиневритическому типу в верхних и нижних конечностях. **Координаторная система.** Походка паретическая, положителен симптом лестницы, двусторонний степпаж. Проба Ромберга неустойчивость Сенситивная атаксия +. Пальце–носовая проба выполняет с легкой интенцией с обеих сторон. Пяточно–коленную пробу выполняет с умеренной интенцией с обеих сторон. Адиадохокинез, гиперметрия с обеих сторон. Интенционный тремор обеих сторон.

**Топический диагноз.** Множественные очаги поражения расположены на уровне периферических нервов верхних и нижних конечностей.

**Клинический диагноз.** **Наследственная мотосенсорная невропатия 1 А типа, синдром Руси–Леви, аутосомно–доминантный тип наследования, неомутация, сухожильная арефлексия, дистальный тетрапарез с преобладанием в нижних конечностях, умеренно выраженные чувствительные, трофические, двигательные нарушения, сенситивная атаксия, полая деформация стоп.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Ketorolaci 1 мл в/м 1 раз в день; р–р Экстракт Алоэ 2 мл в/м 1 раз в день; р–р Actovegini 2 мл в/м 1 раз в день; р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; лечебная физкультура; электрофорез с Neostigmini methylsulfatisом на грудной отдел позвоночника (межлопаточная область) и область икроножных мышц; диадинамические токи на поясничный отдел позвоночника.

## Клинический пример №49

Мужчина 61 год поступил в отделение с жалобами на слабость в нижних и верхних конечностях, онемение в дистальных отделах верхних и нижних конечностей, чувство жжения в подошвах при давлении на них, общую слабость.

**Анамнез заболевания.** Со слов больного состояние ухудшилось около 4–х дней назад, когда стала нарастать слабость в нижних конечностях. Считает себя больным в течение 4–х лет, когда после переохлаждения стал испытывать боль в подошвенной поверхности стоп при ходьбе по неровным поверхностям. Был вынужден носить мягкую обувь. Аналогичные проявления, но несколько меньшей выраженности отмечал и в руках. Затем стал обнаруживать уменьшение силы в ногах и руках, стопы похудели на 2 размера. До настоящего времени состояние постепенно ухудшается. Обратился в поликлинику по месту жительства. Госпитализирован.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок, первым ребёнком. Рос и развивалась нормально. ОНМК, ОИМ, СД отрицает. Перенес ЧМТ. Страдает гипертонической болезнью длительно. Операции: отрицает. Аллергический анамнез: не отягощен. Туберкулез, гепатиты у себя отрицает.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Двигательная система.** Отмечается вялый тетрапарез со снижением мышечной силы до 4–х баллов в верхних и нижних конечностях. Сухожильные рефлексы D=S, низкие, ниже в нижних конечностях.

**Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга не стоит.

**Схема чувствительности.** Отмечается расстройство поверхностной чувствительности по полиневритическому типу (по типу «перчаток и носок»).

**Топический диагноз.** Вышеперечисленные факты говорят о симметричном системном поражении периферических нервов.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови без особенностей. ЭКГ – ЧСС – 55 уд/мин., синусовая брадикардия. ЭОС не отклонена, признаки гипертрофии левого желудочка. ЭНМГ верхних и нижних конечностей – замедление проведения возбуждения по демиелинизирующему типу по сенсорным и моторным нервам верхних и нижних конечностей. УЗИ органов брюшной полости: УЗ признаки: умеренной гепатомегалии диффузных изменений печени, поджелудочной железы.

**Клинический диагноз.** Демиелинизирующая полинейропатия верхних и нижних конечностей с двигательными и чувствительными нарушениями.

**Рекомендации по лечению.** Р-р Cerebrolysini 10 мл + р-р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р-р Actovegini 5 мл + р-р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р-р Acidi thioctici 10 мл в/в струйно; таб. Iridacrini 20 мг по 1 таб. 3 раза в день.

### **Клинический пример №50**

Мужчина 65 лет поступил в отделение с жалобами на слабость в мышцах шеи – свисает голова, слабость и ограничение движений в руках и ногах, затруднение при вставании, ходьбе, стягивающие боли в мышцах плечевого пояса и бедер, усиливающиеся при изменении положения тела, сухость во рту, учащенное мочеиспускание.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больным в течение 3 дней – появились стягивающие боли в мышцах левого бедра, неловкость в левой ноге, затруднение при ходьбе. За медицинской помощью сразу не обратился. На следующий день появилась неловкость в обеих руках, трудно было одеться, вышел на работу, но работать не смог. Наросла слабость в левых



конечностях, появилась слабость в правых конечностях, возникли стягивающие боли в руках и ногах, сопровождающиеся напряжением мышц. Вызвал скорую помощь, был госпитализирован. Отмечает, что за 2 недели до настоящего ухудшения состояния был подъем температуры до субфебрильных цифр (37,2 – 37,4) в течение нескольких дней. Болей в горле, катаральных явлений, жидкого стула не было. Употребление алкоголя, токсических, наркотических веществ отрицает.

**Анамнез жизни.** Сахарный диабет, болен в течение года, получает новомикс 6:00 – 24 ед, 12:00 16 ед, 19:00 – 20 ед. Вирусный гепатит С, 2 года назад было обострение, лечился амбулаторно. Гипертоническая болезнь, адаптирован к АД 120–130/80 мм, гипотензивные препараты постоянно не принимал. Туберкулез легких в молодости. Оперирован по поводу ножевого ранения правого легкого. ОНМК, ЧМТ, ОИМ, нарушение ритма сердца, язвенную болезнь желудка, ДПК, онкологические и венерические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного обследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** Носогубные складки легко асимметричны. Парез грудино–ключично–сосцевидных мышц с двух сторон «свисающая голова», парез верхней порции трапецевидных мышц с двух сторон – невозможно поднимание плеч, подъем рук выше горизонтального уровня. **Двигательная система.** Тетрапарез в проксимальных отделах конечностей, в руках сила 4 балла, в ногах 3 балла. Глубокие рефлексы D=S, с рук очень низкие, с ног снижены. Дефанс прямых мышц шеи с двух сторон. Болезненность при пальпации мышц плечевого пояса, мышц бедер с двух сторон. **Система координации.** ПНП с промахиванием с двух сторон, ПКП не выполняет из-за пареза. В позе Ромберга пошатывание.

**Результаты специальных методов обследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, рентгенография легких без особенностей. Биохимические показатели крови Dextrosi – 9,4

ммоль/л. Гликемический профиль 17:00 – 8,3 ммоль/л, 20:00 – 7,2 ммоль/л, 06:00 – 7,8 ммоль/л. ЭКГ – нарушение внутрижелудочковой проводимости. Признаки гипертрофии левого желудочка с выраженными изменениями в передне–перегородочной области. УЗИ органов брюшной полости – признаки гепатомегалии, диффузных изменений печени, поджелудочной железы. ЭНМГ Признаки аксонально–демиелинизирующего (преимущественно аксонального) поражения моторных и сенсорных нервов нижних конечностей, умеренного аксонального поражения локтевого нерва слева. УЗДС вен нижних конечностей – окклюзивный тромбоз поверхностных вен в системе большой подкожной вены с нижней трети голени до нижней трети бедра и тромбоз основного ствола и ветвей малой подкожной вены по задней поверхности голени на всем протяжении. Консультации специалистов: терапевт – сахарный диабет тип 2, средней тяжести, стадия субкомпенсации. гипертоническая болезнь III, риск 4. ХСН IIА, ФК II. Хронический гепатит С, ремиссия. Хирург – варикозная болезнь нижних конечностей. Тромбоз поверхностных вен левой голени. Кардиолог – гипертоническая болезнь III, риск 4. ХСН IIА, ФК II. Сахарный диабет тип 2, средней тяжести, субкомпенсированный. Диабетическая миокардиодистрофия.

**Клинический диагноз. Острая аксонально–демиелинизирующая полинейропатия верхних и нижних конечностей с поражением сенсомоторных волокон, нейропатия добавочных нервов с двухсторонним парезом грудино–ключично–сосцевидных, трапециевидных мышц, тетрапарезом, умеренным в руках, выраженным в ногах, болевым синдромом, на фоне хронического гепатита С, сахарного диабета, 2 типа, средней тяжести, субкомпенсация. Варикозная болезнь нижних конечностей. Тромбоз поверхностных вен левой голени. Гипертоническая болезнь III,**

#### **риск 4. ХСН IIА, ФК II. Сахарный диабет тип 2, средней тяжести, субкомпенсированный. Диабетическая миокардиодистрофия.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrani 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Solutionis Natrii chloridi compositae (Kalii chloridi+ Calcii chloridi+Natrii chloridi) 300 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Pentoxifyllini 5 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Ketorolaci 2 мл в/м 1 раз в день; капс. Omeprazoli 20 мг по 1 капс. 1 раз в день; таб. Enalaprili 5 мг по 1 таб. 2 раза в день; р–р Acidi thioctici 12 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 табл. вечером; таб. Iridacrini 20 мг по 1 таб. 3 раза в день; таб. Troxerutini 300 мг, по 1 таб. 3 раза в день; таб. Metformini 500 мг, по 1 таб. 2 раза в день.

#### **Клинический пример №51**

Женщина 61 год поступила в отделение с жалобами на интенсивные боли жгучего характера в ногах от уровня колен, боли в руках в кистях, слабость в конечностях, больше в правых, не может самостоятельно ходить из-за слабости в ногах. Нарушение чувствительности в руках – "не чувствую предмет, который беру".

**Анамнез заболевания.** Со слов больной, 4 дня назад появилась слабость в правой ноге, затруднение при ходьбе, жгучие боли в дистальных отделах нижних конечностей. К врачу не обращалась. В течение 3–х дней слабость в конечностях и описанные сенсорные ощущения постепенно усиливались: присоединилась слабость в левой ноге, затем в руках. Не могла передвигаться без посторонней помощи. Госпитализирована в ПНО с диагнозом ЦВБ. Повторный ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии на фоне перенесенного ОНМК, гипертонической болезни III, риск ССО 4. Со слов больной, в 2006 году перенесла ОНМК с правосторонним гемипарезом, не могла самостоятельно передвигаться. В

результате лечения наблюдалась положительная динамика – ходила самостоятельно, восстановилась хорошо.

**Анамнез жизни.** Страдает гипертонической болезнью: максимальные цифры АД – 160/100 мм рт. ст., адаптирована к 130/80 мм рт. ст., гипотензивные препараты постоянно не принимает. Аппендэктомия – более 30 лет назад. Хронический гастрит, обострение. Хронический холецистит, вне обострения. Отмечает снижение аппетита, отвращение к мясу в течение около полугода. Вредные привычки: злоупотребление алкоголем в течение длительного времени. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Двигательная сфера.** Активные движения в нижних конечностях ограничены из-за снижения силы, в верхних конечностях активные движения в полном объеме. Тетрапарез со снижением мышечной силы в нижних конечностях до 2-х баллов, в верхних – до 4 баллов. Глубокие рефлексы с ног не вызываются, с рук D=S, низкие. Мышечный тонус в конечностях сниженный, без асимметрии. Атрофии мышц голени с двух сторон. **Чувствительная система.** Гиперпатия по полиневритическому типу на нижних конечностях до уровня голеностопного сустава, гипестезия в верхних конечностях до уровня лучезапястного сустава. Нарушение мышечно-суставного чувства на нижних и верхних конечностях. **Система координации.** ПНП выполняет с промахиванием с двух сторон, ПКП не выполняет из-за пареза. В позе Ромберга не проверялась из-за слабости в ногах.

**Топический диагноз.** В неврологическом статусе наблюдается полиневритический синдром: гипестезия и гиперпатия верхних и нижних конечностей по типу «перчаток» и «носков», что говорит о множественном поражении периферических нервов.

**Результаты специальных методов обследования.** Общий анализ крови – Hb – 80 г/л., Эр –  $2,67 \cdot 10^{12}$ /л, Цв. показ – 0.90, СОЭ – 40 мм/ч. Общий анализ мочи белок – 0,033. Биохимические показатели крови без

особенностей. ЭКГ – ЧСС 130 уд. в мин. Синусовая тахикардия. ЭОС не отклонена. Диффузные изменения миокарда. **ЭХО-КГ** – полости сердца не расширены. Сократимость миокарда левого желудочка удовлетворительная ФВ – 62%. Уплотнение стенок аорты, створок аортального, митрального клапанов. Недостаточность митрального клапана I ст, недостаточность трикуспидального клапана I ст, диастолическая дисфункция левого желудочка по I типу. **УЗДС БЦС** – признаки гемодинамически незначимого стенозирующего атеросклероза БЦА. Снижение ЛСК по правой ВСА. Извитость позвоночных артерий на уровне: СIII–СIV–CV–CVI – I сегмент. Кровоток по позвоночным артериям достаточный, неустойчив на изгибах. ТКДС: не лоцируются. **ЭНМГ** верхних и нижних конечностей – признаки аксонально–демиелинизирующего поражения сенсорных волокон нервов нижних и верхних конечностей по полиневритическому типу. Признаки очагового, демиелинизирующего поражения правого и левого малоберцового нерва на уровне верхнего тарзального канала. **ФГДС** – хронический гастрит, обострение. Дуодено–гастральный рефлюкс. **УЗИ органов брюшной полости** – УЗ–признаки наличия свободной жидкости в брюшной полости, выраженных диффузных изменений печени. **КТ брюшной полости с контрастированием** – КТ–картина выраженного асцита. Признаки диффузного поражения печени (вероятно по типу цирроза). Свободная жидкость в плевральных полостях с обеих сторон. **КТ органов малого таза** – КТ–картина увеличения яичников. Асцит. Жировой гепатоз. Выраженные спайки в брюшной полости.

**Консультация гематолога** – анемия смешанного генеза. **Консультация терапевта** – хронический криптогенный (алкогольный?) гепатит с исходом в цирроз печени, стадия декомпенсации. Токсический полиневрит. Гипертоническая болезнь III, риск 4. ХСН IIА. Остаточные явления ОНМК (2006). **Консультация уролога** – МКБ, микролиты почек.

**Клинический диагноз.** Дисметаболическая аксонально – демиелинизирующая полинейропатия верхних и нижних

**конечностей с умеренно выраженными двигательными, чувствительными, координаторными нарушениями на фоне хронического криптогенного (алкогольного?) гепатита с исходом в цирроз печени, стадия декомпенсации, анемии смешанного генеза.**

**Рекомендации по лечению.** Р-р Dextrosi 10% 250 мл+ Insulini solubilis R 8ЕД+ р-р KCl 4% 10 мл+ р-р MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Enalaprili 5 мг 1 раз в день утром; р-р Acidi thioctici 10 мл в/в струйно медленно; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Amitriptylini 25 мг 1 таб на ночь; таб. Carbamazepini 200 мг по 1 таб. 2 раза в день; р-р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; р-р Meglumini natrii succinatis 500 мл в/в капельно 1 раз в день; р-р Furosemidi 2 мл в/м 1 раз в день; капс. Phospholipidum, по 1 капс. 3 раза в день; консультация хирурга.

### **Клинический пример №52**

Мужчина 60 лет поступил в отделение с жалобами на слабость в ногах, больше в правой, нарушение походки вследствие слабости, приступы интенсивной жгучей боли в ногах, болезненные спазмы мышц ног, чувство онемения и покалывания в области стоп, боли в области коленных суставов, боль в поясничной области при поворотах в постели, непостоянную давящую головную боль в лобной области.

**Анамнез заболевания.** Около 2-х месяцев назад появились непостоянные боли в коленных, локтевых суставах, чувство онемения в стопах, ощущение покалывания, жжения, ползания мурашек в стопах. Описанные сенсорные ощущения постепенно усиливались, появились жгучие боли в ногах, болезненные мышечные спазмы в мышцах голени. В течение последнего месяца отмечает появление слабости в ногах, вначале в правой, затем в левой, которая постепенно усиливалась. Из-за слабости в

ногах не может передвигаться без посторонней помощи в течение приблизительно 3–х недель. Обращался за медицинской помощью, назначена электронейромиография, лечение, делали в/м инъекции в поликлинике – названия препаратов не помнит, амбулаторной карты на руках нет. Состояние не улучшалось – сохранялась слабость и боли в нижних конечностях, болезненные спазмы в ногах стали возникать чаще, более продолжительные, усилились боли в суставах, стала болеть поясница. Госпитализирован.

**Анамнез жизни.** Гипертоническая болезнь: максимальные цифры АД – 160/100 мм рт. ст., адаптирован к 140/80 мм рт ст, гипотензивные препараты постоянно не принимает. Операции: более 15 лет назад – аппендэктомия, грыжа мошонки, разрыв мочевого пузыря. ОНМК, ОИМ, нарушения сердечного ритма, сахарный диабет, язвенную болезнь, туберкулез, вирусные гепатиты, онкологические и венерические заболевания отрицает.

**Объективное исследование.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** XII пара – подъязычный нерв. Язык расположен во рту и при высовывании отклоняется вправо. Дизартрия. **Двигательная система.** Активные движения в нижних конечностях ограничены из-за болевого синдрома и снижения силы. Правая кисть не разгибается – парез разгибателей после травмы. Нижний парапарез, сила в правой ноге 2 балла, в левой 3 балла. В стопах движения отсутствуют. Глубокие рефлексы с ног D=S очень низкие. **Чувствительная сфера.** Гипестезия по полиневритическому типу на нижних конечностях до уровня паховой складки, гипестезия в зоне иннервации лучевого нерва справа (после травмы). Гиперпатия в области подошвенных поверхностей стоп, парестезии нижних конечностей. Нарушение мышечно-суставного чувства на нижних конечностях.

**Координаторная сфера.** ПНП выполняет с промахиванием с двух сторон, ПКП не выполняет из-за пареза.

**Топический диагноз.** Можно подозревать множественное поражение периферических нервов нижних конечностей.

**Результаты дополнительных методов исследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки – пульмосклероз. Гипертрофия левого желудочка. КТ головного мозга КТ–картина смешанной гидроцефалии, признаки сосудистой энцефалопатии. ЭКГ ЧСС 70. Синусовый ритм. ЭОС горизонтальная. Очаговые рубцовые изменения нижней стенки. ЭНМГ – признаки демиелинизирующего поражения моторных волокон нервов нижних конечностей по полиневритическому типу. Признаки демиелинизирующего поражения сенсорных волокон нервов нижних конечностей по полиневритическому типу. (Отмечается замедление проведения возбуждения по поверхностному малоберцовому нерву с обеих сторон). УЗИ органов брюшной полости и почек. УЗ–признаки диффузных изменений печени, поджелудочной железы, почек, мелких конкрементов почек. Консультация офтальмолога –ангиопатия сетчаток. Нейрохирург – остеохондроз пояснично–крестцового отдела позвоночника, обострение. Умеренно выраженный болевой синдром.

**Клинический диагноз. Хроническая демиелинизирующая сенсомоторная полинейропатия нижних конечностей с нижним парапарезом, чувствительными нарушениями, крампи.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 500 мл+ Insulini solubilis R 12 ЕД + р–р KCl 4% 10 мл, р–р MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл в/в капельно 1 ра в день; р–р Methylprednisoloni 1000 мг в/в капельно 1 раз в день; р–р Inosine + Nicotinamide + Riboflavin + Succinic acid 10 мл в/в 11 раз в день; р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; р–р Ipidacrini в/м по 1 мл 1 раз в день.



## 8. БОЛЕЗНИ НЕРВНО–МЫШЕЧНОГО СИНАПСА И МЫШЦ. МИАСТЕНИЯ.

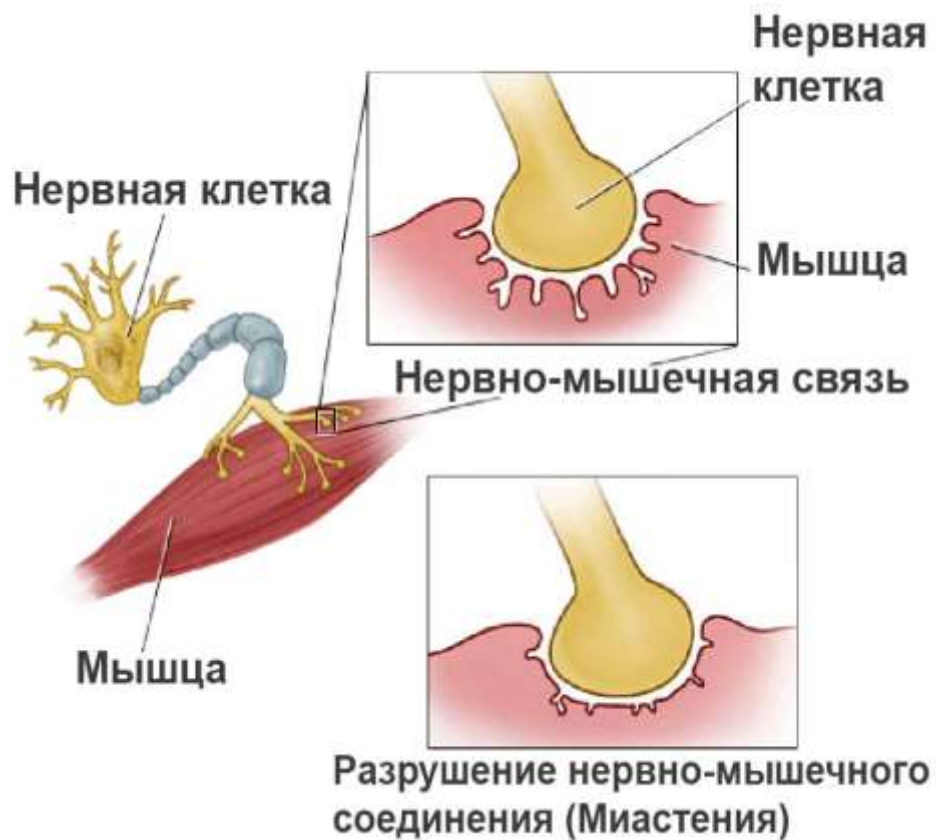


Рис.15

### Клинический пример №53

Женщина 54 года поступила в отделение с жалобами на поперхивание при приеме жидкой пищи, необходимость запивать твердую пищу водой, осиплость голоса, мышечную слабость в верхних и нижних конечностях,

быструю утомляемость при физической нагрузке, двоение в глазах при взгляде в стороны, выраженную общую слабость. Отмечает усиление жалоб к вечеру.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной в течение 7 лет, когда стала замечать, что к вечеру голос становится сиплым, трудно глотать слюну, жидкую пищу, появляется выраженная общая слабость, стала быстро утомляться при физической нагрузке. Обратилась за медицинской помощью, был поставлен диагноз миастения. С тех пор 2 раза в год проходит курсы стационарного лечения, отмечает положительный эффект. Принимает Pyridostigmini bromidi по 2 т. в сутки. Настоящее ухудшение в течение 2-х недель, когда стала нарастать мышечная слабость в верхних и нижних конечностях.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, первым ребёнком. Росла и развивалась нормально. Инвалид III группы. Туберкулез, гепатиты, венерические и онкологические заболевания, сахарный диабет, инфаркт, ОНМК, травмы головы, позвоночника, операции в анамнезе отрицает. Страдает хроническим гастритом, вне стадии обострения; хроническим панкреатитом, вне стадии обострения. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергологический анамнез: не отягощен.

**Объективное исследование.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Речь с элементами дизартрии, быстро истощается. Эмоционально лабильна. **Черепные нервы.** III (n.oculomotorius), IV(n.trochlearis), VI (n.abducens): полуптоз с двух сторон. Расходящееся косоглазие за счет S. IX(n. glossopharyngeus), X (n.vagus) – дисфагия, дисфония, дизартрия. Голос с носовым оттенком. Глоточные рефлексы D=S, низкие с двух сторон. **Двигательная система.** Мышечная сила в верхних и нижних конечностях диффузно снижена, патологическая мышечная утомляемость.

**Топический диагноз.** Данная симптоматика не характерна для поражения головного мозга, так как отсутствуют признаки спастического

паралича. Так же симптоматика не характерна для поражения спинного мозга, так как у пациентки вялый парез во всех конечностях, что не свойственно для данного уровня поражения. Так как у пациентки парез всех конечностей, то о поражении периферической нервной системы речь не идет. Следовательно, можно говорить о нарушении нервно-мышечной передачи.

**Результаты дополнительных методов исследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ без особенностей. ЭНМГ мышц верхних и нижних конечностей, мышц лица – нарушение нервно-мышечной передачи по миастеническому типу. Обследование проводилось на фоне приема Pyridostigmini bromidia (последний прием 2 часа назад). Офтальмолог – ангиопатия сетчатки.

**Клинический диагноз. Миастения, генерализованная форма, ухудшение, средне – тяжелое течение, с неполной компенсацией на фоне введения антихолинэстеразных препаратов с глазодвигательными нарушениями, бульбарным синдромом.**

**Рекомендации по лечению.** Р-р Prednisoloni 60 мг+ р-р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно раз в день; р-р Neostigmini methylsulfatis 0,05% 1 мл п/к по 0,5 мг(1 мл) 1 раз в день 10 дней; таб. Pyridostigmini bromidi 60 мг внутрь по т. 4 раза в день(через каждые 6 часов); р-р Aethylmethylhydroxyridini succinatis 5% 5 мл + р-р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р-р Cerebrolysini 5 мл в/м ра в день; капс. Omeprazoli 20 мг внутрь по 1 к. 2 раза в день за 20 минут до еды на все время приема; плазмаферез; ЛФК; массаж.

## **Клинический пример №54**

Женщина, 30 лет, поступила в отделение с жалобами на общую мышечную слабость, усиливающуюся по второй половине дня и при физической нагрузке, легкую гнусавость голоса, быструю утомляемость, периодическое нарушение глотания жидкой пищи, двоение при взгляде вправо.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной в течение 13-ти лет. Ежегодно проходит курсы стационарного лечения. Состояние ухудшилось в течение последних двух недель, когда стала нарастать выраженная мышечная слабость в верхних и нижних конечностях, более выражена в вечернее время. Больная обратилась за медицинской помощью, госпитализирована.

**Анамнез жизни.** ОИМ, ЧМТ, ОНМК, туберкулез, гепатиты, венерические и онкологические заболевания в анамнезе отрицает. Операции: тимэктомия, кесарево сечение. Наследственный анамнез: не отягощен. Аллергологический анамнез: не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** III (n.oculomotorius), IV (n.trochlearis), VI (n.abducens) – глазные щели D>S, полуптоз. Нистагм горизонтальный, мелкоразмашистый при взгляде в стороны. Диплопия при взгляде вправо. IX (n. glossopharyngeus), X (n.vagus) – глотание затруднено. Периодически поперхивается жидкой пищей. Голос с носовым оттенком. Дисфония. Глоточные рефлексы D=S, низкие. **Двигательная система.** Мышечный тонус умеренно снижен. Тетрапарез: руки – 3 балла с двух сторон, ноги – 4 балла с двух сторон. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывание. Динамическая атаксия – пальце–носовую и пяточно-коленную пробы выполняет с промахиванием с 2-х сторон. Походка шаткая.

**Топический диагноз.** Данная симптоматика не характерна для поражения головного мозга, так как отсутствуют признаки спастического паралича. Так же симптоматика не характерна для поражения спинного мозга, так как у пациентки вялый парез во всех конечностях, что не

свойственно для данного уровня поражения, плюс у нее не нарушена функция тазовых органов. Так как у пациентки парез всех конечностей, то о поражении периферической нервной системы речь не идет. Следовательно, можно говорить о нарушении нервно-мышечной передачи.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимические показатели крови, общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки

без особенностей. ЭКГ – укорочение сегмента PQ. Диффузные изменения миокарда. ЭНМГ мышц верхних и нижних конечностей, мышц лица – нарушение нервно-мышечной передачи по миастеническому типу.

**Клинический диагноз. Миастения, генерализованная форма, ухудшение, средне – тяжелое течение, с неполной компенсацией на фоне введения антихолинэстеразных препаратов с глазодвигательными нарушениями, бульбарным синдромом.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Prednisolonia гидрохлорид 3% 1 мл+ NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Kalii asparaginatiss+ Magnii asparaginatiss 10 мл+NaCl 0,9% 200 мл внутривенно капельно 1 раз в день; р–р Neostigmini methylsulfatis 1 мл п/к по 1 мл 2 раз в день; таб. Pyridostigmini bromidia 60 мг 1т 3 раза в день капс. Omeprazoli 20 мг внутрь по 1 к. 1 раз в день за 20 минут до еды вечером; р–р Cerebrolysini 10 мл + NaCl 0,9 % 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 2 мл 1 раз в день; плазмаферез; ЛФК.

## 9. ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ И ДРУГИЕ ПАРАЛИТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ.

### ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ.



Рис.16

#### Клинический пример №55

Ребенок 4 года поступил в отделение с жалобами на слабость в ногах, ограничение активных и пассивных движений, нарушение походки.

**Анамнез заболевания.** Перенес ПЭП. Диагноз ДЦП с возраста 1 год, когда родители обратили внимание на задержку физического развития.

Появились признаки ограничения движения в ногах. С 1 года каждые 6 месяцев проходит курс планового лечения.

**Анамнез жизни.** Ребенок от первой беременности. Беременность протекала нормально. Мать инфекционных заболеваний в течение беременности не переносила. Питание удовлетворительное. Роды I, в срок, самостоятельные, стремительные, без анестезии. Ребенок закричал сразу, к груди приложена в родильном зале. Оценка по шкале Апгар 7 баллов. Вскармливание естественное. Развитие моторики: начал держать голову с 7-и месяцев. С 6-х месяцев переворачивается на живот, с 9 месяца сидит. Психическое развитие: улыбается с 1 месяца, начал гулить с 5-ти месяцев, произносить отдельные слоги с 10-ти месяцев, с 1,5 лет произносит первые слова. Семейный анамнез: туберкулез, алкоголизм, венерические, у родственников отрицает. Перенесенные заболевания. Ветряная оспа – 3 года; ОРВИ – с 3х лет 1–2 раза в год в осенне–зимний период. Прививки по индивидуальному графику.

**Данные объективного осмотра.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Нижний парапарез со снижением мышечной силы до 3 баллов. Рефлексы Бабинского положительные. Система координации: статическая атаксия – в позе Ромберга не стоит.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, УЗДС БЦА без особенностей.

**Клинический диагноз.** Детский церебральный паралич: нижний спастический парапарез.

**Рекомендации по лечению.** Р–р Polypeptides of the cerebral cortex of cattle 0,1 мл в/м 1 раз в день; р–р Actovegini 2 мл в/м 1 раз в день; ЛФК; парафинотерапия.

## Клинический пример №56

Ребенок 3 года поступил в отделение с жалобами на (со слов матери) задержку психо–речевого развития (говорит отдельные слова «мама», «папа»), гиперактивность, слабость и неловкость в нижних конечностях, быструю утомляемость в них, нарушение походки, «высокий тонус в ногах», плаксивость.

**Анамнез заболевания.** Болен с рождения. В анамнезе органическое поражение головного мозга. Настоящее ухудшение в течение 7 дней, когда со слов матери, ребенок стал меньше двигаться, «перестал сгибать ножки при ходьбе», стал плаксивым, тревожным.

**Анамнез жизни.** Мать, отец здоровы. Семья полная. Эмоциональная атмосфера в семье теплая. Ребенок от 1 беременности, протекавшей без патологии. Роды срочные, в 39 недель, стремительные (4 часа). По шкале Апгар 6 баллов. Выписан без задержки на 5 сутки. Наблюдался у невролога с рождения. Развитие с задержкой: голову держать начал поздно (в 6 мес.), переворачиваться начал в 1 год, сел в 1,5 года, встал в 2 года. ЧМТ отрицает. Аллергологический анамнез со слов матери не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Сознание ясное. Речь отдельными словами «мама», «папа» не ассоциируя с предметом. В контакт не вступает, на игрушках не концентрируется, бросает быстро. **Двигательная система.** Активные движения слегка ограничены в нижних конечностях вследствие пареза, активные движения в верхних конечностях в полном объеме. Тетрапарез. Мышечная сила снижена в верхних конечностях до 4–х баллов, в нижних конечностях до 3–х баллов. Мышечный тонус повышен по спастическому типу во всех конечностях, больше в ногах. Глубокие рефлексы: с рук D=S, оживлены, с ног D=S, высокие. Симптом Бабинского «+» с 2х сторон. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе



Ромберга неустойчив. Походка паретическая. **Высшие психические функции.** Сознание на момент осмотра не изменено. Внимание неустойчивое, повышенная истощаемость. В контакт не вступает. Речь отдельными. Фон настроения снижен. Эмоциональная лабильность. Сон глубокий.

**Топический диагноз.** Двигательные расстройства в виде центрального тетрапареза свидетельствуют о поражении пирамидных путей, проходящих как в правом, так и в левом полушариях головного мозга. Так как в данном случае имеет место перинатальная патология, тетрапарез может быть обусловлен патологией пирамидных путей на отрезке от коры передней центральной извилины до нижней части продолговатого мозга, предварительно пройдя через заднее бедро внутренней капсулы, в её передних 2/3; где на границе со спинным мозгом совершается перекрест и далее волокна попадают в боковые столбы спинного мозга противоположной стороны и заканчиваются у клеток передних рогов каждого сегмента.

**Результаты дополнительных методов исследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ЭЭГ, ЭКГ без особенностей. УЗИ ГПДЗ – неправильная форма желчного пузыря, косвенные признаки дискинезии желчного пузыря. Метеоризм.

**Клинический диагноз.** Раннее органическое поражение головного мозга. ДЦП, спастический тетрапарез. Задержка психо–речевого развития.

**Рекомендации по лечению.** Р–р Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5% 5 мл в/м 1 раз в день; Сироп Acidi hopantenici 100 мл внутрь по 5 мл 2 раза в день; р–р Cholini alfosceratis 2 мл в/м 1 раз в день; таб. Tolperisoni 50 мг внутрь по ½ т. под контролем АД 2 раза в день; ЛФК; массаж.

**Клинический пример №57**

Ребенок 5 лет, поступил в неврологическое отделение с жалобами (со слов родителей) на слабость и утомляемость в левой руке и ноге с рождения; неустойчивое внимание, гиперактивность, быструю утомляемость; на изменение в поведении: стал тревожным, пугливым, плаксивым (последний месяц, после попытки провести МРТ головного мозга).

**Анамнез заболевания.** Болен с рождения, постоянно проходил курсы лечение с положительной динамикой.

**Анамнез жизни.** Мать, отец здоровы. Семья полная. Эмоциональная атмосфера в семье теплая. Ребенок от 2 беременности (1 беременность – внематочная), протекавшей на фоне гестоза 1 половины. Роды срочные, в 40 недель, кесарево сечение. Вес 3620 г., рост 57 см., по Апгар 7/8 баллов. Выписан без задержки на 5 сутки. Наблюдался у невролога с рождения. С рождения был крайне беспокоен. Отставание моторных навыков в левых конечностях, пошел в 1 год 6 месяцев. До 2,5 лет в речи отдельные слова, задержка речевого развития. С рождения на искусственном вскармливании. Контакты со сверстниками устанавливает легко, редко ссорится, легко мирится. Профилактические прививки по возрасту.

**Данные объективного исследования.** Состояние средней тяжести. Самочувствие на момент осмотра страдает незначительно. Нарушение осанки (левое плечо выше правого). Вынужденное положение головы: наклон вправо.

**Неврологический статус. Двигательная система.** Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3 баллов в руке и 4 баллов в ноге. Сухожильные рефлексы D<S, живые. Походка паретическая. Патологические рефлексы – рефлекс Бабинского (+) слева. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга неустойчив. Динамическая атаксия – пальце–носовую пробу выполняет неуверенно с обеих сторон, хуже слева. Пяточноколенную пробу выполняет неуверенно с обеих сторон, хуже слева. Проба на диадохокинез, на дисметрию хуже

выполняет слева. Походка паретическая. **Психический статус.** Внимание неустойчивое, повышенная истощаемость. Эмоциональная лабильность.

**Топический диагноз.** Двигательные расстройства в виде центрального правостороннего гемипареза свидетельствуют о поражении пирамидного пути. Так как в данном случае имеет место перинатальная патология, то более вероятна патология пирамидного пути на отрезке от коры передней центральной извилины до нижней части продолговатого мозга, предварительно пройдя через заднее бедро внутренней капсулы, в её передних 2/3; где на границе со спинным мозгом совершается перекрест и далее волокна попадают в боковые столбы спинного мозга противоположной стороны и заканчиваются у клеток передних рогов каждого сегмента.

**Результаты дополнительных методов исследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ щитовидной железы без особенностей. УЗДГ БЦА – кровоток по ОСА, НСА, ВСА магистрального типа, антеградный, с признаками ускорения справа (неровный ход сосуда? гипоплазия?). По позвоночным артериям в 3 сегменте кровоток магистрального типа, антеградный, слева ускорение кровотока с признаками экстравазального (вертеброгенного?) влияния. КА 18,1%. По подключичным артериям кровоток антеградный, магистральный. По надблоковым артериям исследование кровотока проводилось (по возрасту). Венозный отток без особенностей. ЭЭС отмечается смещение срединных структур мозга слева направо на 3,0 мм; признаки внутричерепной гипертензии умеренные. УЗИ ГПДЗ – неправильная форма желчного пузыря, косвенные признаки дискинезия желчного пузыря. Метеоризм. Консультация офтальмолога – OU – сложный гиперметропический астигматизм. OU – ЧАЗН.

**Клинический диагноз.** ДЦП, левосторонний гемипарез. Пароксизмальная ЭЭГ. Сложный гиперметропический

**астигматизм. ЧАЗМ. Паратрофия. Дискинезия  
желчевыводящих путей.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5% 2 мл в/м 1 раз в день; р-р Polypeptides of the cerebral cortex of cattle 10 мг, в/м 1 раз в день; р-р для приема внутрь Acidi hopantenici, по 5 мл 2 раза в день.

### **Клинический пример №58**

Ребенок 3 года поступил в отделение с жалобами на выраженную брадиаритмию, нарушение сознания – сопор.

**Анамнез заболевания.** При проведении планового обследования и проведения ЭКГ, выявлена брадикардия до 55–62 ударов в минуту, проведена ДЭХОКГ, ребенок направлен в стационар.

**Анамнез жизни.** Ребенок от первой беременности, первых родов, ХФПН, ХВГП, переведен из роддома, ИВЛ 30 дней. Диагноз: тяжелое поражение ЦНС мультикистозная энцефаломалация. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Сознание сопор, развитие среднее гармоничное, стигмы дизэмбриогенеза – готическое небо, с–м короткой шеи.

**Неврологический статус.** Сознание сопор. **Черепные нервы.** IX (n. glossopharyngeus), X (n.vagus) – дисфагия (поперхивание твердой пищей), дисфония. Дизартрия. XII (n. hypoglossus) – язык девирует влево, без атрофий и фибриллярных подергиваний. **Двигательная система.** Тетрапарез. Сухожильные рефлексy повышены с сухожилия бицепса C5–6, трицепса C7–8, коленный L2–L4, ахиллов S1–2 справа.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография органов

грудной клетки, ЭКГ – ритм синусовый брадикардия до ЧСС 60. ЭЭГ – эпилептиформной активности не обнаружено. ЭХО – кардиограмма без особенностей. Суточный мониторинг ЭКГ по Холтеру – брадикардия днем. ЧСС ночью в пределах возрастной нормы. Циркадный индекс 116%. Циркадный индекс ЧСС снижен. Вегетативные пробы не проводились. В течение суток субмакс. ЧСС не достигнута (57% от максимально возможной для данного возраста). Синусовый ритм общей длительностью 20:31:41, с ЧСС от 49 до 98 (средняя 64) уд/мин в течении всего наблюдения. Статистика нарушений ритма: Желудочковая экстрасистолия не обнаружена. Регистрируются наджелудочковые аритмии нехарактерные для здоровых лиц. Желудочковая эктопическая активность не обнаружена. Анализ нецелесообразен из-за небольшого числа аритмий. Ишемические изменения ЭКГ не обнаружены. УЗИ органов брюшной полости, почек без особенностей. МРТ головного мозга – признаки мультикистозной энцефаломалиции.

**Топический диагноз.** Двигательные расстройства в виде центрального правостороннего гемипареза свидетельствуют о поражении пирамидного пути проходящего в бассейне левой СМА. Центральный паралич XII п: ядро подъязычного нерва получает корковую иннервацию с одной, противоположной, стороны. При поражении внутренней капсулы возникает центральный паралич на противоположной стороне, и язык отклоняется в пораженную сторону.

**Клинический диагноз. Синдром слабости синусового узла на фоне тяжелого органического поражения ЦНС. Синдром ДЦП, спастический тетрапарез вследствие тяжелого органического поражения ЦНС (мультикистозная энцефаломалиция.)**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Cerebrolysini 1 мл+ р–р NaCl 0,9% 30 мл в/в 1 раз в день; р–р Actovegini 3 мл + р–р NaCl 0,9% 30 мл в/в 1 раз в

день; р-р Atropini 0,1%, в/м по 1 мл 2 раза в день; массаж верхних и нижних конечностей.

### **Клинический пример №59**

Девочка 4х лет поступила в отделение с жалобами со слов матери, на слабость и неловкость в левых конечностях, быструю утомляемость в них, особенно в ноге, изменение походки («ходит, не сгибая левую ногу»), судороги в левых конечностях без потери сознания, гиперактивность, неустойчивое внимание, стала тревожной, плаксивой, плохо спит.

**Анамнез заболевания.** Больна с рождения. В анамнезе органическое поражение головного мозга, генерализованные судороги до 3-х лет с подкатыванием глаз. Постоянно проходила курсы стационарного лечения с положительным эффектом. Настоящее ухудшение в течение 2х недель, когда ребенок испугался новой музыкальной игрушки, стала плохо спать, плаксивой, пугливой, возникли судорожные подергивания в левых конечностях.

**Анамнез жизни.** Мать, отец здоровы. Семья полная. Эмоциональная атмосфера в семье теплая. Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне гестоза 1 половины. Роды срочные, в 40 недель. Вес 3250 г., рост 52 см., по Апгар 7/8 баллов. Выписана без задержки на 5 сутки. Наблюдалась у невролога с рождения. С рождения была крайне беспокойна. Отставание моторных навыков в левых конечностях, пошла в 1 год 4 месяца. До 2,5 лет в речи отдельные слова, задержка речевого развития. До 3-х лет генерализованные судороги с подкатыванием глаз. С рождения на искусственном вскармливании. ЧМТ отрицает. Аллергологический анамнез со слов матери не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Двигательная система.** Активные движения слегка ограничены в левых конечностях вследствие пареза. Левосторонний гемипарез. Мышечная сила снижена в левых конечностях до 3х баллов в руке, 3х баллов в ноге; мышечный тонус повышен по спастическому типу в левых конечностях, больше в ноге. Глубокие рефлексы: S>D, высокие. Симптом Бабинского «+» слева. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга неустойчива. Динамическая атаксия – пальце–носовую пробу выполняет неуверенно с двух сторон, хуже слева. Походка паретическая.

**Топический диагноз.** Двигательные расстройства в виде центрального левостороннего гемипареза свидетельствуют о поражении пирамидного пути проходящего в правой полушарии головного мозга. Так как в данном случае имеет место перинатальная патология, контрлатеральный гемипарез может быть обусловлен патологией пирамидного пути на отрезке от коры передней центральной извилины до нижней части продолговатого мозга, предварительно пройдя через заднее бедро внутренней капсулы, в её передних 2/3; где на границе со спинным мозгом совершается перекрест и далее волокна попадают в боковые столбы спинного мозга противоположной стороны и заканчиваются у клеток передних рогов каждого сегмента.

**Результаты дополнительных методов исследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ ГПДЗ без особенностей. ЭЭС – отмечается смещение срединных структур мозга слева направо на 3,0 мм; признаки внутричерепной гипертензии умеренные. ЭЭГ – регистрируется полифокальная эпилептическая активность на протяжении всей эпохи записи, межполушарная асимметрия, грубые органические изменения БЭАКГ, на громкие звуки и хлопки – реакция в виде артефактов, приступов не зарегистрировано. Видео–ЭЭГ–мониторирование – запись в состоянии бодрствования характеризуется грубыми диффузными изменениями биоэлектрической активности головного мозга. Частота основного ритма соответствует возрасту. Сон дифференцирован по стадиям.

На протяжении всей записи регистрируется эпилептиформная активность высокого индекса в виде комплексов ОМВ в правых центрально–теменно–височно–затылочных отведениях с амплитудным преобладанием в центрально–теменных отделах с распространением на лобные отведения и на центрально–теменные отведения противоположного полушария, усиливающиеся во сне. ЭКГ – ритм синусовый. Отклонение ЭОС вправо. Консультация офтальмолога – на момент осмотра патологии не выявлено.

**Клинический диагноз. ДЦП, левосторонний гемипарез. Симптоматическая эпилепсия.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5% 5 мл в/м 1 раз в день; Сироп Acidi hopantenici 100 мл внутрь по 5 мл 2 раза в день; Сироп Acidi valproici 150 мл внутрь по 200 мг (большая дозировочная ложка) 2 раза в день

### **Клинический пример №60**

Ребенок 12 лет поступила в отделение с жалобами на слабость в левой руке и ноге, нарушение походки, общую слабость.

**Анамнез заболевания.** Акушерский анамнез отягощен (стремительные роды). Ребенок от 2–ой беременности, протекающей с гестозом II половины, 2–х срочных родов. Вес при рождении 3500 г. Крик слабый, по шкале Апгар 7–8 баллов. Грудное вскармливание на 5–ый день. Голову удерживает с 4–х месяцев. Сидит с 8–и месяцев. Ходить самостоятельно начал с 18 месяцев. Речь развивалась после 2–х лет. Двигательная активность в руках и ногах с рождения снижена. Диагноз ДЦП установлен в 12 месяцев, регулярно 2 раза в год проходит курс восстановительного лечения. Поступил на очередной плановый курс лечения.

**Анамнез жизни.** Второй ребенок в семье. Имеет здорового брата. Психических и нервных болезней, злокачественных новообразований в семье



нет, аллергия анамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** VII пара – глазные щели – S>D, лицо в покое симметрично, сглажена левая носогубная складка.

**Двигательная система.** Мышцы левых конечностей несколько гипотрофированы. Сила мышц левых конечностей – 4 балла, правых – 4 баллов. Объем активных движений несколько ограничен в левых конечностях. Походка паретическая. Пальценосовую пробу слева выполняет с интенцией. В позе Ромберга пошатывается. Адиадохокинез слева. Сухожильные рефлексы высокие, S>D. Рефлексы орального автоматизма (+). Патологические рефлексы (+) с левой нижней конечности.

**Топический диагноз.** Поражение преимущественно верхней и средней трети прецентральной извилины коры головного мозга справа (ответственной за двигательную активность левых конечностей); корковых структур, возможно лобной доли (задержка психомоторного развития).

**Результаты дополнительных методов исследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, РЭГ, ЭКГ без особенностей. Консультация психолога – ребенок психически незрелый, интеллектуально пассивный. Устойчивая работоспособность непродолжительна. Обнаруживает недостаточность представлений и несформированность понятий, доступный ее возрасту.

**Клинический диагноз.** ДЦП, левосторонний гемипарез легкой степени тяжести. Задержка психомоторного развития.

**Рекомендации по лечению.** Р–р Piracetami 4 мл в/м 1 раз в день; р–р Actovegini 2 мл в/м 1 раз в день; р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 2 мл 1 раз в день; электрофорез ШОП с Aminophyllini и Paraverini; лечебный массаж конечностей; ЛФК.

## Клинический пример №61

Ребенок 15 лет поступил в отделение с жалобами на диффузную головную боль, нарушение походки, боли в области ахилловых сухожилий, возникающие после длительной ходьбы.

**Анамнез заболевания.** Со слов матери, болен с 6 месяцев, когда родители обратили внимание на задержку физического развития: ребенок самостоятельно не сидел, плохо держал голову. С 7 месяцев появились признаки ограничения движения в сначала в руках затем в ногах. Обратились к врачу. В 9 месяцев было проведено обследование и поставлен диагноз: ДЦП, спастическая тетраплегия. С 1 года каждые 6 месяцев проходит курс планового лечения.

**Анамнез жизни.** Ребенок от первой беременности. Беременность протекала нормально. Мать инфекционных заболеваний в течение беременности не переносила. Питание удовлетворительное. Роды I, в срок (40 неделя) самостоятельные, стремительные, без анестезии. Ребенок закричал сразу, к груди приложен в родильном зале. Оценка по шкале Апгар 7 баллов. Вскармливание искусственное. Развитие моторики: начал держать голову с 5-х месяцев. С 6-х месяцев переворачивается на живот, с 8 месяца сидит. Психическое развитие: улыбается с 3-х месяцев, начал гулить с 5-х месяцев, произносить отдельные слоги с 10 месяцев, с 1,5 лет произносит первые слова. Семейный анамнез: туберкулез, алкоголизм, венерические, у родственников отрицает. Перенесенные заболевания. Ветряная оспа – 3 года; ОРВИ – с 3х лет 1–2 раза в год в осенне–зимний период. Прививки по индивидуальному графику.

**Данные объективного исследования.** Отмечается вальгусная деформация в голеностопных суставах.

**Неврологический статус.** **Двигательная система.** Активные и пассивные движения ограничены. Выявлен гипертонус во всех конечностях. Мышечная сила в руках и ногах – 4 балла. Сухожильные рефлексы с

двуглавых, трехглавых мышц, карпорадиальный с обеих рук усилены. Коленный, ахиллов, подошвенный рефлексы с обеих ног усилены. Патологические рефлексы: Бабинского, Оппенгейма, Гордона, Шеффера, Россолимо, Бехтерева, Жуковского – положительны на всех конечностях.

**Топический диагноз.** Выделен синдром спастической тетраплегии. Таким образом очаг поражения находится вероятнее всего в коре головного мозга (прецентральный извилина), в пирамидных путях диффузно.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи без особенностей. МРТ головного мозга – исследование в стандартных импульсных последовательностях SE и FSE и FLAIR в T1 и T2 взвешенном изображении в аксиальной, коронарной и сагиттальной проекциях. Картина средне-выраженной остаточной постгипоксической лейкопатии перивентрикулярного белого вещества задне–теменных долей обеих гемисфер. Тела боковых желудочков незначительно вторично расширены в задних отделах. В перивентрикулярном белом веществе задне–теменных долей обеих гемисфер четко ограниченные зоны повышения T2 сигнала, гиперинтенсивные во FLAIR–зоны лейкопатии.

**Клинический диагноз.** Детский церебральный паралич, спастическая тетраплегия, тяжелое течение, стадия реабилитации.

**Рекомендации по лечению.**

Р–р Actovegini 20 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в 1 раз в день; таб. Tolperisoni 50 мг по и таб. 2 раза в день; таб. Piracetami 400 мг принимать по 1 таблетке в день после еды; ЛФК; массаж; рекомендовано хирургическое лечение – ахиллопластика.

## 10. ДРУГИЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

### Клинический пример №62

Мужчина 36 лет поступил в отделение с жалобами на ежедневные постоянные головные боли, периодически усиливающиеся до «нестерпимых», чаще в правой половине головы головокружения, тошнота, слабость в левых конечностях, особенно в руке, чувство скованности в левой руке и ноге, онемение левых конечностей, снижение памяти, эмоциональную неустойчивость, приступы судорог в левых конечностях, иногда с последующим отключением сознания.

**Анамнез заболевания.** Болен в течение четырех лет, когда получил тяжелую черепно-мозговую травму в ДТП. Находится на лечении в нейрохирургическом отделении, где произведена декомпрессионная трепанация черепа с удалением субдуральной гематомы в правой височно–теменной области. На фоне проводимой медикаментозной терапии, реабилитационных мероприятий состояние постепенно улучшилось, выросла сила в левых конечностях; но через 3 месяца после травмы стали беспокоить приступы судорог, онемения в левых конечностях; со слов больного, отмечалось отключение сознания. Приступы беспокоили раз в месяц. Неоднократно курсы лечения в условиях стационара районной больницы. Два года назад – произведена пластика дефекта черепа. Отмечает незначительное нарастание силы в левых конечностях. Ходит с помощью палочки. Год назад участились приступы судорог, онемения левых конечностей до двух–трех раз в месяц на фоне приема Carbamazepin–ретард 400 мг 2 раза в день, усилились головные боли, раздражительность, беспокойство. Поступил в отделение в связи с ухудшением состояния для проведения курса лечения.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье первым ребенком. Рос и развивался нормально. Жилищно–бытовые условия удовлетворительные. В настоящее время не работает – инвалид I группы. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ, операцию удаления субдуральной гематомы, пластика дефекта черепа. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Частые головные боли, периодически усиливающиеся в любое время суток, сопровождаются тошнотой, преимущественно в правой половине головы. Со слов жены: судороги, онемение правых конечностей, переходящие на левые конечности. Как будто бы «без сознания». **Очаговые симптомы.** III пара (n. oculomotorius), IV пара (n. trochlearis), VI пара (n. abducens) – конвергенция ослаблена с двух сторон. VII пара (n. facialis) – асимметрия лица из–за сглаженности левой носогубной складки. XII пара (n. hypoglossus) – язык девирует влево. **Двигательная система.** Левосторонний гемипарез до двух баллов в руке, трех баллов в ноге. Мышечный тонус повышен слева по спастическому типу. Сухожильные рефлексy: с m. biceps, m. triceps, карпорадиальные, коленный и ахиллов повышены слева (s>d). Патологический рефлекс Бабинского слева. **Система координации.** Неустойчив в позе Ромберга, пальце–носовую, коленно–пяточную пробы не выполняет слева из–за двигательных нарушений; справа удовлетворительно. **Схема чувствительности.** Нарушение болевой чувствительности по типу левосторонней гемигипестезии.

**Топический диагноз.** В ходе обследования у пациента выявляются двигательные расстройства в виде центрального левостороннего гемипареза, центрального пареза VI, XII нервов слева, что свидетельствует о поражении пирамидного пути от коры передней центральной извилины, передних двух третьих заднего бедра внутренне капсулы, далее пирамидный путь на границе продолговатого мозга со спинным делает перекрест, попадая в боковые столбы спинного мозга противоположной стороны и заканчивается

у клеток передних рогов сегмента. Центральный парез VII нерва объясняется надъядерным поражением VII нерва, при этом страдают нижние отделы мимической мускулатуры лица. Центральный парез XII нерва – ядро подъязычного нерва получает корковую иннервацию с противоположной стороны. При поражении внутренней капсулы возникает центральный парез XII нерва на противоположной стороне, и язык отклоняется в пораженную сторону. Чувствительные расстройства: в виде левосторонней гемигипестезии предполагают поражение таламо–кортикального пути в задней трети бедра, внутренней капсулы справа.

**Результаты дополнительных методов исследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭЭГ, ЭКГ без особенностей. РКТ головного мозга. Состояние после оперативного лечения. Обширная зона рубцово–кистозных изменений в правой височно–теменной области, асимметрическая смещенная гидроцефалия. Консультация окулиста: ОИ – ЧАЗН. Ангиопатия сетчатки. эпилептолога: симптоматическая эпилепсия с простыми парциальными сенсомоторными приступами умеренной частоты по анамнезу. Консультация психоневролога: выраженные эмоционально–волевые, умеренные амнестические расстройства.

**Клинический диагноз.** Последствия тяжелой черепно-мозговой травмы, состояние после декомпрессионной трепанации черепа правой лобно–височно–теменной области с удалением субдуральной гематомы, с последующей краниопластикой, с обширными рубцово–кистозными изменениями в правой гемисфере, вестибуло–атактическими нарушениями, выраженным левосторонним спастическим гемипарезом, гемигипестезией, ЧАЗН, изменениями в эмоционально–волевой сфере, астено–невротическим синдромом; симптоматическая эпилепсия с простыми

**парциальными сенсомоторными приступами умеренной частоты по анамнезу.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Vinpocetini 10 мг+ р–р NaCl 0,9% 200 мл +р–р MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Polypeptides of the cerebral cortex of cattle 10 мг в/м; р–р Aethylmethylhydroхуридини succinatis 5% 5 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; таб. Carbamazepini 400 мг 1 т.–утром, 1,5 т.– вечером; ЛФК; массаж.

### **Клинический пример №63**

Женщина 38 лет поступила с жалобами на нарушение речи, трудность в произношении, шаткость при ходьбе, трудность выполнять целенаправленные действия руками и ногами из – за нарушения координации в руках, нарушения чувствительности в них, поперхивание при глотании жидкой и твердой пищи.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной в течение 11 лет, когда появились первые речевые нарушения, затем 8 лет назад во время беременности усилились речевые нарушения, появилось поперхивание. После родов появилось пошатывание при ходьбе. С этого момента проходила курсы лечения Vinpocetiniом, Actoveginiом, Piracetamiом, Cerebrolysinioм, 1 раз в полгода.

Четыре и три года назад проходила курсы лечения в НЦН РАМН, где на основании молекулярно – генетического исследования, МРТ головного мозга, ЭНМГ, АСВП, клинической картины – поставлен диагноз: Синдром SANDO. В данный момент наблюдается ухудшение состояния, появились и усугубились вышеперечисленные жалобы. Госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Нейроинфекцию, травмы отрицает. Аллергологический анамнез: не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Речь – выраженная дизартрия, по типу скандированной. Черепные нервы. III (n.oculomotorius), IV(n.trochlearis), VI (n.abducens): полуптоз с обеих сторон. Движения глазных яблок ограничены: не доводит кнаружи, кнутри, парез взора вверх, конвергенция снижена. IX (n.glossopharyngeus), X (n.vagus) – дисфагия при глотании твердой и жидкой пищи. Мягкое небо провисает, глоточные рефлексы снижены D=S. XII (n.hypoglossus) – Дизартрия. **Двигательная система.** Глубокие рефлексы в конечностях D=S, низкие. Мышечный тонус в конечностях диффузно снижен. Гипотрофия мелких мышц стоп. **Система координации.** Координаторные пробы выполняет с дисметрией и атаксией, без разницы при открытых и закрытых глазах. Асинергия Бабинского. В позе Ромберга шаткость во все стороны, усиливающаяся при закрытых глазах. Походка атактическая, с широко расставленными ногами. Речь по типу скандированной. **Система чувствительности.** Поверхностная чувствительность: снижение болевой и тактильной чувствительности на обеих ногах по полиневритическому типу.

**Топический диагноз.** Нарушение сенсорной функции в виде снижения болевой и тактильной чувствительности нижних конечностей по полиневритическому типу, что указывает на поражение в дистальных отделах периферических нервов нижних конечностей с поражением их чувствительных волокон. Наружная офтальмоплегия (ограничение подвижности глазных яблок, парез взора, полуптоз), может быть следствием поражения ядра глазодвигательного нерва. Дизартрия, дисфагия, опущение мягкого неба, тахикардия – указывает на поражение языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов. Нарушение координации движений (координаторные пробы выполняет с дисметрией и атаксией, без разницы при открытых и закрытых глазах. Асинергия Бабинского. В позе Ромберга шаткость во все стороны. Походка атактическая, с широко расставленными



ногами. Речь по типу скандированной). Это может свидетельствовать о поражении структур мозжечка.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ без особенностей – выявлены антитела к вирусному гепатиту С. ЭНМГ – признаки незначительного замедления проведения возбуждения по моторным нервам нижних и верхних конечностей (преимущественно выраженное в нижних конечностях) по полиневритическому типу. Признаки грубого аксонального поражения сенсорных волокон нервов нижних конечностей и умеренно выраженное аксонально–демиелинизирующее поражение сенсорных волокон нервов верхних конечностей. Отмечаются признаки расторможенности мотонейронов по данным F–волны уровня L4–L5–S1. Консультация окулиста: OD>OS птоз верхнего века, умеренный экзофтальм. OU – миопия средней степени. Ангиопатия сетчаток. Консультация логопеда: спастико–паретическая дизартрия средней степени выраженности.

**Клинический диагноз. Церебральная дегенерация с преимущественным поражением мозжечковых стволовых структур (вследствие метаболических нарушений митохондриального типа) с офтальмоплегией, статическими и локомоторными атактическими, координаторными расстройствами, нарушением функции речевого аппарата, полиневритическим синдромом. (SANDO).**

**Рекомендации по лечению.** Ежедневные логопедические занятия. Занятия плаванием. Р–р Solutionis Natrii chloridi compositae (Kalii chloridi+Calcii chloridi+Natrii chloridi) 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Acidi thioctici 10 мл в/в 1 раз в день; капс. Idebenoni 30 мг по 1 капс. 2 раза в день; таб. Acidi thioctici 300 мг по 2 таб. утром.

# РАССТРОЙСТВА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

## Клинический пример №64

Ребенок 17 лет поступил в отделение с жалобами на диффузную головную боль давящего характера, эпизоды головокружения несистемного характера, возникающие при подъеме с кровати, ходьбе, легкую общую слабость.

**Анамнез заболевания.** Со слов больного, эпизоды головной боли, головокружения беспокоят в течение последних 3–4 лет по несколько раз в месяц. Обычно приступы купируются самостоятельно, иногда принимает анальгетики. Наблюдается у невролога по месту жительства 1–2 раза в год. Данное ухудшение состояния в течение недели, когда начали беспокоить выраженная головная боль, головокружение. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно приемом анальгетиков, без видимого улучшения состояния. Постепенно состояние ухудшалось, до того момента, что не смог ходить на занятия. День назад ночью резко стало плохо, поднялось АД до 140/90 мм рт.ст., родственники вызвали скорую помощь. Госпитализирован.

**Анамнез жизни.** Из заболеваний отмечает плоскостопие, кифоз, сколиоз, ЯБЖ, в детстве был поставлен диагноз Шейерман–Мау. ОНМК, ЧМТ, ОИМ, нарушения ритма сердца, сахарный диабет, туберкулез, вирусные гепатиты, онкологические, венерические заболевания отрицает. Операции в анамнезе отрицает. Отмечает перенесенную репозицию предплечья справа без оперативного вмешательства под общим наркозом. Наследственный анамнез: не отягощен. Аллергологический анамнез: не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывание. Динамическая атаксия – пальценосовую и пяточноколенную пробы выполняет неточно с двух сторон.

**Топический диагноз.** В ходе обследования у пациента очаговая неврологическая симптоматика не выявлена. Исходя из жалоб можно предположить идиопатический характер заболевания.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ, КТ головного мозга, рентгенография шейного отдела позвоночника с ФРП, рентгенография грудного отдела позвоночника без особенностей.

**Клинический диагноз. Синдром вегетативной дисфункции перманентного характера, с преобладанием ваготонии, с преимущественно цефалгическими проявлениями.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 200 мл+р–р Insulini solubilis [humani biosynthetici] 6 ЕД+КС1 4% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Vinpocetini 10 мг + NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; таб. Aethylmethylhydroxyuridini succinatis 125 мг внутрь по 1 таб. 3 раза в день; физиотерапия (УВЧ, лазеротерапия); массаж ШВЗ.

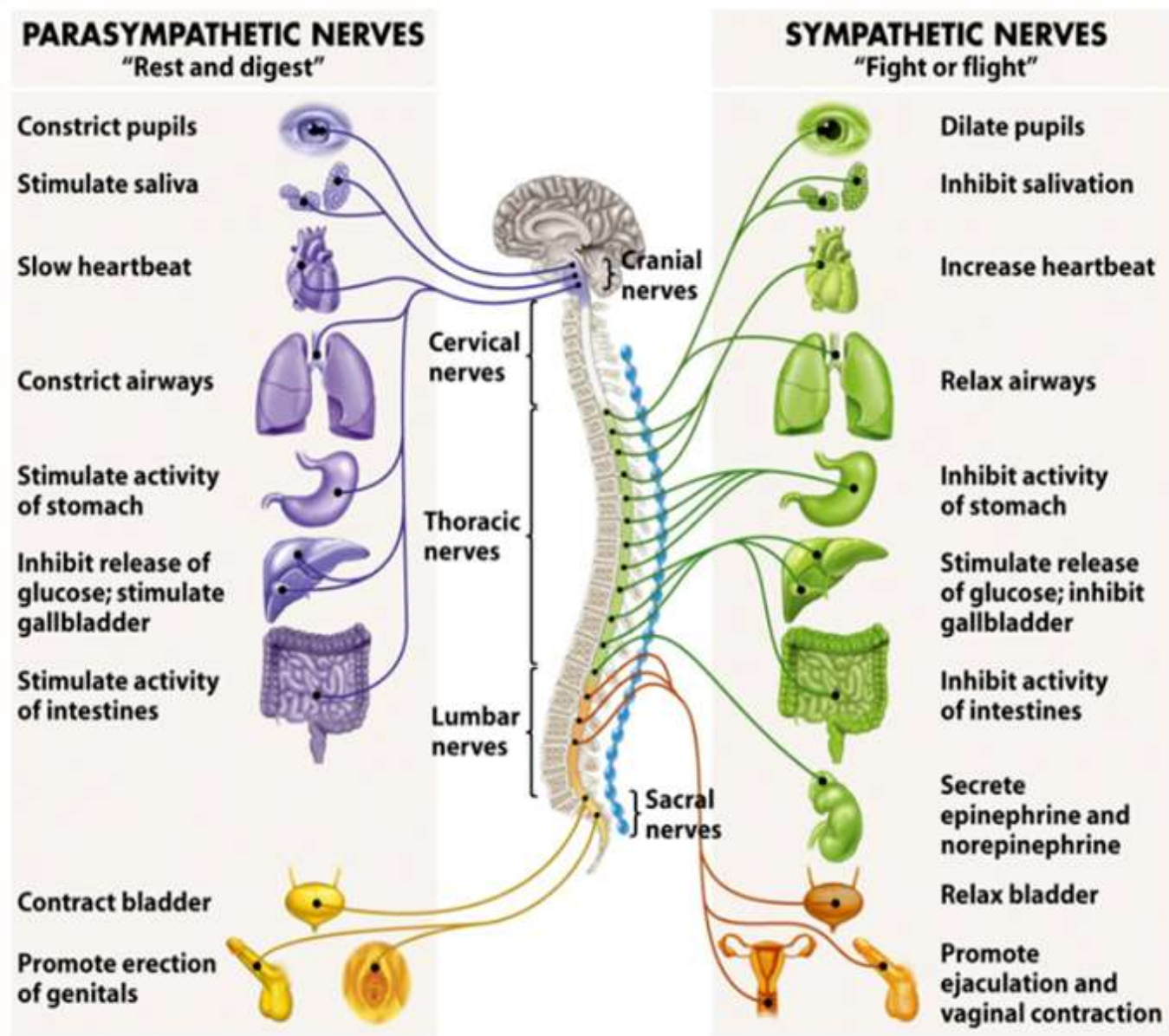


Рис.17

### Клинический пример №65

Ребенок 14 лет поступил в отделение с жалобами на головные боли в затылочной области, давящего и сжимающего характера, ежедневно, средней интенсивности, проходящие после сна. Приступы потери сознания на фоне относительного здоровья, утром натощак, почувствовала головокружение, шум в ушах, возник приступ потери сознания, продолжительностью

несколько минут. Непроизвольного мочеиспускания, слюнотечения не отмечалось. Эмоциональность, тревожность, раздражительность.

**Анамнез заболевания.** Данные жалобы беспокоят в течение нескольких лет. Неоднократно обращалась за медицинской помощью, получала лечение без продолжительной положительной динамики.

Анамнез жизни. Мать, отец здоровы. Отец – в семье не проживает. Семья неполная. Эмоциональная атмосфера в семье теплая. Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне токсикоза 1 половины, гестоза 2 половины. Роды срочные, путем кесарева сечения. Вес 3050 г, рост 53 см. Выписана без задержки. К неврологу до 1 года не обращались, так как по мнению мамы всё было хорошо. Ходит с 1 года, речь предложениями с 1,5 года. Грудное вскармливание до 6 мес. Контакты со сверстниками устанавливает легко. Наследственный анамнез: не отягощен. Аллергологический анамнез: не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ЦДС БЦА, УЗИ почек, УЗИ щитовидной железы, СМАД, ЭКГ без особенностей. Холтер ЭКГ – Ночью транзиторная АВ блокада 2 степени (единичный случай). Психолог – легкий органический симптомокомплекс. Признаки астенизации. Исследование познавательной сферы не выявляет диагностически значимых нарушений. Высокий уровень тревожности с тенденцией к соматизации негативных переживаний.

**Клинический диагноз. Последствия резидуально–органического поражения ЦНС: расстройство вегетативной нервной системы по смешанному типу, с преобладанием симпатикотонии, цефалгии, синкопальный**

**синдром. Астенический синдром. невротические тревожные реакции.**

**Рекомендации по лечению.** Р-р MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл+ NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Alimemazini tartratis 5 мг внутрь по ½ таб. вечером; р-р Vinpocetini 5 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно; р-р Aethylmethylhydroxyuridini succinatis 5 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно; ЛФК; массаж.

### **Клинический пример №66**

Ребенок 15 лет поступила в отделение с жалобами на головные боли, в височной области, чаще к вечеру, усиливающиеся после школы, на смену погоды, сопровождающиеся тошнотой (1 раз в неделю), купируются Ibupropheniом. При резких наклонах, поворотах – темнеет перед глазами, может быть «мелькание мушек перед глазами» – на фоне школьных нагрузок. Периодически–боли в области шейного отдела позвоночника, ощущение «хруста».

**Анамнез заболевания.** Головные боли беспокоят на протяжении последних 6–ти лет. Синкопальное состояние неделю назад, затем повторилось через день. Обратилась за медицинской помощью, госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в 1 триместре. Роды срочные, в сроке 42 недель, 12 часов, дискоординация родовой деятельности. Вес 3400г., без асфиксии, с признаками переносимости. Выписана без задержки. Первые месяцы жизни была очень беспокойной, плохо спала с 1 месяца. У невролога наблюдалась по поводу ПЭП до 1 года, лечение не получали. Росла и развивалась по возрасту. Грудное вскармливание до 3 мес. Контакты со сверстниками устанавливает легко. Семейный анамнез – у отца, бабушки, двоюродной

сестры – головные боли, купируются Ibuprophenom. Семья полная. Эмоциональная атмосфера в семье разная. Аллергии нет. Наблюдается нефрологом 3 года по поводу врожденной аномалии развития почек, пиелонефрита.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ без особенностей. ЭЭС – легкие признаки внутричерепной гипертензии. ЭЭГ – лёгкие диффузные изменения биоэлектрической активности коры головного мозга. УЗИ почки – гипоплазия правой почки. Рентгенография шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях – признаки нестабильности на уровне: С2–С4. КИГ – ваготония, при проведении ортостатической пробы снижена реактивность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, вегетативное обеспечение деятельности характеризуется адекватной активацией симпатического отдела вегетативной нервной системы. Медико–психологическая диагностика – выявляются признаки легких органических нарушений, некоторое снижение объема и переключаемости активного внимания, признаки повышенной истощаемости в условиях длительной функциональной нагрузки, снижена продуктивность ассоциативного запоминания. Повышенный уровень тревоги с тенденцией к соматизации негативных переживаний.

**Клинический диагноз.** Расстройство вегетативной нервной системы, ваготония, на фоне хондропатии, нестабильности шейного отдела позвоночника. Невротические тревожные реакции, астенический синдром. Синкопальный синдром. Врожденная аномалия развития почек.

**Рекомендации по лечению.** Р–р Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5% 2 мл в/м 1 раз в день; р–р Cholini alfosceratis 4 мл в/м 1 раз в день; таб.

Acidi nicotinoyl-gamma-aminobutyrici внутрь по 1 таб. 3 раза в день; таб. Alcaloidorum Belladonnae+ Phenobarbitali+ Ergotamini внутрь по 1 таб. 2 раза в день; массаж.

### **Клинический пример №67**

Ребенок 14 лет поступил в отделение с жалобами на периодические головные боли, возникающее от эмоциональных и физических нагрузок, быструю утомляемость, эмоциональную лабильность.

**Анамнез заболевания.** Болен около года, когда стал отмечать появление вышеуказанных жалоб. Ранее к врачу не обращался.

**Анамнез жизни.** Ребенок от первой беременности. Беременность протекала нормально. Мать инфекционных заболеваний в течение беременности не переносила. Питание удовлетворительное. Роды I, в срок, самостоятельные, стремительные, без анестезии. Оценка по шкале Апгар 7 баллов. Развитие моторики: начал держать голову с 4-х месяцев. С 5-ти месяцев переворачивается на живот, с 6-ти месяца сидит. Психическое развитие: улыбается с 1 месяца, начал гулить с 5-ти месяцев, произносить отдельные слоги с 10-ти месяцев, с 1,5 лет произносит первые слова. Семейный анамнез: туберкулез, алкоголизм, венерические, у родственников отрицает. Перенесенные заболевания. Ветряная оспа – 7 лет. Прививки по индивидуальному графику.

**Данные объективного осмотра.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.



**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, УЗДС БЦА без особенностей.

**Клинический диагноз.** Расстройство вегетативной нервной системы по ваготоническому типу.

**Рекомендации по лечению.** Р-р Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 2 мл, в/м 1 раз в день; р-р Actovegini 2 мл в/м 1 раз в день; электрофорез с Aminophyllini; массаж ШВЗ.

### **Клинический пример №68**

Ребенок 11 лет поступил в отделение с жалобами на периодические головные боли, возникающее от эмоциональных и физических нагрузок, головокружения, быструю утомляемость, эмоциональную лабильность.

**Анамнез заболевания.** Больна около года, когда стала отмечать появление вышеуказанных жалоб. Ранее обращалась за медицинской помощью, без продолжительной положительной динамики. В настоящее время проходит лечение в стационаре неврологического отделения.

**Анамнез жизни.** Ребенок от второй беременности. Беременность протекала нормально. Мать инфекционных заболеваний в течение беременности не переносила. Питание удовлетворительное. Роды 2, в срок, самостоятельные, стремительные, без анестезии. Оценка по шкале Апгар 7 баллов. Развитие моторики: начала держать голову с 4-х месяцев. С 5-ти месяцев переворачивается на живот, с 6-ти месяцев сидит. Психическое развитие: улыбается с 1-го месяца, начал гулить с 5-ти месяцев, произносить отдельные слоги с 10-ти месяцев, с 1,5 лет произносит первые слова. Семейный анамнез: туберкулез, алкоголизм, венерические, у родственников отрицает. Прививки по индивидуальному графику.

**Данные объективного осмотра.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови без особенностей. УЗДС БЦА – регистрируется нормальная скорость кровотока по интра– и экстракраниальным артериям. ТКДС: не лоцируются.

**Клинический диагноз. Расстройство вегетативной нервной системы по симпатикотоническому типу.**

**Рекомендации по лечению.** Таб. Tetramethyltetraazabicyclooctandioni 300 мг, по 1 таб. 3 раза в день; р-р Actovegini 2 мл в/м 1 раз в день; электрофорез с Aminophyllini; массаж ШВЗ.

### **Клинический пример №69**

Ребенок 13 лет поступил в отделение с жалобами на периодические головные боли давящего характера, отдающие в глазницы, возникающее от эмоциональных и физических нагрузок, головокружения, быструю утомляемость, эмоциональную лабильность.

**Анамнез заболевания.** Болен около двух лет, когда стал отмечать появление вышеуказанных жалоб. Обращался за медицинской помощью, получал лечение без продолжительной положительной динамики.

**Анамнез жизни.** Ребенок от второй беременности. Беременность протекала нормально. Мать инфекционных заболеваний в течение беременности не переносила. Питание удовлетворительное. Роды 2, в срок, самостоятельные, стремительные, без анестезии. Ребенок при рождении массой 3300 г, рост – 50 см. Оценка по шкале Апгар 7 баллов. Вскармливание естественное. Развитие моторики: начал держать голову с 4–х месяцев. С 5–ти месяцев переворачивается на живот, с 6–ти месяцев сидит. Психическое развитие: улыбается с 1 месяца, начал гулить с 5–ти месяцев, произносить отдельные слоги с 10–ти месяцев, с 1,5 лет произносит первые слова.

Семейный анамнез: туберкулез, алкоголизм, венерические, у родственников отрицает. Перенесенные заболевания. Ветряная оспа – 10 лет; ОРВИ – с 5х лет 1–2 раза в год в осенне–зимний период; операций, гемотрансфузий не было. Прививки по индивидуальному графику.

**Данные объективного осмотра.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, УЗДС БЦА без особенностей.

**Клинический диагноз. Расстройство вегетативной нервной системы по смешанному типу**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5% 2 мл в/м 1 раз в день; р–р Cholini alfosceratis 4 мл в/м 1 раз в день; таб. Acidi nicotinoyl-gamma-aminobutyrici внутрь по 1 таб. 3 раза в день; таб. Alcaloidorum Belladonnae+ Phenobarbitali+ Ergotamini внутрь по 1 таб. 2 раза в день; массаж.

## **Клинический пример №70**

Девочка 16 лет поступила в отделение с жалобами на боли в животе, (в эпигастральной области), которые носят приступообразный характер, возникают без видимой причины, как правило, сопровождающиеся тошнотой и тревогой, страхом. Сниженное настроение, общую слабость, «ожидание болей».

**Анамнез заболевания.** Считает, что состояние впервые ухудшилось 2 года назад, когда без видимой причины, появились боли в животе, к которым в дальнейшем присоединилась тошнота. Однако до этого перенесла стрессовую ситуацию по учебе и после плановой сдаче крови в школе, чувствовала слабость в течение дня и к вечеру «чуть не упала в обморок».

Боли самостоятельно не проходили, на фоне тошноты несколько раз возникла рвота, после чего была госпитализирована в инфекционную больницу, где находилась с диагнозом: Острая кишечная инфекция вызванная st. Aureus, гастродуоденит, средней тяжести. После выписки тошнота и рвота прекратилась, но периодически возникали боли в животе, по поводу чего пациентка жаловалась маме. Год назад подобная ситуация повторилась, лечилась стационарно, в гастроэнтерологическом отделении, была выписана с улучшением состояния, но боли в животе периодически возникали. Последнее обострение месяц назад, вновь появилась тошнота и рвота, которая могла повторяться несколько раз в день. Дважды прошла лечение в стационаре без существенного улучшения. Стала отмечать учащение болей, была госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, первым ребёнком. Наследственность психопатологически не отягощена. Беременность у матери протекала без патологии. Раннее развитие без особенностей. В школу пошла вовремя, учится «хорошо». В настоящий момент проживает с родителями и родным братом, взаимоотношения в семье благоприятные. Учится в 11 классе средней школы. Занимается волейболом. Травмы, операции в анамнезе отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Психический статус.** Вегетативные реакции яркие. Фиксирована на болях в животе, тошноте и позывах на рвоту. Сообщает, что «уже начинаю ждать боли и тошноту даже когда их нет, из-за чего появляется тревога. Фон настроения снижен. Эмоционально лабильна.

**Результаты дополнительных методов исследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ без особенностей.

**Клинический диагноз. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы верхней части желудочно–кишечного тракта.**

**Рекомендации по лечению.** Таб. Mirtazapini 15 мг внутрь по 1 таб. на ночь; таб. Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 0,5 мг внутрь по 1 таб. 2 раза в день (утром и вечером); р-р Sulpiridi 1мл в/м по 1 мл раз в день; психотерапия

### **Клинический пример №71**

Женщина 34 года поступила в отделение с жалобами на нестабильность артериального давления, головокружение, мушки перед глазами, периодические боли в области сердца, тревогу, апатию, быструю утомляемость.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной около двух лет, когда после стрессовой ситуации начали беспокоить головокружения, боли в сердце, появилась апатия. На данный момент обратилась за помощью.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, первым ребёнком. Росла и развивалась нормально. Жилищно–бытовые условия хорошие. В настоящий момент работает учителем. Страдает гипертонической болезнью длительно. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывание.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ без особенностей.

**Клинический диагноз. Психогенная вегетативная дистония с кардиоалгическим синдромом на фоне умеренно выраженного астено–депрессивного синдрома.**

**Рекомендации по лечению.** Таб. Alimemazini tartratis 50 мг принимать по 1 таблетке 3 раза в день внутрь; таб. Piracetami 400 мг внутрь по 1 таб. после еды; таб. Fabomotizoli 50 мг внутрь по 1 таб. 2 раза в день после еды; умеренные физические нагрузки; регулярные прогулки; полноценный сон

## **ТОКСИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ**

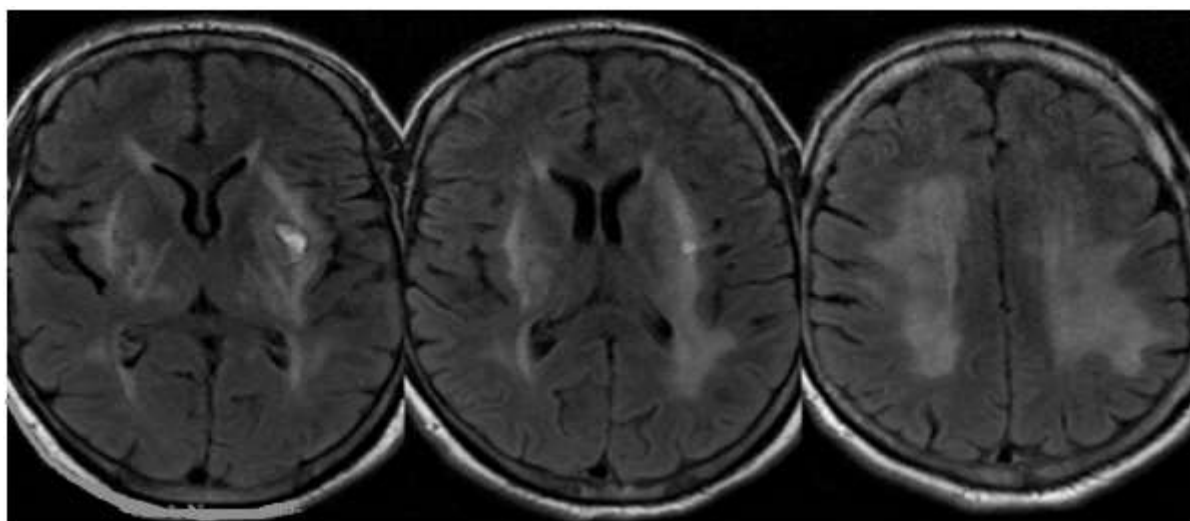


Рис.18

### **Клинический пример №72**

Женщина 47 лет поступила в отделение с жалобами на слабость в конечностях, преимущественно в нижних, выраженную шаткость при ходьбе, головокружение, усиливающееся при перемене положения тела, головную боль, давящего характера, без четкой локализации, выраженную общую слабость, недержание кала, мочи.

**Анамнез заболевания.** Длительно употребляла алкоголь (водка). Пять лет страдает токсической энцефалополинеуропатией. Данное ухудшение состояния в течение последних 2–х недель, когда выросла слабость в конечностях, перестала самостоятельно передвигаться, не контролировала функцию тазовых органов (стул, мочеиспускание), опорожнялась в памперс. За медицинской помощью сразу не обратились, справлялись дома самостоятельно. Состояние не улучшалось. Обратились в поликлинику по месту жительства, дано направление на госпитализацию.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, первым ребёнком. Росла и развивалась нормально. Жилищно–бытовые условия хорошие. В настоящий момент не работает. ОНМК, ОИМ, СД, МА, ЗЧМТ отрицает. Гипертоническая болезнь, максимальное АД 170\100 мм.рт.ст, адаптирована к 130\80 мм.рт.ст, постоянно гипотензивные препараты не принимает. Язвенная болезнь желудка, вне обострения. В 16 лет было желудочное кровотечение. Менопауза 3 года. Операции – аппендэктомия, давно. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Двигательная система.** Отмечается вялый тетрапарез со снижением мышечной силы до 4–х баллов в верхних и нижних конечностях. Сухожильные рефлексы D=S, низкие. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга не стоит. **Система чувствительности.** Отмечается расстройство поверхностной чувствительности по полиневритическому типу (по типу «перчаток и носок»).

**Топический диагноз.** Вялый тетрапарез со снижением мышечной силы да 4–х баллов в верхних и нижних конечностях. Симметрично низкие сухожильные рефлексы. Расстройство поверхностной чувствительности по полиневритическому типу. Нарушение функции тазовых органов по типу недержания мочи. Вышеперечисленные факты говорят о симметричном системном поражении периферических нервов. Диффузная головная боль и

несистемное головокружение в данном случае наиболее вероятно обусловлено диффузным поражением вещества головного мозга.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ без особенностей. Осмотр офтальмолога – OU – ангиопатия сетчаток. Атрофия зрительных нервов. УЗДС БЦА – признаки нестенозирующего атеросклероза БЦА. Извитость позвоночных артерий на уровне: СIII–CIV–CV–CVI–I сегмент. Кровоток по позвоночным артериям: достаточный. Неустойчив на изгибах. ЭНМГ – признаки замедления проведения возбуждения по пирамидным путям кортико–люмбального тракта с обеих сторон, больше справа. Признаки нарушения проведения возбуждения на уровне корешков L4–L5–S1 с обеих сторон с признаками корешковой задержки с обеих сторон, больше слева. Признаки умеренного демиелинизирующего поражения большеберцового нерва с обеих сторон и признаки умеренной демиелинизации в проксимальных отделах (по данным F–волны). Признаки умеренного аксонального поражения локтевого нерва с обеих сторон. И признаки выраженного демиелинизирующего поражения сенсорных волокон нервов нижних и верхних конечностей в дистальных отделах. УЗИ органов брюшной полости – УЗ признаки умеренных диффузных изменений поджелудочной железы, печени. КТ головного мозга – КТ–картина смешанной гидроцефалии. Консультация терапевта – хронический гастрит, ремиссия. Хронический панкреатит, ремиссия. Анемия смешанного генеза, легкой степени.

**Клинический диагноз. Токсическая энцефалополлинейропатия на фоне злоупотребления алкоголем с вялым тетрапарезом, чувствительными нарушениями, расстройством функции тазовых органов по типу недержания мочеиспускания.**



**Рекомендации по лечению.** Р-р Cerebrolysini 10 мл + р-р NaCl 0,9% 50мл в/в 1 раз в день; р-р Acidi thioctici 10 мл в/в струйно медленно; р-р Pyridoxini + Thiamini + Суанособаламини + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; р-р Iridacriini 5мг 1 мл в/м 1 раз в день; ЛФК; массаж.

## 11. ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ.

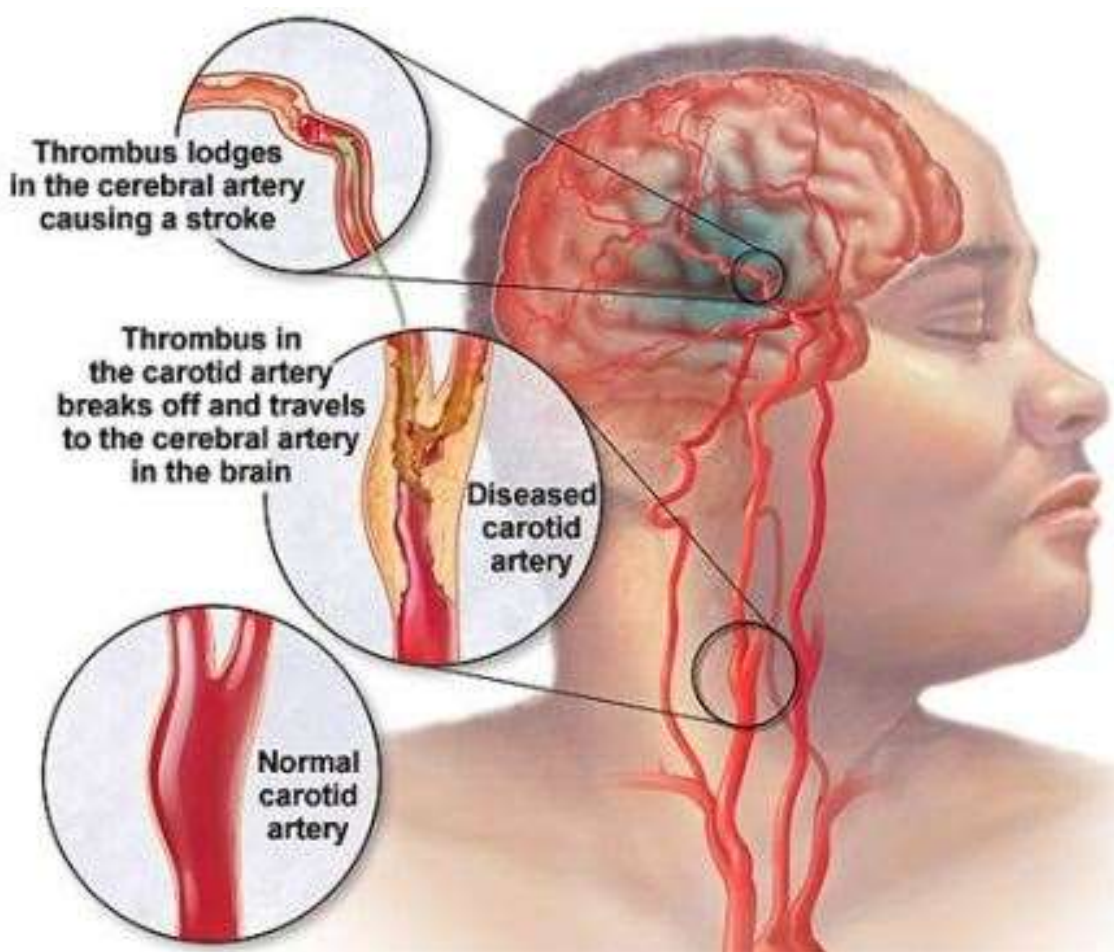


Рис.19

**Клинический пример №73**

Мужчина 64 года поступил в отделение с жалобами на периодическую головную боль, преимущественно в затылочной области, периодическое головокружение, слабость онемение в левой руке, ноге, пошатывание при ходьбе, больше вправо, поперхивание при приеме пищи, затруднение речи, ухудшение памяти.

**Анамнез заболевания.** Страдает гипертонической болезнью более 20 лет, головные боли беспокоят последние 5–7 лет. Шесть лет назад на фоне резкого повышения цифр АД до 220/110мм.рт.ст. перенес ОНМК. Инвалид 3 группы. Периодически проходит курсы стационарного лечения. Настоящее ухудшение в течение двух недель: отмечает усиление головных болей, головокружения, ухудшилась речь, периодически отмечает усиление онемения в конечностях. Дома принимал Aethylmethylhydroxypyridini succinatis, Acidi acetylsalicylici, энап – состояние без улучшения. Обратился за медицинской помощью, был госпитализирован.

**Анамнез жизни.** В анамнезе аппендэктомия, гипертоническая болезнь более 20 лет. Аллергоанамнез не отягощен.

**Объективное состояние больного.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Общемозговые симптомы.** Спонтанная речь затруднена (парез мягкого неба, голосовой связки справа), больной произносит слова медленно. Головная боль– локализуется преимущественно в затылочной области, давящего характера, более 3 раз в неделю, чаще в ранние утренние часы, периодически сопровождается тошнотой. **Черепные нервы.** IX (n.glossopharyngeus), X(n. vagus). Глотание – затруднено, паралич мягкого неба справа. Фонация – голос осипший. Артикуляция – дизартрия. **Двигательная система.** Объем активных движений в конечностях – ограничен в левых конечностях. Гемипарез слева со снижением мышечной силы до 4 баллов. Мышечный тонус–повышен по спастическому типу в мышцах левых конечностей. Сухожильные рефлексы повышены: с сухожилия бицепса C5–6, трицепса C7–8, коленный L2–4, ахиллов S1–2) слева. Периостальные рефлексы – карпо–радиальный C5–8 повышен слева.

Поверхностные рефлексы: брюшные, кремастерный, подошвенные слева несколько снижены. Патологические рефлексы – разгибательные Бабинского, Оппенгейма, сгибательные Россолимо, Бехтерева I слева положительны. Защитные рефлексы– укоротительный, удлинительный слева слабо положительны. Патологические синкинезии – глобальная, координаторная, имитационная слева. Гипотрофия легкая в мышцах левой голени, стопы, левой кисти. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывается, больше вправо, проба на синергию Бабинского справа положительна. Динамическая атаксия–пальценосовую, пяточноколенную пробы выполняет нечетко с двух сторон, справа отмечается интенционный тремор. Походка – атактическая. **Система чувствительности.** Поверхностная чувствительность: болевая, температурная, тактильная слева снижены по гемитипу.

**Топический диагноз.** На основании осмотра больного можно делать вывод о наличии очага поражения в продолговатом мозге. У больного имеется клиника синдрома Валленберга–Захарченко: затруднение речи и глотания, атаксия на правой стороне, аналгезия, терманастезия, центральный парез на левой стороне тела. Очаг поражения находится в дорсолатеральном отделе продолговатого мозга, мозжечке. На стороне поражения отмечается паралич мышц гортани, глотки, мягкого неба (поражение ядер IX–X пар нервов), мозжечковые нарушения обусловлены поражением мозжечка и его нижней ножки. На противоположной очагу стороне отмечается расстройство болевой, температурной чувствительности на туловище, конечностях вследствие поражения спино–таламического пути. Глубокая и тактильная чувствительность не нарушены. Синдром Валленберга–Захарченко возникает при нарушении кровообращения в бассейне нижней задней артерии мозжечка.

**Результаты специальных методов исследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови без

особенностей. Осмотр окулиста – ОН–гипертоническая ангиоретинопатия. УЗДС БЦА – признаки нестенозирующего атеросклероза.

**Клинический диагноз. ЦВБ. ДЭП II на фоне гипертоническая болезнь 3, риск ССО 4, атеросклероз аорты, коронарных, церебральных артерий, последствий перенесенного ОНМК в бассейне задней нижней артерии мозжечка с синдромом левостороннего легкого гемипареза, гемигипестезии, дизартрии, дисфагии, атактических нарушений (синдром Валленберга–Захарченко), ухудшение.**

**Рекомендации по лечению.** Таб. Indapamidi + Perindopriili–8мг утром под контролем АД; таб. Acidi acetylsalicylici100мг вечером; таб. Atorvastatini 20 мг вечером после ужина; р–р Aethylmethylhydroхуридини succinatis 5,0 в\в капельно 1р\день; р–р Dextrani 200 мл в\в капельно; р–р Cerebrolysinii–10 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в\в 1 раз в день; ЛФК; массаж конечностей; физиотерапия (магнитотерапия на левые конечности).

### **Клинический пример №74**

Мужчина 75 лет поступил в отделение с жалобами на умеренную головную боль диффузного характера, снижение памяти, общую слабость, шаткость при ходьбе.

**Анамнез заболевания.** Из–за снижения памяти полностью анамнез заболевания собрать не удалось. Со слов жены в течение длительного времени отмечается нарушение памяти на текущие события, затруднение при ходьбе – "шатается, падает", ограничение самообслуживания – передвигается в пределах квартиры, беспокоили головные боли, чаще в вечернее время. В течение последних 4–5 дней отмечает усиление головной боли, повышение АД, появление головокружения, выросла шаткость при ходьбе. Больной

почти перестал вставать с постели, почти ничего не ел, не пил. Жена больного ежедневно вызывала скорую помощь в связи с повышением давления у больного до 170 – 180/100 мм рт.ст., вводились гипотензивные препараты, госпитализация не предлагалась. Сегодня утром после сна больной пожаловался на головную боль, тошноту, при попытке встать потерял сознание на несколько секунд, упал на кровать, головой не ударялся, судорог в конечностях, прикуса языка, непроизвольного мочеиспускания не было. Жена вызвала скорую помощь, больной доставлен в приемное отделение, госпитализирован.

**Анамнез жизни.** Гипертоническая болезнь. ДГПЖ. ОНМК, ОИМ, нарушения сердечного ритма, туберкулез, вирусные гепатиты, онкологические и венерические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Операции отрицает.

**Данные объективного обследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Речь—дизартрия. **Высшие мозговые функции.** Во времени дезориентирован. **Черепные нервы.** XII пара – подъязычный нерв. Язык расположен во рту и при высовывании отклоняется вправо. Дизартрия.

Мышечный тонус умеренно повышен по пластическому типу с 2–х сторон. Положительный симптом Нойка с двух сторон. Тремор кистей вытянутых рук.

**Координаторная сфера.** КП выполняет с промахиванием с двух сторон. В позе Ромберга не стоит.

**Топический диагноз.** На основании проведённого исследования функции у больного выявляются можно подозревать диффузное поражение головного мозга.

**Результаты дополнительных методов исследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки – лёгкие – венозный застой в МКК. Гипертрофия левого желудочка. КТ головного мозга –

КТ–картина смешанной гидроцефалии, сосудистой энцефалопатии. ЭКГ – ЧСС – 70 уд в мин. синусовый ритм. ЭОС отклонена резко влево. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Гипертрофия левого желудочка. Выраженные изменения боковой стенки. УЗДС БЦА – УЗ–признаки стенозирующего атеросклероза БЦА: с двух сторон в ОСА и ВСА стеноз до 70% с гемодинамическими изменениями, снижением кровенаполнения по ПА с 2–х сторон. ЭЭГ – умеренные изменения биопотенциалов головного мозга регуляторного характера с дисфункцией лимбико–ретикулярного комплекса.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Дисциркуляторная энцефалопатия III ст. с цефалгическим синдромом, интеллектуально–мнестическими, координаторно–атактическими, экстрапирамидными нарушениями, ухудшение, на фоне гипертонической болезни III, риск ССО 4, церебрального атеросклероза.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 250 мл+ Insulini solubilis R 8 ЕД+ р–р KCl 4% 10 мл+ MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Cerebrolysini 1 мл+ NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Aethylmethylhydroxyuridini succinatis 5% 5 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; таб. Enalaprilii 5 мг 1 раз в день утром; таб. Captoprilii 25 мг под язык на фоне повышенного АД; таб. Atorvastatini 20 мг 1 раз в день вечером; таб. Amlodipini 5 мг 1 раз в день.

### **Клинический пример №75**

Мужчина 76 лет поступил в отделение с жалобами на головные боли, без четкой локализации, шум в голове, периодические головокружения, изменение походки, шарканье при ходьбе, затруднение начать движение, топтание на месте, скованность в левых конечностях, дрожание в правой

руке, ухудшение памяти на текущие события, сниженное настроение, раздражительность, общую слабость, быструю утомляемость, неустойчивое, чаще повышенное артериальное давление, периодические боли в поясничном отделе позвоночника.

**Анамнез заболевания.** Головные боли беспокоят на фоне повышения давления более 10 лет. В течение семи лет отмечает ухудшение памяти. Три года назад у пациента, появились изменения походки, замедленность движений, дрожание и скованность в правых конечностях, снижение обоняния, запоры, слюнотечение, чаще в ночное время, быстрая утомляемость. Обращался за медицинской помощью без положительной динамики.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок, вторым ребёнком. Развивался нормально. В настоящий момент не работает. Пенсионер. Инвалидности нет. Из перенесенных заболеваний отмечает: гипертоническую болезнь, хронический латентный пиелонефрит на фоне МКБ, ЯБЖ (рубцовая деформация), АПЖ. Аллергологический анамнез. неотягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Периодические головные боли возникают на фоне повышенного АД. Головные боли могут сопровождаться без четкой локализации, без четкой локализации. Черепные нервы. IX(n. glossopharyngeus), X (n.vagus) – дисфагия (поперхивание твердой пищей), дисфония. Дизартрия. Отклонение мягкого неба вправо. Положителен хоботковый назолабиальный рефлекс. XII (n.gyroglossus) – язык девирует влево, без атрофий и фибриллярных подергиваний. **Двигательная система.** Повышение мышечного тонуса по спастическому типу. Сухожильные рефлекс S>D. Рефлексы орального автоматизма–хоботковый, назолабиальный. Гипомимия, гипокинезия. Тремор покоя, мелкочастотный в правых конечностях, более выражен в верхних конечностях. Постуральные нарушения ходьбы, ахейрокирнез справа. **Система координации.**

Статическая атаксия – в позе Ромберга не устойчив. Динамическая атаксия – пальце–носовую пробу выполняет с прормахиванием с обеих сторон. Походка атактическая с элементами лобной дизбазии. **Система чувствительности.** Поверхностная чувствительность: нарушена болевая чувствительность по церебральному проводниковому типу, в виде правосторонней гемигипестезии

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий, рентгенография органов грудной клетки пневмосклероз, фиброз нижнего отдела правого легкого. МРТ головного мозга – структурные изменения ствола мозга, характерные для нейродегенеративного процесса. МР картина мультифокальных супратенториальных очагов глиоза, единичные локальные арахноидальные изменения ликворокистозного характера. Нерезко выраженная гидроцефалия.

**Клинический диагноз. Болезнь Паркинсона 1– 2 ст. (по Хен и Яру), с преимущественным поражением правых конечностей, постуральными нарушениями. ЦВБ. ДЭП 2–3 ст. с вестибуло–атактическим синдромом, умеренными когнитивными нарушениями, мультифокальным поражением головного мозга ( по данным МРТ ) , на фоне гипертонической болезни 3 ст., риск ССО 4.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Vinpocetini 10 мг + NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Cerebrolysini 10 мг + NaCl 0,9% 5 мл в/в 1 раз в день; р–р Actovegini 5 мл + NaCl 0,9% 50 мл в/в 1 раз в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Losartani+ Hydrochlorothiazidi по 1 таб. 1 раз в день; таб. Pramipexoli 1,5 мг по 1 таб. 1 раз в день с последующим титрованием дозы; таб. Memantini 10 мг по 1 таб. 1 раз в день; ЛФК; массаж верхних и нижних конечностей.



## Клинический пример №76

Мужчина 63 года поступил в отделение с жалобами на частые головные боли, более выраженные в правой половине головы, шум в голове, периодическое головокружения, шаткость при ходьбе, ухудшение памяти на текущие события, сниженное настроение, раздражительность, слабость и чувство онемения в левой руке, ноге, затрудняющие самообслуживание, передвижение, общую слабость, быструю утомляемость, снижение умственной и физической работоспособности, нарушение сна, повышенное артериальное давление.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больным в течение 10 лет, когда впервые на фоне перенесенного психоэмоционального стресса повысилось артериальное давление до 180/100 мм рт. ст., появилась резкая головная боль, выраженное головокружение, тошнота, светобоязнь, в связи с чем был госпитализирован по поводу гипертонического криза. В течение последующих лет наблюдался у терапевта. Постоянно принимает гипотензивные средства, тем не менее, общее состояние в течение последних четырех лет постепенно ухудшается, участились гипертонические кризы, по поводу чего лечился амбулаторно, лечения в стационаре не получал. Четыре года назад на фоне очередного гипертонического криза перенес острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне правой средней мозговой артерии. В дальнейшем наблюдается у невролога, принимает гипотензивные, сосудистые препараты, ноотропы, антиоксиданты, ежегодно получает курсы восстановительной терапии в условиях дневного стационара поликлинического отделения. Последнее ухудшение общего состояния в течение недели.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок, вторым ребёнком. Рос и развивался нормально. Жилищно– бытовые условия хорошие. В настоящий момент не работает. Пенсионер. Инвалид III группы. Из перенесенных заболеваний отмечает: Гипертоническая болезнь,

ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Периодические головные боли возникают на фоне повышенного АД, психоэмоциональных нагрузок, в правой половине головы, в любое время суток. Головные боли могут сопровождаться тошнотой, чувством проваливания, неустойчивости, тревогой. **Черепные нервы.** VII (n. facialis) – лицо асимметрично, из-за сглаженности левой носогубной складки. XII (n. hypoglossus) – язык слегка девирует влево, без атрофий и фибриллярных подергиваний. **Двигательная система.** Пирамидная недостаточность слева, со снижением мышечной силы до 4,5 баллов в руке и ноге, с умеренным повышением мышечного тонуса по спастическому типу. Сухожильные рефлексы повышены с сухожилия бицепса C5–6, трицепса C7–8, коленный L2–L4, ахиллов S1–2 слева. Периостальные рефлексы – карпорадиальный C5–8 повышен слева. Поверхностные рефлексы – брюшные, подошвенные–снижены, D<S. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга слегка покачивается. Динамическая атаксии – пальце–носовую пробу выполняет легкой интенцией с обеих сторон. **Схема чувствительности.** Поверхностная чувствительность: нарушена болевая чувствительность по церебральному проводниковому типу, в виде левосторонней гемигипестезии.

**Топический диагноз.** Двигательные расстройства в виде левосторонней пирамидной недостаточности свидетельствуют о поражении пирамидного пути проходящего в бассейне левой СМА. Контрлатеральное поражение в данном случае может быть обусловлено патологией пирамидного пути на отрезке от коры передней центральной извилины до нижней части продолговатого мозга, предварительно пройдя через заднее бедро внутренней капсулы, в её передних 2/3; где на границе со спинным мозгом совершается перекрест и далее волокна попадают в боковые столбы спинного мозга противоположной стороны и заканчиваются у клеток

передних рогов каждого сегмента. Центральный паралич лицевого нерва отмечается при надъядерных поражениях VII п, когда страдают лишь нижние отделы мимической мускулатуры лица. Центральный паралич XII п: ядро подъязычного нерва получает корковую иннервацию с одной, противоположной, стороны. При поражении внутренней капсулы возникает центральный паралич на противоположной стороне, и язык отклоняется в пораженную сторону. Чувствительные расстройства в виде левосторонней гемигипестезии предполагают поражение волокон проходящих в задней 1/3 заднего бедра внутренней капсулы справа (таламо–кортикальный тракт).

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ без особенностей. СМАД – по данным СМАД зарегистрирована мягкая постоянная систолодиастолическая артериальная гипертензия с выраженными особенностями – высокие показатели утреннего прироста по скорости и по величине ДАД, по скорости САД. МРТ головного мозга – в теменной доли справа зона ишемии 10x6x4 мм. Срединные структуры не смещены. УЗДГБЦА –снижение эластичности сосудистой стенки всех исследуемых экстракраниальных и церебральных артерий, скоростные показатели кровотока по брахиоцефальным артериям в пределах нормы.

**Клинический диагноз. ЦВБ: Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. на фоне последствий перенесенного ишемического инсульта в бассейне правой средней мозговой артерии с левосторонней пирамидной недостаточностью, левосторонней гемигипестезией, умеренными вестибулярными, когнитивными нарушениями, астено–невротическим синдромом.**

**Рекомендации по лечению.**

P–p Vinpocetini 10 мг + NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; p–p Cerebrolysin 10 мг + NaCl 0,9% 5 мл в/в 1 раз в день; p–p Actovegin 5 мл + NaCl 0,9% 50 мл в/в 1 раз в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Losartani 50 мг 1 таб. 1 раз в день; ЛФК; массаж верхних и нижних конечностей.

### **Клинический пример №77**

Женщина 79 лет поступила в отделение с жалобами на частые головные боли, головокружение, шум в ушах, пошатывание при ходьбе, общую слабость и быструю утомляемость, забывчивость, частые поперхивания при еде.

**Анамнез заболевания.** Головные боли беспокоят более 20 лет, 3–5 дней в неделю, усиливаются при повышении артериального давления, стрессах, после умственного напряжения. После приема Metamizoli natrii, цитрамона, баралгина боли уменьшаются. Страдает гипертонической болезнью, 5 лет назад перенесла ОНМК в правой СМА. Со слов больной ангиогипертензионную терапию принимает, но артериальное давление все равно периодически повышается, отмечает метеолабильность. Со слов больной, отмечает забывчивость («не помню зачем пошла на кухню, где положила что–то»).

**Анамнез жизни.** Перенесла ветряную оспу. Пневмония 10 лет назад. Работала бухгалтером, производственные вредности отрицает. Операции, травмы отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** VII. Лицевой нерв. Левая носогубная складка незначительно сглажена. Незначительная асимметрия при оскаливании зубов слева. **Двигательная система.** Сухожильные рефлекс

понижен ахиллов S1–2 справа. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывание.

**Топический диагноз.** Когнитивные нарушения, связанные с дисфункцией лобных долей и выражающиеся в снижении памяти, замедлении психических процессов, нарушении внимания, мышления, способности планировать и контролировать свои действия. Вестибуло–атактический синдром, синдром постуральной неустойчивости. Легкие псевдобульбарные нарушения. Эмоциональная лабильность. Синдром цефалгии.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. ТС БЦА – УЗИ признаки извитости ОСА, ВСА. Гемодинамически значимого стеноза не выявлено. РКТ – постинфарктные глиозные изменения.

**Клинический диагноз.** **Цереброваскулярная болезнь. Дисциркуляторная энцефалопатия II ст., последствия перенесенного ОНМК в правой СМА с вестибуло–атактическим синдромом, выраженная цефалгия.**

**Рекомендации по лечению.** Таб. Enalapril 5 мг 1 раз в день утром; таб. Indapamid 2,5 мг по 1 таб. утром; таб. Amlodipini 5 мг 1 раз в день на ночь; таб. Atorvastatini 10 мг 1 раз в день вечером; таб. Acidi acetylsalicylici 100 мг по 1 таб. на ночь; р–р Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5% 5 мл в/м 5мл 1 раз в день; р–р Meldonii 100 мг/мл в/в медленно 1 раз в день 5 мл; таб. Inosine + Nicotinamide + Riboflavin + Succinic acid 300 мг по 2 таб 2 раза в день.

### **Клинический пример №78**

Женщина 68 лет поступила в отделение с жалобами на частые головные боли в лобно–височной области, более выраженные в правой

половине головы, шум в голове, периодическое головокружение, ухудшение памяти на текущие события, сниженное настроение, раздражительность, слабость в левой руке, быструю утомляемость, повышенное артериальное давление.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной в течение 26 лет, когда впервые при физической нагрузке почувствовала сильное головокружение, шум в голове, повышение АД до 160/100 мм.рт.ст. Одиннадцать лет назад у пациентки, внезапно появилась резкая головная боль в лобно–височной области, выраженное головокружение, непроизвольное мочеиспускание. Со слов мужа больная перестала понимать речь, повысилось АД до 200/110 мм.рт.ст. Больная была госпитализирована с диагнозом: Острое нарушение мозгового кровоснабжения по геморрагическому типу в правой гемисфере головного мозга. Гипертоническая болезнь III ст. На фоне лечения состояние улучшилось. Данное ухудшение состояния отмечает в течение последних 2–х недель, когда повторился приступ распирающей головной боли, головокружения, на фоне нестабильного АД. Больная обратилась за медицинской помощью, госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, третьим ребёнком. Росла и развивалась нормально. Жилищно– бытовые условия хорошие. В настоящий момент не работает. Пенсионер. Инвалид III группы. Из перенесенных заболеваний отмечает: гипертоническую болезнь, хронический латентный холецистит на фоне ЖКБ, миома матки малых размеров, фиброзно–кистозная мастопатия. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Контакт затруднен в связи с легкими речевыми нарушениями. Мышление замедленно, говорит тихо, местами односложно. Периодические головные боли возникают на фоне повышенного АД, психо–эмоциональных нагрузок, в правой половине головы, в любое время суток, чаще вечером. Головные боли могут сопровождаться тошнотой, тревогой.

**Черепные нервы.** III (n.oculomotorius), IV(n.trochlearis, VI (n.abducens): глазные щели D<S. VII(n. facialis) – носогубные складки выражены слабо, симптом «паруса». IX(n. glossopharyngeus), X (n.vagus) – речь вялая, дисфагия (поперхивание твердой пищей). Положителен хоботковый рефлекс. XII (n.gyroglossus) – язык девирует влево, без атрофий и фибриллярных подергиваний. **Двигательная система.** Активные движения в верхних и нижних конечностях ограничены слева. Гемипарез слева, со снижением мышечной силы до 4 баллов в руке и ноге, с повышением мышечного тонуса по спастическому типу. Отмечается дрожание левой кисти при поднятии руки. Сухожильные рефлексы повышены с сухожилия бицепса C5–6, трицепса C7–8, коленный L2–L4, ахилловS1–2 справа. Периостальные рефлексы – карпорадиальный C5–8 повышен справа. Поверхностные рефлексы – брюшные, подошвенные–снижены, D>S. Патологические рефлексы – выявляется рефлекс Бабинского слева, рефлексы орального автоматизма–хоботковый, назолабиальный. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга не устойчива. Динамическая атаксия – пальце–носовую пробу выполняет не правильно с слева.

**Система чувствительности.** Поверхностная чувствительность: нарушена болевая чувствительность, температурная, тактильная слева. **Высшие психические функции.** Динамическая афазия – отсутствует развернутая речь, в беседе нет элементарных фраз. Не охотно вступает в разговор. Отвечает односложно. Нуждается в опеке. Муж постоянно сопровождает больную.

**Топический диагноз.** Двигательные расстройства в виде центрального левостороннего гемипареза свидетельствуют о поражении пирамидного пути проходящего в бассейне правой СМА. Центральный паралич лицевого нерва отмечается при надъядерных поражениях VII п., когда страдают лишь нижние отделы мимической мускулатуры лица. Чувствительные нарушения в виде левосторонней гемигипестезии. Нарушение высших корковых функций в виде динамической афазии. Данный симптомокомплекс свидетельствует

о локализации процесса поражения в области внутренней капсулы с преимущественным поражением колена и заднего бедра, а также передне-задней центральной извилины. Невыполнение большой пальце-носовой пробы слева обусловлено поражением полушария мозжечка противоположном локализации патологического очага. Не выполнение большой пяточной пробы обусловлено поражением полушария мозга по гомолатеральному пути.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови – СОЭ 18 мм/час; биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки – прикорневой пульмосклероз. ЭЭГ – выявляются выраженные очаговые изменения в правой височной области (в виде отсутствия основных ритмов – изоэлектрическая кривая). ЭХО – кардиограмма – камеры сердца имеют нормальные размеры и сократимость. Фракция выброса левого желудочка 64%. Клапаны сердца не изменены и нормально функционируют. Перикард и крупные сосуды – без патологии. УЗИ органов брюшной полости, почек – заключение УЗ–признаки диффузных изменений поджелудочной железы. КТ головного мозга – картина умеренно выраженной заместительной гидроцефалии. Единичный очаг глиоза сосудистого генеза диаметром 0,4см в правой лобной доли.

**Клинический диагноз. ЦВБ: Дисциркуляторная энцефалопатия 2ст, на фоне атеросклероза сосудов головного мозга, гипертонической болезни III, риск ССО 4, последствий перенесенного нарушения мозгового кровоснабжения по геморрагическому типу в правой гемисфере головного мозга с синдромом корковой дисфункции и поражением ЧМН по центральному типу с левосторонним гемипарезом и гемигипестезией, с вестибуло-атактическим синдромом.**

**Рекомендации по лечению.**



Р–р Vinpocetini 10 мг + NaCl 0,9% 200 мл в/в 1 раз в день; р–р Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5% 5 мл+ MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл+ NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Actovegini 5 мл + NaCl 0,9% 50 мл в/в 1 раз в день; р–р Piracetami 10 мг+ NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; таб. Indapamidi + Perindopriili 8/2,5 мг по 1 таб. 1 раз в день; таб. Atorvastatini 10 мг 1 раз в день вечером; ЛФК; массаж верхних и нижних конечностей; занятия с логопедом.

### Клинический пример №79

Мужчина 66 лет поступил в отделение с жалобами на интенсивное головокружение, усиливающееся при перемене положения тела, шаткость при ходьбе, потемнение в глазах при резких подъемах, ощущение распирания в голове, звон в ушах, колебание АД до 200/100мм рт.ст., ухудшение памяти, общую слабость, быструю утомляемость, онемение, зябкость и жгучие боли в стопах, преимущественно в ночное время.

**Анамнез болезни.** Отмечает ухудшение состояния в течение последних 3–х недель, когда при подъеме с кровати появилось сильное головокружение, звон в ушах и потемнело в глазах. Лечился амбулаторно, состояние не улучшалось. Госпитализирован. Страдает сахарным диабетом 2 типа в течение 20 лет. В данный момент принимает глибенкламид, метформин. Страдает артериальной гипертонией около 20 лет. Принимает Enalapriili, Amlodipini.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье. Ребенок от первой беременности. Родился в срок. Развивался соответственно возрасту. Образование среднее. В настоящий момент не работает, пенсионер. Члены семьи здоровы. Живет вдвоем с женой. Наличие туберкулеза, вирусного гепатита, венерических заболеваний у членов семьи отрицает. Перенесенные заболевания: ветряная оспа в детстве. Операции — удаление паховой грыжи

в возрасте 26 лет, ампутация 4 и 5 пальцев правой стопы. Поставлен диагноз — диабетическая стопа. Туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит, корь отрицает. Наследственный анамнез: у матери был сахарный диабет 2 типа, оба родителя страдали артериальной гипертонией. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Объективное исследование больного.** Отмечены трофические нарушения на ногах: повышенная ломкость ногтей на обеих ногах, пигментация на стопах и голенях, больше выражена справа, послеоперационные рубцы после ампутации 4 и 5 пальцев правой стопы. Подкожно-жировой слой развит избыточно.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** VII (n. Facialis) – лицо асимметрично, из-за сглаженности правой носогубной складки. VIII (n. vestibulocohlearis) – слух снижен с двух сторон. Головокружение несистемное.

**Чувствительная сфера.** Гипестезия по полиневритическому типу в нижних конечностях. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывается. Динамическая атаксия – пальце-носовую пробу выполняет с интенцией с обеих сторон. Пяточно-коленную пробу выполняет с промахиванием с обеих сторон. Походка шаткая.

**Топический диагноз.** Недостаточность VII пары по центральному типу справа, что свидетельствует о надъядерном поражении VII пары слева, чувствительные нарушения в виде гипестезии по полиневритическому типу и снижение вибрационной чувствительности до 0–1 баллов в нижних конечностях, что свидетельствует о поражении периферических нервов нижних конечностей, статическая и динамическая атаксия свидетельствуют о поражении червя и полушарий мозжечка.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови: Dextrosi –9,6 ммоль/л, холестерин–8,0 ммоль/л. Общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки – без особенностей. ЭКГ Отклонение ЭОС вправо. Диффузные изменения



P–p Acidi thioctici 12 мл + + NaCl 0,9% 200 мл в/в 1 раз в день; p–p Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5% 5 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; p–p Actovegini 5 мл + NaCl 0,9% 50 мл в/в 1 раз в день; p–p Piracetami 5 мл + NaCl 0,9% 50 мл в/в 1 раз в день; p–p Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; таб. Betahistini 24 мг по 1 таб. 2 раза в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Atorvastatini 10 мг 1 раз в день вечером; таб. Losartani+ Hydrochlorothiazidi 1 таб. 1 раз в день; ЛФК.

### Клинический пример №80

Женщина 75 лет поступила в отделение с жалобами на выраженную головную боль давящего характера диффузной локализации, шум в ушах, выраженное головокружение системного характера, из – за которого стало трудно самостоятельно передвигаться, пошатывание при ходьбе, общую слабость, повышение АД до 230/100 мм рт.ст.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной в течение 17 лет, когда впервые стали беспокоить подъемы цифр АД до 200/100 мм рт.ст., на фоне которых появились головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе. Обратилась к терапевту по месту жительства, была обследована, поставлен диагноз: Гипертоническая болезнь, назначено лечение. В последующем головные боли стали беспокоить чаще, появилось выраженное головокружение. Обратилась к неврологу по месту жительства, была обследована, установлен диагноз: Дисциркуляторная энцефалопатия. Периодически отмечала подъемы АД и усиление на этом фоне головной боли, головокружения. В течение следующих лет регулярно проходила курсы стационарного лечения, после которых отмечала улучшение самочувствия. Настоящее ухудшение в течение 2–х недель, когда на фоне повышения АД до 230/100 мм рт.ст. вновь появились и стали нарастать вышеперечисленные

жалобы. Самостоятельно принимала гипотензивные препараты (клофелин), без улучшения состояния. Обратилась в поликлинику по месту жительства, направлена на госпитализацию.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, единственным ребёнком. Росла и развивалась нормально. В настоящий момент не работает. Пенсионерка. Группы инвалидности не имеет. Туберкулез, гепатиты, венерические и онкологические заболевания, сахарный диабет, инфаркт, ОНМК, травмы головы, спины в анамнезе отрицает. Страдает гипертонической болезнью длительно, ревматоидным артритом, мерцательной аритмией (по анамнезу). Перенесенные операции – постановка металлоконструкции по поводу перелома левого колена. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Периодические головные боли возникают на фоне повышенного АД, психо-эмоциональных нагрузок, в любое время суток, без четкой локализации. Головокружение усиливается при перемене положения тела, периодически сопровождается тошнотой, рвоту отрицает.

**Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывание. Динамическая атаксия – пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет с промахиванием с обеих сторон.

**Топический диагноз.** Исходя из вышеперечисленного и анамнестических данных можно сделать вывод о том, что имеет место хроническая недостаточность мозгового кровообращения, наиболее выраженная в вертебро-базиллярном бассейне с преимущественной недостаточностью кровообращения в зоне кровоснабжения мозжечка, что проявляется вышеописанными симптомами.

**Результаты дополнительных методов исследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ без особенностей. УЗДС БЦА – признаки атеросклероза БЦА, с выраженным диффузным снижением гемодинамических показателей в экстра- и

интракраниальном отделе. Стенозы правой внутренней сонной артерии– 30%–35%. Извитой ход обеих позвоночных артерий в костном канале, с неустойчивым кровотоком на уровне С3– С4– С5, справа с эффектом стенозирования на изгибах артерий. Терапевт: ИБС. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (по анамнезу). Диффузный кардиосклероз. Кардиосклероз аорты, коронарных, церебральных артерий. Гипертоническая болезнь III, риск ССО 4. ХСН IIА, ФК III. Ревматоидный полиартрит с преимущественным поражением суставов. ФНС I–II. Офтальмолог: OD – артификация. OS – незрелая возрастная катаракта. OU– Ангиосклероз сетчаток.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. с вестибуло–атактическим синдромом на фоне гипертонической болезни III, риск ССО4, церебрального атеросклероза, ухудшение.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 200 мл+ Insulini solubilis [humani biosynthetici] 6 ЕД+ р–р КСl 4% 10 мл+ MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Indapamidi 2,5 мг по 1 таб. утром; таб. Bisoprololi 5 мг по 1 таб. в обед; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Atorvastatini 10 мг 1 раз в день вечером; р–р Aethylmethylhydroхурpyridini succinatis 5% 5 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Cerebrolыsini 5 мл в/м 1 раз в день; р–р Ketorolaci 1 мл в/м глубоко при выраженной головной боли.

## **ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ СОСУДИСТЫЙ КРИЗ.**

**Клинический пример №81**

Женщина 57 лет, поступила в отделение с жалобами на распирающую головную боль диффузной локализации, головокружение, шаткость при ходьбе, тошноту, позывы на рвоту, общую слабость, повышение АД до 160/100 мм рт. ст.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной в течение 8 лет, когда впервые перенесла ОНМК. Пять лет назад снова перенесла ОНМК. С тех пор 2 раза в год проходила курс стационарного лечения, с положительным эффектом. Настоящее ухудшение в течение 3–х дней, когда стали беспокоить вышеперечисленные жалобы, стало повышаться АД до 160/100 мм рт. ст. Головокружение стало выраженным, появилась тошнота, рвота. Обратилась в поликлинику по месту жительства, была госпитализирована.

**Анамнезе жизни.** Родилась в полной семье, в срок, единственным ребёнком. Росла и развивалась нормально. В настоящий момент не работает. Инвалид II группы. Туберкулез, венерические и онкологические заболевания, сахарный диабет, инфаркт, операции, травмы головы, спины в анамнезе отрицает. Перенесла ОНМК дважды. Страдает гипертонической болезнью, тиреоидитом, узел левой доли щитовидной железы, хроническим панкреатитом, хроническим холециститом, хроническим гастродуоденитом. Аллергологический анамнез: аллергическая реакция на Aethylmethylhydroxyuridini succinatis, никотинамид, Pentoxyphyllini, Vinpocetini.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Периодические головные боли возникают на фоне повышенного АД, психо–эмоциональных нагрузок, в любое время суток, без четкой локализации. Головокружение усиливается при перемене положения тела, периодически сопровождается тошнотой, позывами на рвоту. **Черепные нервы.** VII (n. facialis)– лицо асимметрично за счет сглаженности правой носогубной складки. XII (n. hypoglossus) – легкая девиация языка вправо.

**Двигательная система.** Активные и пассивные движения в конечностях сохранены в полном объеме. Легкий правосторонний гемипарез (последствия перенесенных ОНМК). Мышечная сила снижена в правых конечностях до 4-х баллов. Мышечный тонус слегка повышен по спастическому типу в правых конечностях. Глубокие рефлексy: с рук D>S, повышены; с ног – D>S, повышены.

**Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга – пошатывание. **Схема чувствительности.** Правосторонняя гемигипестезия.

**Топический диагноз.** Двигательные расстройства в виде центрального правостороннего гемипареза свидетельствуют о поражении пирамидного пути проходящего в левом полушарии головного мозга (бассейн левой СМА). Контрлатеральный гемипарез в данном случае может быть обусловлен патологией пирамидного пути на отрезке от коры передней центральной извилины до нижней части продолговатого мозга, предварительно пройдя через заднее бедро внутренней капсулы, в её передних 2/3; где на границе со спинным мозгом совершается перекрест и далее волокна попадают в боковые столбы спинного мозга противоположной стороны и заканчиваются у клеток передних рогов каждого сегмента. Центральный паралич лицевого нерва отмечается при надъядерных поражениях VII п, когда страдают лишь нижние отделы мимической мускулатуры лица. Центральный паралич XII п: ядро подъязычного нерва получает корковую иннервацию с одной, противоположной, стороны. При поражении внутренней капсулы возникает центральный паралич на противоположной стороне, и язык отклоняется в пораженную сторону. Чувствительные расстройства в виде правосторонней гемигипестезии предполагают поражение волокон проходящих в задней 1/3 заднего бедра внутренней капсулы слева. ( таламо–кортикальный тракт).

**Результаты дополнительных методов исследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ без особенностей. УЗДС БЦА – ЭХО– признаки стенозирующего атеросклероза



БЦА, малого диаметра левой позвоночной артерии. ЭЭГ – легкие диффузные изменения биопотенциалов головного мозга регуляторного характера с дисфункцией лимбико–ретикулярного комплекса. КТ головного мозга – КТ–картина умеренно выраженной смешанной гидроцефалии. Офтальмолог: начальная катаракта. Ангиопатия сетчаток.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Церебральный сосудистый криз на фоне гипертонической болезни III, риск ССО 4, церебрального атеросклероза, последствий перенесенных ишемических инсультов.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 200 мл + Insulini solubilis [humani biosynthetici] 6ЕД+ р–р КСl 4% 10 мл+ MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Enalaprili 5 мг 1 раз в день утром; таб. Indapamidi 2,5 мг по 1 таб. утром; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; р–р Inosine + Nicotinamide + Riboflavin + Succinic acid 10 мл + NaCl 0,9% 200 мл в/в 1 раз в день; р–р Citicolini 1000 мг 4 мл+ NaCl 0,9% 200 мл в/в 1 раз в день; р–р Ketorolaci 1 мл в/м глубоко при выраженной головной боли; р–р Metoclorpamid 2 мл в/м при тошноте и рвоте.

### **Клинический пример №82**

Женщина 51 год поступила в неврологическое отделение с жалобами на диффузную головную боль давящего характера, постоянную, головокружение при поворотах в кровати, вставании, тошноту, выраженную шаткость при ходьбе.

**Анамнез заболевания.** Заболела день назад – внезапно появилось выраженное головокружение, тошнота, шаткость. Вызвала СМП, измерено АД – 170/100 мм.рт.ст. введены гипотензивные препараты, больная оставлена дома. На следующий день состояние не улучшилось, проснулась от выраженной распирающей головной боли в области висков, лба, при

вставании с постели возник приступ головокружения тошнота, позывы на рвоту. Самостоятельно измерила артериальное давление: 150/100 мм.рт.ст. Вызвана СМП, больная доставлена в приемное отделение, госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Гипертоническая болезнь, максимальные цифры АД 170/100 мм рт. ст. Адаптирована к 110/70 мм.рт.ст. Хронический фарингит. Хронический холецистит. ОНМК, ЧМТ, ОИМ, нарушения ритма сердца, сахарный диабет, язвенную болезнь, туберкулез, вирусные гепатиты, онкологические и венерические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез – не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Беспокойство глазных яблок в крайних отведениях в стороны. Гипестезия левой половины лица. Носо–губные складки легко ассиметричны. КП выполняет с промахиванием с 2–х сторон. В позе Ромберга выраженная шаткость.

**Топический диагноз.** В неврологическом статусе данных за очаговую патологию нет. Очаговая симптоматика отсутствует, наблюдается общемозговая симптоматика: тошнота, головокружение, головная боль.

**Результаты дополнительных методов исследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, рентгенография органов грудной клетки, ЭЭГ без особенностей. КТ головного мозга – КТ–картина смешанной гидроцефалии. Рентгенография шейного отдела позвоночника с ФРП R–признаки проявлений остеохондроза, спондилоза, спондилоартроза шейного отдела позвоночника. ЭКГ – нарушение внутрижелудочковой проводимости. УЗДС БЦА – признаки нестенозирующего атеросклероза БЦА. Гемодинамически незначимая S–образная извитость левой ВСА. S–образная извитость правой позвоночной артерии, гемодинамически незначимая. Извитость позвоночных артерий на уровне: CIII–CIV–CV–CVI–I сегмент. Кровоток по позвоночным артериям:

достаточный. Неустойчив на изгибах. ТКДС: не лоцируется. Осмотр офтальмолога – ангиопатия сетчаток.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Церебральный сосудистый криз на фоне гипертонической болезни II, риск 3, церебрального атеросклероза.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 250 мл+ Insulini solubilis R 8 ЕД+ р–р KCl 4% 10 мл+ MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Enalapril 5 мг 1 раз в день утром; таб. Acidi acetylsalicylici 500 мг ¼ таб внутрь; р–р Vinpocetini 2,0 в/в капельно + NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; таб. Hydroxyzini 25 мг по ½ таб. 3 раза в день, таб. Acidi aminophenylbutyrici 250 мг по 1 таб. 3 раза в день; р–р Inosine + Nicotinamide + Riboflavin + Succinic acid 10 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Amitriptylini 1 мл в/м на ночь.

### **Клинический пример №83**

Женщина 59 лет поступила в отделение с жалобами на сонливость, сильную головную боль, преимущественно в затылочной области, головокружение, тошноту, однократную рвоту, эпизод нарушения речи около 4 часов, общую слабость, нарушение координации, высокие цифры АД=220/110 мм рт. ст.

**Анамнез заболевания.** Заболела остро день назад, когда около 13 часов, ощутила резкую общую слабость, головную боль, преимущественно в затылочной области, тошноту. Не могла четко произносить слова около 4 часов. Самостоятельно приняла Captoprili под язык. Состояние незначительно улучшилось. На следующий день почувствовала ухудшение самочувствия – нарушилась координация, была однократная рвота, АД=

220/110 мм рт. ст. Родственники вызвали вызвали скорую медицинскую помощь. Госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Росла и развивалась в соответствии с возрастом. Наследственные заболевания отрицает. ОНМК, ЧМТ, ИМ, СД, МА отрицает. Страдает гипертонической болезнью длительно. Ежедневно принимает индопамид, лористу. Отрицает вирусный гепатит, туберкулез. Операции – удаление миомы матки. Аллергические реакции – отрицает.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Координаторная сфера.** КП выполняет неточно с 2-х сторон. В позе Ромберга шаткость.

**Результаты дополнительных методов исследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ без особенностей. КТ головного мозга – КТ-картина смешанной гидроцефалии. УЗДС БЦА незначимый стенозирующий атеросклероз БЦА. Стеноз правой ОСА до 20% , левой ВСА 20%. Извитость позвоночных артерий на уровне СIII–СIV–СV–СVI–I сегмент, кровоток по позвоночным артериям достаточный. ЭХО–КГ – расширение полости левого предсердия. Утолщение стенок левого желудочка. Сократительная способность миокарда ЛЖ удовлетворительная ФВ 60%. Уплотнение створок аортального, митрального клапанов. Недостаточность митрального клапана 1 ст, недостаточность трикуспидального клапана 1 ст, недостаточность аортального клапана 1 ст. Окулист – ангиопатия сетчатки. Осмотр кардиолога – ИБС. Кардиосклероз атеросклеротический. Атеросклероз аорты, коронарных и церебральных артерий. Гипертоническая болезнь III, риск 4. ХСН II А. ФК II.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Гипертонический церебральный сосудистый криз на фоне гипертонической болезни 3, риск 4, церебрального атеросклероза. ИБС. Кардиосклероз атеросклеротический. Атеросклероз аорты,**

## **коронарных и церебральных артерий. Гипертоническая болезнь III, риск 4. ХСН IIА. ФК II.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 250 мл+ Insulini solubilis R 14ЕД+ р–р KCl 4% 10 мл+ MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Aethylmethylhydroxyuridini succinatis 5% 5 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Cerebrolysini 10 мл + NaCl 0,9% 200 мл в/в 1 раз в день; таб. Enalapрили 5 мг 1 раз в день утром; р–р Clonidini 0,01% 1 мл в/м на фоне резко повышенного АД>180; таб. Atorvastatini 20 мг 1 раз в день вечером; таб. Amlodipini 5 мг 1 раз в день.

### **Клинический пример №84**

Женщина 62 года поступила в отделение с жалобами на диффузную головную боль давящего характера, больше в затылке, ощущение тяжести в голове, головокружение несистемного характера, усиливающееся при изменении положения тела, шум в голове, онемение пальцев ног, общую слабость.

**Анамнез заболевания.** Заболела остро, когда возникло выраженное головокружение, появилась тошнота, диффузная головная боль давящего характера. Отметила повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Самостоятельно приняла гипотензивные препараты, состояние без улучшения. Вызвала бригаду СМП, доставлена в приемное отделение. Госпитализирована в НСО.

**Анамнез жизни.** Страдает гипертонической болезнью длительно. Максимальное АД 170/100 мм рт ст, адаптирована к 130/80 мм рт ст, принимает престанс 5+5мг При сердцебиении конкор 2,5мг в сутки. Сахарный диабет 2–го типа около 11 лет. Принимает гипогликемические препараты: таб. Гликлада 60 мг 2 таб утром, инсулин лантус 21.30–24ЕД. ЧМТ, нарушения ритма сердца, туберкулез, вирусные гепатиты,

венерические заболевания отрицает. Операции: экстирпация матки давно по поводу миомы матки и кисты яичника. На учете у онколога не состоит. Аллергологический анамнез: неотягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Система чувствительности.**

Поверхностная чувствительность: нарушение чувствительности (тактильной, болевой, температурной) в дистальных отделах нижних конечностях, D=S, по полиневритическому типу «носки».

**Топический диагноз.** Учитывая жалобы и данные объективного обследования, патологический процесс локализуется: в дистальных отделах периферических нервов нижних конечностей с поражением их чувствительных волокон.

**Результаты специальных исследований.** Биохимическое исследование крови: Dextrosi – 8,5 ммоль/л. Общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, МРТ головного мозга без особенностей. УЗДС брахиоцефальных артерий: начальные эхографические признаки нестенозирующего поражения каротидных артерий атеросклеротического генеза.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Церебральный сосудистый криз с вестибуло – атактическим, цефалгическим синдромами на фоне гипертонической болезни II, риск ССОЗ, атеросклероза церебральных сосудов, сахарного диабета тип 2).**

**Рекомендации по лечению.** Р–р KCl 4% 10 мл+ MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Cerebrolysini 5 мл + NaCl 0,9% 200 мл в/в 1 раз в день; таб. Glycini по 1 таб. 3 раза в день(под язык); таб. Acidi aminophenylbutyrici по 1 таб. 3 раза в день; р–р Aethylmethylhydroxyuridini succinatis 5 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день.

## Клинический пример №85

Женщина 66 лет поступила в отделение с жалобами на выраженное головокружение несистемного характера, выраженную шаткость при ходьбе, шум в голове, на выраженную головную боль диффузного характера, без четкой локализации, слабость и онемение левых конечностей, онемение левой половины лица, давящее ощущение в газах, выраженную общую слабость.

**Анамнез заболевания.** Со слов больной заболела сегодня около 06:00. Почувствовала выраженное головокружение системного характера, выраженную шаткость при ходьбе, выраженную головную боль. Измерила АД 150/100 мм.рт.ст. Приняла гипотензивные препараты. Через некоторое время самочувствие стало лучше. Около 7 часов вечера снова почувствовала выше перечисленные симптомы. Вызвали скорую помощь. АД 150/100 мм.рт.ст. Проведена гипотензивная терапия. Больная доставлена скорой помощью в приемное отделение ГКБСМП. Госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Перенесла ишемический инсульт в правой средней мозговой артерии 5 лет назад, повторный 3 года назад. Восстановилась не полностью. Сохраняется пирамидная недостаточность слева, левосторонняя гемигипестезия. Периодически проходит стационарное лечение. Хронический геморрой. В12 – дефицитная анемия. Отмечает повышение АД макс. 160/100 мм.рт.ст., АД рабочее 110/80 мм. рт.ст., регулярно принимает Enalapril. ОИМ, СД, туберкулез, венерические заболевания, вирусные гепатиты, онкопатологию отрицает. Аллергологический анамнез – не отягощён. Операции – отрицает.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** III (n.oculomotorius), IV (n.trochlearis), VI (n.abducens): беспокойство глазных яблок в крайних отведениях. Умеренный оптиковестибулярный синдром (+). V (n. trigeminus): гипестезия лица слева. VIII (n.vestibulocohlearis): беспокойство глазных яблок

в крайних отведениях. Умеренный оптиковестибулярный синдром (+).

**Двигательная система.** Объем активных движений в левых конечностях ограничен. Мышечный тонус умеренный, асимметричный. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы в конечностях до 4–х баллов (последствия перенесенного ишемического инсульта). Сухожильные рефлексy D<S, живые.

**Система чувствительности.** Левосторонняя гемигипестезия (последствия перенесенного ишемического инсульта). **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывание. Динамическая атаксия – пальценосовую и пяточноколенную пробы выполняет неточно с двух сторон.

**Топический диагноз.** В ходе неврологического обследования выявлена очаговая симптоматика со стороны тройничного нерва: гипестезия лица слева. Гемипарез левых конечностей до 4–х баллов, с повышением мышечной силы в данных конечностях, гемигипестезия слева свидетельствуют о одностороннем расположении очага в правом полушарии. Развитие парезов проявляется по центральному типу, что свидетельствует о надъядерном поражении (кортико–нуклеарного тракта). Так как средняя мозговая артерия кровоснабжает большую часть подкорковых узлов, то это может говорить об инфаркте в бассейне правой средней мозговой артерии.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимические показатели крови, общий анализ мочи, ЭКГ, УЗДС БЦА – признаки гемодинамически незначимого стенозирующего атеросклероза БЦА. Снижение ЛСК по левой ВСА. Извитость позвоночных артерий на уровне СIII–СIV–CV–CVI–I сегмент, с достаточным неустойчивым кровотоком. ТКДС: не лоцируется. ЭЭГ – выраженные диффузные изменения биопотенциалов головного мозга регуляторного характера, с акцентом на левое полушарие и дисфункцией лимбико–ретикулярного комплекса. КТ головного мозга – КТ – картина смешанной гидроцефалии.



Консультация офтальмолога – артерии узкие, извиты, склероз сосудов.  
Ангиосклероз сетчаток.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Церебральный сосудистый криз на фоне гипертонической болезни III, риск ССО4, церебрального атеросклероза, последствий перенесенного ОНМК от 2011г, 2015г.**

**Рекомендации по лечению.**

Р-р Dextrosi 10% 200 мл+ Insulini solubilis R 6 ЕД+ р-р KCl 4% 10 мл+ MgSO4 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р-р Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5% 2 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р-р Cerebrolysin 10 мл + NaCl 0,9% 200 мл в/в 1 раз в день; р-р Pentoxifyllini 2% 5 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р-р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; р-р Iridacriini 15 мг 1 мл в/м 1 раз в день; таб. Enalaprili 5 мг 2 раза в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день;

## **ТРАНЗИТОРНЫЕ ИШЕМИЧЕСКИЕ АТАКИ.**

### **Клинический пример №86**

Женщина 56 лет поступила в отделение с жалобами на частые головные боли, более выраженные в левой половине головы, шум в голове, периодические головокружения, ухудшение памяти на текущие события, сниженное настроение, раздражительность, неустойчивость при ходьбе, общую слабость, быструю утомляемость, неустойчивое, чаще повышенное

артериальное давление, периодические боли в шейном, грудном отделах позвоночника.

**Анамнез заболевания.** Заболела остро. После нервного перенапряжения онемела правая рука, артериальное давления повысилось до 200/100 мм.рт.ст. Вызвана скорая помощь, после введения магнезии 10,0 в/в артериальное давление снизилось до 170/90 мм.рт.ст. Через два часа произошло онемение правой руки. Больную госпитализировали в неврологическое отделение.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, вторым ребёнком. Росла и развивалась нормально. Жилищно– бытовые условия хорошие. В настоящий момент не работает. Пенсионер. Из перенесенных заболеваний отмечают: гипертоническая болезнь, хронический латентный пиелонефрит на фоне МКБ, эутиреоидный мелкоузловой зоб 1–ой степени. Аллергологический анамнез не отягощен.



Рис.20

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Периодические головные боли возникают на фоне повышенного АД, психо-эмоциональных нагрузок, в левой половине головы, в любое время суток. Головные боли могут сопровождаться тошнотой, чувством проваливания, неустойчивости, тревогой. **Черепные нервы.** VII (n. facialis)– лицо асимметрично, из-за сглаженности правой носогубной складки.

**Двигательная система.** Проба Барре, верхняя и нижняя справа положительная, пронационный феномен и проба Барре слева – отрицательные. Гемипарез справа, со снижением мышечной силы до 4 баллов в руке и ноге, с повышением мышечного тонуса по спастическому типу. Сухожильные рефлексы повышены с сухожилия бицепса C5–6, трицепса C7–8, коленный L2–L4, ахиллов S1–2 справа. Периостальные рефлексы – карпорадиальный C5–8 повышен справа. Поверхностные рефлексы – брюшные, подошвенные–снижены, D>S. Патологические рефлексы – рефлексы орального автоматизма.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки – диффузный пневмосклероз, фиброз нижнего отдела правого легкого. ЭХО – кардиограмма – камеры сердца имеют нормальные размеры и сократимость. Фракция выброса левого желудочка 59,9%. Клапаны сердца не изменены и нормально функционируют. Перикард и крупные сосуды – без патологии. Дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий – эхографических признаки поражения **внутренней сонной артерии**. Стеноз 80%. Суточный мониторинг ЭКГ по Холтеру – брадикардия днем. ЧСС ночью в пределах возрастной нормы. Циркадный индекс 116%. Циркадный индекс ЧСС снижен. Вегетативные пробы не проводились. В течение суток субмакс. ЧСС не достигнута (57% от максимально возможной для данного возраста). Синусовый ритм общей длительностью 20:31:41, с ЧСС от 49 до 98 (средняя 64) уд/мин в течении всего наблюдения. Статистика нарушений

ритма: Желудочковая экстрасистолия не обнаружена. Регистрируются наджелудочковые аритмии нехарактерные для здоровых лиц. Желудочковая эктопическая активность не обнаружена. СМАД – по данным СМАД зарегистрирована мягкая постоянная систоло–диастолическая артериальная гипертензия с выраженными особенностями – высокие показатели утреннего прироста по скорости и по величине ДАД, по скорости САД. Рентгенография грудного отдела позвоночника – межпозвонковый остеохондроз и деформирующий спондилез грудного отдела позвоночника. Рентгенография шейного отдела позвоночника – межпозвонковый остеохондроз и деформирующий спондилез шейного отдела позвоночника. Рентгенография пояснично–крестцового отдела позвоночника – межпозвонковый остеохондроз пояснично–крестцового отдела позвоночника. КТ головного мозга — умеренно наружная гидроцефалия.

**Клинический диагноз. ЦВБ: Приходящее нарушение мозгового кровообращения в бассейне ЛСМА на фоне стеноза левой внутренней сонной артерии, гипертонической болезни III риск ССО IV**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Vinpocetini 10 мг + NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Cerebrolysini 10 мл + NaCl 0,9% 50 мл в/в 1 раз в день; р–р Actovegini 5 мл + NaCl 0,9% 50 мл в/в 1 раз в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Losartani + Hydrochlorothiazidi по 1 таб. 1 раз в день; ЛФК; массаж верхних и нижних конечностей; занятия с логопедом; консультация сосудистого хирурга.

## **ТРАНЗИТОРНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ АТАКА В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ.**

## Клинический пример №87

Мужчина 59 лет поступил в отделение с жалобами на эпизоды головокружения, возникающие при подъеме с кровати; на частые головные боли, шум в ушах, пошатывание при ходьбе, общую слабость и быструю утомляемость, забывчивость.

**Анамнез заболевания.** Утром после сна внезапно возникло головокружение, шаткость при ходьбе, двоение в глазах. Состояние не улучшалось, родственниками на личном транспорте доставлен в приемное отделение. Госпитализирован. Головные боли беспокоят более 20 лет, 3–5 дней в неделю, усиливаются при повышении артериального давления, стрессах, после умственного напряжения. После приема Metamizoli natrii, цитрамона, баралгина боли уменьшаются. Страдает гипертонической болезнью, со слов ангигипертензионную терапию принимает, но артериальное давление все равно периодически повышается, отмечает метеолабильность.

**Анамнез жизни.** Гипертоническая болезнь, максимально АД до 160/100 мм рт.ст., адаптирован к АД 120/80 мм рт.ст. ОНМК, ЧМТ, ОИМ, сахарный диабет, вирусный гепатит, туберкулез, онкозаболевания, вензаболевания отрицает. Операции: удаление геморроидальных узлов. Аллергологический анамнез: не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** VII. Лицевой нерв – незначительная асимметрия при оскаливании зубов слева. Симптом «паруса» отрицательный. Гиперакузии нет. Сухости в полости рта не отмечает, вкусовая чувствительность не нарушена. VIII. Слуховой нерв – установочный нистагм в крайнем отведении. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывание. Динамическая атаксии – пальце–носовую пробу выполняет с промахиванием с обеих сторон.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. КТ головного мозга – КТ–картина смешанной гидроцефалии, ДЭП 1ст., атеросклероз ВСА. УЗДС БЦА – признаки гемодинамически незначимого стенозирующего атеросклероза БЦА. Стеноз правой ОСА 20%, левой ОСА 20%. Кровоток по ОСА, ВСА, НСА достаточный, без асимметрии. Извитость позвоночных артерий на уровне: СIII – CIV – CV – CVI – I сегмент, с достаточным неустойчивым кровотоком. ТКДС: не лоцируется. УЗИ сердца – полости сердца не расширены. Сократимость миокарда левого желудочка удовлетворительная, ФВ – 62%. Уплотнение стенок аорты, створок аортального, митрального клапанов. Недостаточность митрального клапана I ст., недостаточность трикуспидального клапана I ст. Диастолическая дисфункция левого желудочка по I типу. Офтальмолог: миопия средней степени. Ангиопатия сетчаток, умеренный артериоспазм.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Транзиторная ишемическая атака в вертебро–базиллярном бассейне, на фоне гипертонической болезни III ст., риск ССО4, церебрального атеросклероза. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. ХСН I ФК II.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 200 мл+ Insulini solubilis R 6ЕД+ р–р КСl 4% 10 мл+ MgSO4 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5% 5 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Cerebrolysini 10 мл + NaCl 0,9% 200 мл в/в 1 раз в день; таб. Enalaprili 5 мг по 1 таб. 2 раза в день; таб. Amlodipini 5 мг 1 раз в день; таб. Atorvastatini 10 мг 1 раз в день вечером; таб. Acidi acetylsalicylici 100 мг по 1 таб на ночь.

**Клинический пример №88**

Женщина 56 лет поступила в отделение с жалобами на головокружение, усиливающееся при изменении положения тела, легкую общую слабость.

**Анамнез заболевания.** Заболела остро когда на фоне повышения АД до 170/110 мм рт.ст. появилась асимметрия лица, головокружение, тошнота, вызвала скорую помощь. Больная доставлена в приемное отделение. Госпитализирована в ПНО.

**Анамнез жизни.** Гипертоническая болезнь длительно, максимально АД 170/110 мм рт.ст., адаптирована к АД 130/80 мм рт.ст., постоянно гипотензивные препараты не принимает. ОНМК, ОИМ, ЧМТ, сахарный диабет, вирусный гепатит, туберкулез, онкозаболевания, вензаболевания отрицает. Операции: отрицает. Наследственный анамнез: не отягощен. Аллергологический анамнез: не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга шаткость. Динамическая атаксия – пальце–носовую и пяточноколенную пробы выполняет с атаксией с 2х сторон.

**Топический диагноз.** Учитывая отсутствие очаговой симптоматики (регрессировала в приемном отделении), можно предположить, что очаг не сформировался, то есть речь идет о транзиторной ишемической атаке, предположительно в вертебробазилярном бассейне (так как у больной сохраняются координаторные нарушения).

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ без особенностей. МРТ головного мозга – МР–картина наружной заместительной гидроцефалии. ДЭП. Рентгенография органов грудной клетки – очаговые и инфильтративные тени не выявлены. УЗДС БЦС – нестенозирующий атеросклероз БЦА. Снижение кровотока по левой ВСА. Извитость ПА,

кровоток неустойчивый. Эхо–КГ – полости сердца расширены. Сократительная способность миокарда левого желудочка удовлетворительная ФВ 62%. Уплотнение створок аортального, митрального клапанов. Недостаточность митрального клапана 0–1ст., недостаточность трикуспидального клапана 0–1ст., уплотнение аорты. Консультация офтальмолога – ангиосклероз сетчаток. Начальная катаракта. Консультация терапевта: Гипертоническая болезнь IIIст., риск ССО4, церебральный атеросклероз. ИБС. Кардиосклероз атеросклеротический. Атеросклероз аорты и коронарных артерий. ХСН I, ФК II.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Транзиторная ишемическая атака в вертебробазилярном бассейне на фоне гипертонической болезни III ст., риск ССО4, церебрального атеросклероза.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 200 мл+ Insulini solubilis R 6ЕД+ р–р KCl 4% 10 мл+ MgSO4 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Enalapril 5 мг по 1 таб. 2 раза в день; р–р Inosine + Nicotinamide + Riboflavin + Succinic acid 10 мл + NaCl 0,9% 250 мл в/в 1 раз в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; физиотерапия(дарсонвализация, лазеротерапия); ЛФК.

### **Клинический пример №89**

Мужчина 52 года поступил в отделение с жалобами на выраженное головокружение, головную боль ноющего характера в затылочной области, возникающую ближе к вечеру.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро – возвращался с работы, в машине внезапно появилось выраженное головокружение, тошнота, позывы на рвоту. Самостоятельно добрался домой, сохранялось выраженное головокружение, шаткость при ходьбе, тошнота, была многократная рвота, нарушилось зрение – появилось черное пятно при взгляде правым глазом.



Вызван врач из поликлиники на дом, АД 180/100 мм рт ст, доставлен в приемное отделение машиной скорой помощи. Госпитализирован.

**Анамнез жизни.** Гипертоническая болезнь, повышение АД до 150/100 мм рт.ст., постоянно гипотензивные препараты не принимал. Хронический холецистит, полип желчного пузыря, хронический панкреатит, хронический гастрит. Операции: аппендэктомия. ЧМТ, ОНМК, ОИМ, нарушение сердечного ритма, язвенную болезнь, сахарный диабет, туберкулез, вир. гепатиты, онкологические и вен. заболевания отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Топический диагноз.** В ходе обследования у пациента очаговую неврологическую симптоматику не удалось.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ без особенностей. КТ головного мозга – КТ – картина умеренно выраженной смешанной гидроцефалии. Рентгенография легких – пульмосклероз. Гипертрофия левого желудочка. Очаговых и инфильтративных теней нет. МРТ головного мозга – МР–картина незначительной внутренней асимметричной гидроцефалии. УЗДС БЦА – признаки атеросклероза БЦА. Стеноз правой ОСА 15%. Малый диаметр правой позвоночной артерии. Кровенаполнение обеих позвоночных артерий снижено, на фоне неровного хода артерий в костном канале. ЭХО–КГ – умеренное расширения полости левого предсердий. Утолщение стенок левого желудочка. Уплотнение створок аортального, митрального клапанов. Недостаточность митрального клапана 1 – 2 ст., трикуспидального клапана 1 ст. Диастолическая дисфункция левого желудочка по 1 типу. Терапевт – гипертоническая болезнь III, риск IV. ХСН 0.

**Клинический диагноз.** ЦВБ. Транзиторная ишемическая атака в вертебробазилярном бассейне, на фоне ГБ III, риск IV, церебрального атеросклероза. ХСН 0.

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 200 мл+ Insulini solubilis R 6 ЕД+ р–р KCl 4% 10 мл+ MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Pentoxyphyllini 2% 5 мл + NaCl 0,9% 200 мл в/в 1 раз в день; р–р Aethylmethylhydroxyuridini succinatis 5% 5 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Glycini 100 мг по 1 таб. 3 раза в день(под язык); таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Enalaprili 10 мг 1 раз в день утром; ЛФК.

### **Клинический пример №90**

Женщина 68 лет поступила в отделение с жалобами на головную боль давящего характера в затылочной области, головокружение, усиливающееся при попытке встать, тошноту, позывы на рвоту, общую слабость.

**Анамнез заболевания.** Заболела остро день назад, когда внезапно появилось выраженное головокружение, головная боль, тошнота, однократная рвота. АД=200/100 мм рт. ст. Самостоятельно приняла гипотензивные препараты. Состояние незначительно улучшилось. На следующий день по настоянию родственников, доставлена в приемное отделение. Госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Перенесла ОНМК с левосторонним гемипарезом до 4х баллов, левосторонняя гемигипестезия. Страдает гипертонической болезнью. ОИМ, СД, МА, ЧМТ отрицает. Туберкулёз, онкологические заболевания, отрицает. Из перенесенных операций: удаление яичников, аппендэктомия (давно). Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** VII (n. facialis) – лицо слегка асимметрично. XII (n. gurglossus) – язык – девиация влево, без атрофий и фибриллярных подергиваний. **Двигательная система.** Проба Барре, нижняя отрицательна, верхняя положительна. Левосторонний

гемипарез по спастическому типу – 4 балла (остаточные явления перенесённого ОНМК). Мышечный тонус легко повышен по спастическому типу. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга шаткость. Динамическая атаксия – пальце–носовую и пяточноколенную пробу выполняет с атаксией слева. **Система чувствительности.** Левосторонняя гемигипестезия.

**Топический диагноз.** На основании данных можно предположить, что очаг находится в правом полушарии (лобно–теменная доли) – старый очаг, как результат перенесенного ОНМК, новый очаг не сформировался.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ без особенностей. РКТ головного мозга – КТ–картина наружной гидроцефалии. УЗДС БЦА – признаки нестенозирующего атеросклероза БЦА. Кровоток по ПА: снижен. Неустойчив на изгибах. ЭХО–КГ – расширение полостей ЛП. Утолщение стенок ЛЖ. Сократимость миокарда ЛЖ удовлетворительная ФВ–60%. Уплотнение створок АК, МК. Недостаточность МК 1ст, Недостаточность ТК 1 ст. Уплотнение аорты. Диастолическая дисфункция 1 тип. Ro гр. легких без патологии. Окулист – ангиопатия сетчатки. Кардиолог – ИБС. Стабильная стенокардия ФК IIст. Кардиосклероз атеросклеротический. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. ХСН II А ФК II. ХАИТ. Дислипидемия.

**Клинический диагноз.** ЦВБ. Транзиторная ишемическая атака в вертебро–базиллярном бассейне на фоне ГБ III, риск ССО 4, церебрального атеросклероза. ИБС. Стабильная стенокардия ФК IIст. Кардиосклероз атеросклеротический. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. ИБС. Стабильная стенокардия ФК IIст. Кардиосклероз атеросклеротический. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. ХСН II А ФК II. Дислипидемия.

**Рекомендации по лечению.** Р–р Vinpocetini 10 мг + р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Cerebrolysin 10 мл + р–р NaCl 0,9% 5 мл в/в 1 раз в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Losartani+ Hydrochlorothiazidi по 1 таб. 1 раз в день; таб. Memantini 10 мг по 1 таб. 1 раз в день; таб. Atorvastatini 20 мг по 1 таб. 1 раз в день вечером.

## Клинический пример №91

Женщина 63 года поступила с жалобами на диффузную головную боль, давящего характера, головокружение, усиливающееся при переходе в вертикальное положение, периоды нарушения речи, общую слабость, шум в голове, высокие цифры давления.

**Анамнез заболевания.** Заболела остро, когда около 7–00 утра, после сна, проснулась и ощутила резкую общую слабость, не могла четко произносить слова («каша во рту»), не удавалось подняться с кровати из-за сильной головной боли и головокружения. АД= 195/100. Самостоятельно приняла Indapamidi и эпап Н. Через час речь восстановилась, но общее состояние не улучшалось. Вызвала скорую медицинскую помощь. Госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Эпизодически отмечает подъемы АД, макс. 210/100 мм рт. ст., ежедневно принимает Indapamidi, Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi. ОНМК 2 года назад в правой средней мозговой артерии – восстановилась полностью. ОИМ, нарушения ритма сердца, ЧМТ, сахарный диабет, язвенную болезнь, вирусные гепатиты, туберкулез, онкозаболевания, вензаболевания, отрицает. Перенесенные операции: отрицает. Аллергологический анамнез: неотягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** III (n.oculomotorius), IV (n.trochlearis), VI (n.abducens): VIII (n.vestibulocohlearis): Беспокойство

глазных яблок в крайних отведениях. Умеренный оптиковестибулярный синдром (+). Головокружение несистемного характера. **Двигательная система.** Патологические рефлексы с–м Бабинского положительный с 2–х сторон. Система координации. **Статическая атаксия** – в позе Ромберга шаткость. Динамическая атаксия – пальценосовую и пяточноколенную пробы выполняет с промахиванием с двух сторон.

**Топический диагноз.** На момент неврологического осмотра, очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Положительный симптом Бабинского и 2–х стороннее симметричное оживление глубоких рефлексов говорит о центральном поражении. Преходящий период - эпизод нарушения речи, говорит нам о поражении, вероятнее всего, ствола головного мозга (продолговатого мозга, на уровне VII, IX, X, XII пар ЧМН). Исходя из топической локализации очага – нарушения в ВББ.

**Результаты специальных исследований.** Биохимические показатели крови холестерин – 7,1 ммоль/л. Общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки: застойные явления в легких. УЗДС БЦА – гемодинамически незначимый стенозирующий атеросклероз БЦА. Стеноз правой ОСА до 20%, левой ВСА 25%. Снижение скоростных показателей кровотока по правой ВСА. Извитость позвоночных артерий на уровне СIII–СIV–CV–CVI–I сегмент, кровотоков по позвоночным артериям достаточный. ЭХО–КГ – расширение полости левого предсердия. Утолщение стенок левого желудочка. Сократительная способность миокарда ЛЖ удовлетворительная. ФВ 56%. Уплотнение створок аортального, митрального клапанов. Недостаточность митрального клапана 2–3ст, недостаточность трикуспидального клапана 2 ст, недостаточность аортального клапана 1 ст. Консультация терапевта (кардиолога) –ИБС. Кардиосклероз атеросклеротический. Атеросклероз аорты, коронарных и церебральных артерий. Гипертоническая болезнь III, риск 4. ХСН IIА. ФК II. Консультация окулиста: Ангиопатия сетчаток.

**Клинический диагноз ЦВБ. Транзиторная ишемическая атака (атеротромботический подтип) в вертебро–базиллярном бассейне на фоне гипертонической болезни 3, риск 4, церебрального атеросклероза, последствий перенесенного ОНМК. ИБС. Кардиосклероз атеросклеротический. Атеросклероз аорты, коронарных и церебральных артерий. ХСН IIА. ФК II.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 250 мл+ Insulini solubilis R 14ЕД+ р–р KCl 4% 10 мл+ MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Aethylmethylhydroхуридини succinatis 5% 5 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Cerebrolыsini 10 мл+ NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Indapamidi 2,5 мг по 1 таб. утром; таб. Enalaprili 5 мг 1 раз в день утром; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Atorvastatini 20 мг 1 раз в день вечером.

## **ТРАНЗИТОРНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ АТАКА В БАССЕЙНЕ СРЕДНЕМОЗГОВОЙ АРТЕРИИ.**

### **Клинический пример №92**

Женщина 56 лет поступила в отделение с жалобами на выраженное головокружение, усиливающееся при изменении положения тела, головную боль давящего характера, выраженную шаткость при ходьбе, преимущественно в затылочной и лобной областях, тошноту, позывы на рвоту, эпизод нарушения речи, общую слабость.

**Анамнез заболевания.** Со слов больной заболела остро ночью, когда возникло выраженное головокружение, усиливающееся при изменении

положения тела, тошнота, позывы на рвоту. Больная поднялась с постели с целью принять лекарство. Попыталась позвать мужа, который обратил внимание на нарушение речи у больной. С его слов больная путала слоги. Самой больной речевые нарушения замечены не были. Обращенную речь понимала полностью. Через 5–10 минут речь восстановилась. Самостоятельно приняла Aethylmethylhydroxyridini succinatis, энап, Acidi acetylsalicylici. АД 160/100 мм.рт.ст. Через час состояние без положительной динамики. Вызвала скорую помощь.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, первым ребёнком. Росла и развивалась нормально. В настоящий момент не работает. Пенсионер. Перенесла ОНМК 2 года назад (левосторонний гемипарез). Было около 6 сотрясений головного мозга. Страдает хроническим панкреатитом, хроническим тонзиллитом. Киста правой почки. Камни в обеих почках. Год назад – перелом 5 ребра, ушиб селезенки и левой почки. Операции – по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, по поводу ущемленной паховой грыжи справа, аппендэктомия давно. Онкопатологию и вензаболевания у себя отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Периодические головные боли возникают на фоне повышенного АД, психо–эмоциональных нагрузок, диффузные, в любое время суток. Головные боли могут сопровождаться тошнотой, чувством проваливания, неустойчивости, тревогой. **Черепные нервы.** VII(n. facialis) – лицо асимметрично, из-за сглаженности левой носогубной складки. VIII (n.vestibulocohlearis) – отмечает беспокойство глазных яблок в крайних отведениях. IX(n. glossopharyngeus), X (n.vagus) – дизартрия. Отклонение мягкого неба вправо. Положителен хоботковый назолабиальный рефлекс.

**Двигательная система.** Проба Барре, верхняя и нижняя слева положительная. Сухожильные рефлексы повышены с сухожилия бицепса С5–6, трицепса С7–8, коленный L2–L4, ахилловS1–2 слева. Периостальные

рефлексы – карпорадиальный С5–8 повышен слева. Поверхностные рефлексы– брюшные, подошвенные–снижены, S>D. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывание.

**Топический диагноз.** В связи с жалобами на остро возникшее нарушение речи (по анамнезу) по типу моторной афазии (путала слоги) можно предположить поражение задне–нижних отделов коры лобной доли левого полушария (зона Брока), зона кровоснабжения левой средней мозговой артерии. Левосторонняя пирамидная недостаточность, сглаженность левой носогубной складки – последствия перенесенного ранее ОНМК.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови без особенностей. ЭКГ – ЧСС–72 уд/мин, синусовый ритм, ЭОС горизонтальная. Диффузное снижение сократимости. Гликемический профиль – 13.00 – 7.2 ммоль/л, 17.00 – 8,0 ммоль/л, 20.00 – 10,4 ммоль/л, 6.00 – 6,1 ммоль/л. УЗДС БЦА – УЗИ признаки нестенозирующего атеросклероза БЦА. ЭЭГ – Умеренные изменения биопотенциалов головного мозга ирритативного характера. ЭХО–КГ – размеры не увеличены. Сократимость удовлетворительная. Уплотнение аорты. Регургитация на МК 1 ст, ТК 1 ст., АК 1 ст. Гипертрофия левого желудочка. Холтеровское мониторирование АД и ЭКГ – ЧСС средняя – 79, мин. 61, макс. 113. ЧСС днем в пределах возрастной нормы. Анализ циркадной динамики ЧСС невозможен. В течение времени наблюдения субмаксимальная ЧСС достигнута (71% от максимально возможной для данного возраста). Желудочковая экстрасистолия 0 градации по Ryan. Регистрируются наджелудочковые аритмии характерные для здоровых лиц, количество аритмий – выше нормы. Желудочковая эктопическая активность не обнаружена. Анализ циркадного типа аритмий невозможен. Значимых изменений QT–интервала в течение времени наблюдения не выявлено. Вариабельность сердечного ритма сердца сохранена. Соотношение высокочастотного и низкочастотного компонентов сбалансировано. Оценка



СОАС невозможна. Цифры систолического и диастолического АД днем в пределах нормы. «Индексы нагрузки давлением» систолического АД днем в пределах нормы. Анализ циркадной динамики АД невозможен. Вариабельность систолического и диастолического АД днем в пределах нормы. Проконсультирована кардиологом: ИБС. Стабильная стенокардия. ФК II. Кардиосклероз атеросклеротический. Атеросклероз аорты, коронарных, церебральных артерий. Гипертоническая болезнь III риск 4. ХСН I-II. ФК II. Хронический пиелонефрит, латентное течение. ХПН0. Нарушение толерантности к углеводам. КТ головного мозга без особенностей.

**Клинический диагноз. ЦВБ: Транзиторная ишемическая атака в бассейне левой среднемозговой артерии на фоне гипертонической болезни III, риск ССО 4, церебрального атеросклероза, последствий перенесенного ОНМК.**

**Рекомендации по лечению.** Р-р Vinpocetini 10 мг + NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р-р Cerebrolysini 10 мл + NaCl 0,9% 50 мл в/в 1 раз в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Losartani+ Hydrochlorothiazidi по 1 таб. 1 раз в день; ЛФК; массаж верхних и нижних конечностей.

### **Клинический пример №93**

Женщина 67 лет поступила в отделение с жалобами на диффузную головную боль, давящего характера, головокружение, усиливающееся при переходе в вертикальное положение, периоды онемения и слабости в левых конечностях, преимущественно в руке, выраженную общую слабость, шум в голове.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро, около 14.00, когда, находясь на работе, почувствовал онемение и резкую слабость в левых конечностях,

преимущественно в руке, закружилась голова, появилась выраженная диффузная головная боль, давящего характера, общая слабость, шум в ушах, тошнота. Через 20 минут сила и чувствительность в левые конечности вернулась, состояние незначительно улучшилось. Коллегами на работе была вызвана бригада скорой медицинской помощи. АД 210/100 мм. рт. ст. Проведена гипотензивная терапия. Больная доставлена скорой помощью в приемное отделение. Госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Эпизодически отмечает подъемы АД, макс. 220/100 мм рт. ст., постоянно гипотензивные препараты не принимает. Хронический бронхит. ОИМ год назад. ОНМК, нарушения ритма сердца, ЧМТ, сахарный диабет, язвенную болезнь, вирусные гепатиты, туберкулез, онкозаболевания, вензаболевания, отрицает. Перенесенные операции: отрицает. Аллергологический анамнез: не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** VIII (n.vestibulocohlearis): Беспокойство глазных яблок в крайних отведениях. Умеренный оптиковестибулярный синдром (+). **Двигательная система.** Мышечный тонус умеренный, асимметричный. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывание. Динамическая атаксия – пальценосовую и пяточноколенную пробы выполняет неточно с двух сторон.

**Топический диагноз.** На момент неврологического осмотра очаговой симптоматики нет.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимические показатели крови, общий анализ мочи без особенностей. УЗДС БЦА: УЗ – признаки стенозирующего атеросклероза БЦА 27% справа. Изгибы ПА справа С6–С4 с неустойчивым кровотоком. КТ головного мозга: КТ – картина смешанной гидроцефалии. Рентгенография органов грудной клетки: застойные явления в легких. Консультация терапевта (кардиолога): ИБС. Стабильная стенокардия ФКIII. Кардиосклероз атеросклеротический. Атеросклероз аорты, коронарных, церебральных артерий. Гипертоническая

болезнь III, риск ССО4. ХСН IIА ФКIII. ЭХО–КГ: размеры сердца нормальные. Общая сократимость левого желудочка удовлетворительная. Митральная регургитация I ст, трикуспидального I ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка.

**Клинический диагноз. Транзиторная ишемическая атака в бассейне правой средней мозговой артерии на фоне гипертонической болезни III, риска ССО 4, церебрального атеросклероза, постинфарктного кардиосклероза. ИБС. Стабильная стенокардия ФК II. Кардиосклероз атеросклеротический. Атеросклероз аорты, коронарных, ХСН IIА ФК III.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 250 мл+ Insulini solubilis R 8 ЕД+ р–р КСl 4% 10 мл+ MgSO4 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Aethylmethylhydroхурpyridini succinatis 5% 2 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Cerebrolysin 10 мл+ NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Enalapril 5 мг по 1 таб. 2 раза в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Atorvastatini 20 мг 1 раз в день вечером.

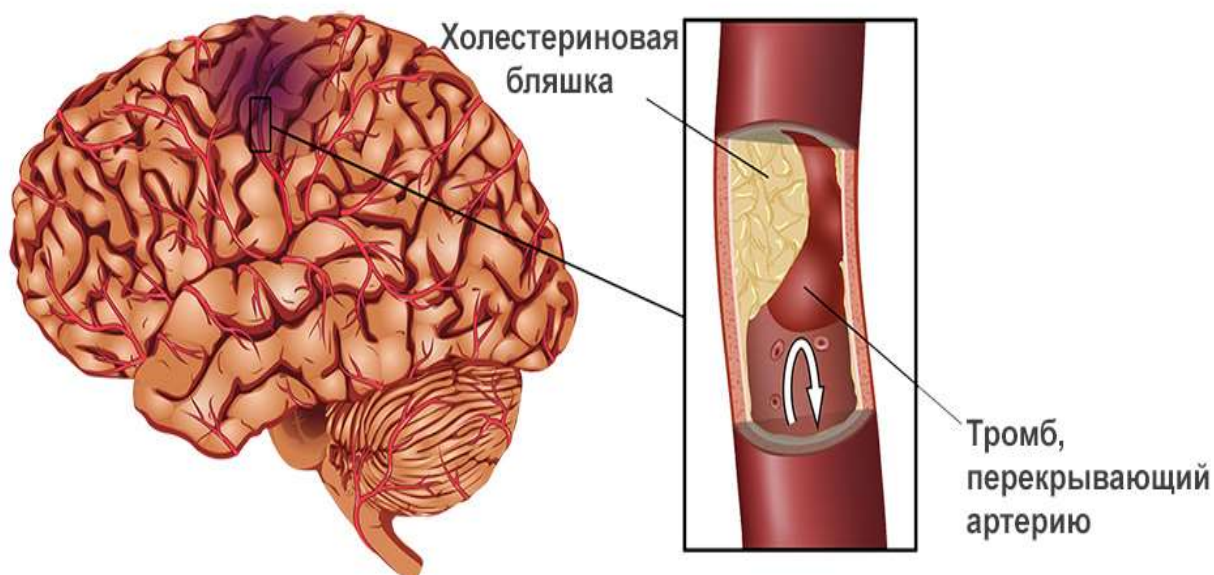


Рис.21

### Клинический пример №94

Мужчина 65 лет поступил в отделение с жалобами на непостоянную умеренную диффузную головную боль давящего характера, общую слабость, эпизоды пошатывания при ходьбе.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро, в 3:00, когда пошел в туалет, ослабли правые конечности. Не смог самостоятельно дойти до кровати, помогла жена. Измерили артериальное давление 160/90 мм рт.ст. Слабость в руке и ноге сохранялась в течение 30–40 минут. Спустя некоторое время, вновь появилась слабость и онемение в правых конечностях и онемение правой половины лица, сохранявшиеся в течение 30–40 минут. Утром обратился в поликлинику по месту жительства, где было дано направление на госпитализацию.

**Анамнез жизни.** Гипертоническая болезнь (макс. 160/90 мм рт. ст.), адаптирован к 110/70 мм рт.ст., постоянно гипотензивные препараты не принимал. Пневмония в юности. Хронический панкреатит.ОНМК, ЧМТ, ОИМ, нарушение сердечного ритма, сахарный диабет, язвенную болезнь желудка и ДПК, бронхиальную астму, онкологические и венерические

заболевания отрицает. Операции: аппендэктомия, репозиции костей левых ноги и руки более 30 лет назад. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД–160/90 мм рт.ст.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** III, IV, VI пара – глазодвигательный, отводящий, блоковый нервы. Беспокойство глазных яблок в крайних отведениях. Тремор кистей вытянутых рук.

**Координаторная сфера.**

КП выполняет с промахиванием с двух сторон. В позе Ромберга не стоит.

**Топический диагноз.** Можно подозревать преходящее нарушение кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии.

**Результаты дополнительных методов исследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ без особенностей. Биохимические показатели холестерина – 10 ммоль/л. КТ головного мозга. КТ–картина смешанной гидроцефалии, ДЭП 1 ст. Синдром пустого турецкого седла. Атеросклероз ВСА и ПА. Рентгенография легких. Без очаговых и инфильтративных теней. Венозный застой в МКК. ЭХО–КГ Размеры сердца не увеличены. Сократимость миокарда левого желудочка удовлетворительна. Утолщение стенок левого желудочка. Утолщение створок АК, МК, аорты. Недостаточность МК 1 ст. УЗДС БЦА. Признаки гемодинамически незначимого стенозирующего атеросклероза БЦА (стеноз ОСА слева 18%). ЛСК по ОСА, ВСА, НСА в пределах нормативных значений. Гипоплазия левой позвоночной артерии со снижением кровотока. Извитость позвоночных артерий на уровне СIII– СIV– CV– CVI – I сегмент. ТКДС: кровотоков по ИКА магистральный, антеградный, достаточный. Консультация офтальмолога. Артерии умеренно сужены, вены расширены, извитые. Ангиопатия сетчатки. Консультация терапевта. Гипертоническая болезнь 3, риск ССО 4, кризовое течение. Ангиосклероз аорты, коронарных, церебральных артерий. ХСН 1. ФК 2. Дислипидемия. Хронический бронхит, ремиссия.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Транзиторная ишемическая атака в бассейне левой средней мозговой артерии, на фоне гипертонической болезни III, риск 4, церебрального атеросклероза.**

**Рекомендации по лечению.** Р-р Dextrosi 10% 500 мл+ Insulini solubilis R 14ЕД+ р-р KCl 4% 10 мл+ MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Enalaprili 5 мг по 1 таб. 2 раз в день; р-р Aethylmethylhydroхурpyridini succinatis 5% 5 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroхydi 75 мг 1 раз в день; таб. Atorvastatini 10 мг по 1 таб. 1 раз в день вечером.

### **Клинический пример №95**

Мужчина 67 лет поступил в отделение с жалобами на диффузную головную боль, давящего характера, головокружение, усиливающееся при переходе в вертикальное положение, периоды онемения и слабости в левых конечностях, преимущественно в руке, выраженную общую слабость, шум в голове, высокие цифры давления.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро, около 15.00, когда, находясь в очереди в магазине, почувствовал онемение и резкую слабость в левых конечностях, преимущественно в руке, закружилась голова, появилась выраженная диффузная головная боль, давящего характера, общая слабость, шум в ушах, тошнота. Через 20 минут сила и чувствительность в левые конечности вернулась, состояние незначительно улучшилось. Администрация магазина вызвала бригаду скорой медицинской помощи. АД 200/100 мм. рт. ст. Проведена гипотензивная терапия. Больной доставлен скорой помощью в приемное отделение. Госпитализирован.

**Анамнез жизни.** Эпизодически отмечает подъемы АД, макс. 210/100 мм рт. ст., постоянно гипотензивные препараты не принимает. Хронический

бронхит. ОНМК, ОИМ, нарушения ритма сердца, ЧМТ, сахарный диабет, язвенную болезнь, вирусные гепатиты, туберкулез, онкозаболевания, вензаболевания, отрицает. Перенесенные операции: отрицает. Аллергологический анамнез: неотягощен.

**Данные объективного исследования.** Состояние средней тяжести. АД 160/90 мм рт. ст.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** VII (n. facialis): лицо легко ассиметрично. VIII (n. vestibulocohlearis): беспокойство глазных яблок в крайних отведениях. Умеренный оптико-вестибулярный синдром (+). Головокружение несистемного характера. **Двигательная система.** Объем активных движений в левых конечностях ограничен из-за пареза. Мышечный тонус умеренный, асимметричный. Сухожильные рефлексы  $D < S$ , живые. Патологические рефлексы С–м Бабинского положительный слева. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывание. Динамическая атаксия – пальценосовую и пяточноколенную пробы выполняет неточно с двух сторон.

**Топический диагноз.** На момент неврологического осмотра, выявлена очаговая симптоматика со стороны лицевого нерва–ассиметрия носогубной складки справа – центральный паралич лицевой мускулатуры. Положительный с–м Бабинского слева, повышение сухожильных рефлексов слева, мышечного тонуса слева свидетельствуют об одностороннем расположении очага в правом полушарии на отрезке от коры передней центральной извилины до нижней части продолговатого мозга.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимические показатели крови, общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. УЗДС БЦА: УЗ – признаки стенозирующего атеросклероза БЦА 37% – 40% справа. Изгибы ПА справа С6–С4 с неустойчивым кровотоком. КТ головного мозга: КТ – картина смешанной гидроцефалии. Рентгенография органов грудной клетки: застойные явления в легких. Консультация терапевта (кардиолога): ИБС. Стабильная стенокардия ФКШ.

Кардиосклероз атеросклеротический. Атеросклероз аорты, коронарных, церебральных артерий. Гипертоническая болезнь III, риск ССО4. ХСН IIА ФКIII. ЭХО–КГ – митральная регургитация I ст, трикуспидального I ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка.

**Клинический диагноз. Транзиторная ишемическая атака (атеротромботический подтип) в бассейне правой средней мозговой артерии на фоне гипертонической болезни III, риск ССО 4, церебрального атеросклероза. ИБС. Стабильная стенокардия ФКI II. Кардиосклероз атеросклеротический. Атеросклероз аорты, коронарных, ХСН IIА ФКIII.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 500 мл+ Insulini solubilis R 14ЕД+ р–р KCl 4% 10 мл+ MgSO4 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Cerebrolysini 10 мл+ NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Inosine + Nicotinamide + Riboflavin + Succinic acid 10 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Indapamidi 2,5 мг по 1 таб. утром; таб. Enalaprili 5 мг по 1 таб. 2 раза в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Atorvastatini 20 мг по 1 таб. 1 раз в день вечером.

### **Клинический пример №96**

Мужчина 53 года поступил с жалобами на эпизод слабости в левых конечностях, легкое головокружение, шаткость при ходьбе, общую слабость.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро, когда утром после сна, пошел во двор покормить собаку. Почувствовал, что ослабела левая нога, подвернулась, в результате не смог на нее опираться, пытался схватиться за столб левой рукой, она тоже была несколько слабее. Затем в течении 40 минут сила в конечностях восстановилась. В течении этого времени чувствовал себя плохо, была головная боль, головокружение, тошнота, рвота.



Померил АД было 140/90 мм рт ст, принял нифедипин. Вызвал бригаду СМП, доставлен в приемное отделение. Госпитализирован в НСО.

**Анамнез жизни.** Гипертоническая болезнь, максимально АД до 150/90 мм рт.ст., адаптирован к АД 130/90 мм рт.ст., периодически принимает гипотензивные препараты – нифедипин. ОНМК, ЧМТ, ОИМ, нарушения ритма сердца, сахарный диабет, язвенную болезнь, туберкулез, вирусные гепатиты, онкологические, венерические заболевания отрицает. Операции: удаление паховой грыжи дважды. Аллергологический анамнез: тетрациклин, левомицетин.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Топический диагноз.** В ходе обследования у пациента не выявлена очаговая неврологическая симптоматика.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимические показатели крови, общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. УЗДС брахиоцефальных артерий: начальные эхографические признаки нестенозирующего поражения каротидных артерий атеросклеротического генеза. МРТ головного мозга – КТ признаки смешанной гидроцефалии.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Транзиторная ишемическая атака в бассейне правой среднемозговой артерии на фоне гипертонической болезни III ст., риск 4, церебрального атеросклероза.**

**Рекомендации по лечению.** Р-р KCl 4% 10 мл+ MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл+ NaCl 0,9% 250 мл в/в капельно 1 раз в день; р-р Inosine + Nicotinamide + Riboflavin + Succinic acid 10 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Glycini 100 мг по 1 таб. 3 раза в день (под язык); таб. Enalapril 5 мг 1 раз в день утром.

**Клинический пример №97**

Мужчина 64 года поступил в отделение с жалобами на постоянную умеренную диффузную головную боль давящего характера, общую слабость.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро на даче, когда пошел умываться, ослабли левые конечности. Не смог самостоятельно дойти до дома, помогла жена. Измерили артериальное давление 170/100 мм рт.ст. Слабость в руке и ноге сохранялась в течение 40 минут. Спустя некоторое время, вновь появилась слабость и онемение в левых конечностях и онемение левой половины лица, сохранявшиеся в течение 50 минут. Утром обратился в поликлинику по месту жительства, где было дано направление на госпитализацию.

**Анамнез жизни.** ОНМК, ЧМТ, ОИМ, нарушение сердечного ритма, сахарный диабет, язвенную болезнь желудка и ДПК, бронхиальную астму, онкологические и венерические заболевания отрицает. Операции: аппендэктомия, более 40 лет назад. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Периодические возникают головные боли давящего характера в затылочной области на фоне повышенного АД, психоэмоциональных нагрузок без тошноты и рвоты.

**Топический диагноз.** В ходе обследования у пациента очаговую неврологическую симптоматику не удалось. Из анамнеза – онемение и слабость в левых конечностях и левой половины лица, можно предположить, что очаг находится в правой гемисфере в области внутренней капсулы.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи без особенностей. Биохимические показатели крови холестерин – 9 ммоль/л. КТ головного мозга. КТ–картина смешанной гидроцефалии, ДЭП 1 ст. Атеросклероз ВСА и ПА. Рентгенография легких. Без очаговых и инфильтративных теней. Венозный застой в МКК. ЭКГ ЧСС 52. Синусовая брадикардия. ЭОС не отклонена. ЭХО–КГ. Размеры сердца не увеличены. Сократимость миокарда левого желудочка удовлетворительна. Утолщение

стенок левого желудочка. Утолщение створок АК, МК, аорты. Недостаточность МК 1 ст. УЗДС БЦА. Признаки гемодинамически незначимого стенозирующего атеросклероза БЦА (стеноз ОСА слева 21%). ЛСК по ОСА, ВСА, НСА в пределах нормативных значений. Гипоплазия левой позвоночной артерии со снижением кровотока. Извитость позвоночных артерий на уровне СIII– CIV– CV– CVI – I сегмент. ТКДС: кровоток по ИКА магистральный, антеградный, достаточный. Холтеровское мониторирование ЭКГ, СМАД. Брадикардия днем. ЧСС ночью в пределах возрастной нормы. Циркадный индекс 110%. Циркадный индекс ЧСС снижен. В течение суток субмаксимальная ЧСС не достигнута (59% от максимально возможной для данного возраста). Желудочковая экстрасистолия 0 градации по Ruon. Регистрируются наджелудочковые аритмии характерные для здоровых лиц, количество аритмий – пограничное. Желудочковая эктопическая активность не обнаружена. Анализ циркадного типа аритмий нецелесообразен из-за небольшого числа аритмий. В течение времени наблюдения выполнены 2 ФН в виде подъема по лестнице мощностью от 21 до 24 Вт. Объем выполненной работы от 1196 до 1196 кг\*м с ЧСС от 89 до 92 уд/мин, что соответствует 51–53 % от максимальной для данного возраста. Субмаксимальная ЧСС не достигнута. Причина прекращения нагрузок – Одышка – в 3 случаях. Толерантность к нагрузке "низкая". Нагрузка не привела к возникновению ишемических изменений ЭКГ. Значимых изменений QT– интервала в течение суток не выявлено. Вариабельность ритма сердца сохранена. Соотношение высокочастотного и низкочастотного компонентов сбалансировано. Ночной прирост высокочастотной составляющей вариабельности отсутствует. За время ночного сна нарушения дыхания не выявлены. Цифры систолического и диастолического АД в течение суток в пределах нормы. По "индексам нагрузки давлением" диастолического АД ночью можно предположить гипертензию. Циркадный индекс систолического АД 10%. Циркадный индекс диастолического АД 6%. Снижение диастолического АД ночью

недостаточное ("nondipper"). Снижение систолического АД ночью в пределах нормы ("dipper"). Вариабельность систолического и диастолического АД в течение суток в пределах нормы. Величина утреннего подъема систолического АД 29 мм рт ст, скорость 9 мм рт ст/ч. величина утреннего подъема диастолического АД 21 мм рт ст, скорость 7 мм рт ст/час. Консультация офтальмолога: артерии умеренно сужены, вены расширены, извитые. Ангиопатия сетчаток. Консультация терапевта. Гипертоническая болезнь 3, риск ССО 4, кризовое течение. Атеросклероз аорты, коронарных, церебральных артерий. ХСН 1. ФК 2. Дислипидемия.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Транзиторная ишемическая атака в бассейне правой средней мозговой артерии, на фоне гипертонической болезни III, риск 4, церебрального атеросклероза. Атеросклероз аорты, коронарных, церебральных артерий. ХСН 1. ФК 2. Дислипидемия.**

**Рекомендации по лечению.** Р-р Dextrosi 10% 200 мл+ Insulini solubilis R 6 ЕД+ р-р KCl 4% 10 мл+ MgSO4 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р-р Рингер 300 мл в/в капельно раз в день; р-р Pentoxifyllini 2% 5 мл + р-р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р-р Piracetami 20% 5 мл+ р-р NaCl 0,9% 10 мл в/в капельно; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 150 мг 1 раз в день; таб. Enalaprili 10 мг 1 раз в день утром.

### **Клинический пример №98**

Мужчина 68 лет поступил в неврологическое отделение с жалобами на диффузную головную боль, давящего характера, головокружение, усиливающееся при переходе в вертикальное положение, периоды онемения и слабости в правых конечностях, преимущественно в руке, выраженную общую слабость, шум в голове.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро, в 19.00, когда, находился за рулем, почувствовал онемение и резкую слабость в правых конечностях,

преимущественно в руке, закружилась голова, появилась выраженная диффузная головная боль, давящего характера, общая слабость, шум в ушах, тошнота. Через час сила и чувствительность, состояние незначительно улучшилось. Добрался домой, померил АД - 200/110 мм. рт. ст. Вызвал скорую помощь. Проведена гипотензивная терапия. Больной доставлен скорой помощью в приемное отделение. Госпитализирован.

**Анамнез жизни.** Эпизодически отмечает подъемы АД, макс. 240/130 мм рт. ст., постоянно гипотензивные препараты не принимает. Хронический бронхит. ОИМ год назад. ОНМК, нарушения ритма сердца, ЧМТ, сахарный диабет, язвенную болезнь, вирусные гепатиты, туберкулез, онкозаболевания, вензаболевания, отрицает. Перенесенные операции: отрицает. Аллергологический анамнез: не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** III (n.oculomotorius), IV (n.trochlearis), VI (n.abducens): беспокойство глазных яблок в крайних отведениях. Умеренный оптиковестибулярный синдром (+). VIII (n.vestibulocohlearis): слух сохранен с двух сторон. Беспокойство глазных яблок в крайних отведениях. Умеренный оптиковестибулярный синдром (+). Головокружение несистемного характера. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывание. Динамическая атаксия – пальценосовую и пяточноколенную пробы выполняет неточно с двух сторон.

**Топический диагноз.** На момент неврологического осмотра очаговой симптоматики не выявлено.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимические показатели крови, общий анализ мочи, ЭКГ, УЗДС БЦА без особенностей. КТ головного мозга – КТ – картина смешанной гидроцефалии. Рентгенография органов грудной клетки – застойные явления в легких. Консультация терапевта (кардиолога): ИБС. Стабильная стенокардия ФКШ. Кардиосклероз атеросклеротический. Атеросклероз аорты, коронарных,

церебральных артерий. Гипертоническая болезнь III, риск ССО4. ХСН IIА ФКIII. ЭХО–КГ – размеры сердца нормальные. Общая сократимость левого желудочка удовлетворительная. Митральная регургитация I ст, трикуспидального I ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка.

**Клинический диагноз. Транзиторная ишемическая атака в бассейне левой средней мозговой артерии на фоне гипертонической болезни III, риск ССО 4, церебрального атеросклероза, постинфарктного кардиосклероза. ИБС. Стабильная стенокардия ФК II. Кардиосклероз атеросклеротический. Атеросклероз аорты, коронарных, ХСН IIА ФКIII.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 500 мл+ Insulini solubilis R 14ЕД+ р–р KCl 4% 10 мл+р–р MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Heparini natrii 5000 ME п/к 4 раза в сутки, в течение 3–5 дней, затем переход на 2 500 ME 4 раза в сутки; р–р Aethylmethylhydroхурпуридини succinatis 5% 5 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Cerebrolыsini 10 мл+ р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; таб. Enalapriли 5 мг по 1 таб. 2 раза в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Atorvastatini 20 мг по 1 таб. 1 раз в день вечером.

## **ТРАНЗИТОРНАЯ ГЛОБАЛЬНАЯ АМНЕЗИЯ.**

### **Клинический пример №99**

Женщина 61 год поступила в отделение с жалобами на диффузную головную боль давящего характера, головокружение усиливающееся при

изменении положения тела, шаткость при ходьбе, общую слабость, эпизод потери памяти.

**Анамнез заболевания.** Со слов больной заболела остро – после сильного эмоционального стресса почувствовала выраженную общую слабость, головокружение. После этого момента до поступления в больницу ничего не помнит. Со слов окружающих, сознание не теряла, была заторможена, периодически не реагировала на обращенную к ней речь. Была вызвана скорая помощь, доставлена в приемное отделение, госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, первым ребёнком. Росла и развивалась нормально. Жилищно– бытовые условия хорошие. В настоящий момент не работает. Пенсионер. ОНМК, ОИМ, СД, ЧМТ, МА отрицает. Страдает хроническим гастритом. Операции: 30 лет назад по поводу МКБ. Аллергический анамнез: не отягощен. Туберкулез, гепатиты у себя отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Периодические головные боли возникают на фоне повышенного АД, психо–эмоциональных нагрузок, диффузные, в любое время суток. Головные боли могут сопровождаться тошнотой, чувством проваливания, неустойчивости, тревогой. **Черепные нервы.** VIII (n. vestibulocohlearis) – отмечает беспокойство глазных яблок в крайних отведениях. IX(n. glossopharyngeus), X (n.vagus) – дизартрия. Отклонение мягкого неба вправо. Положителен хоботковый назолабиальный рефлекс.

**Двигательная система.** Проба Барре, верхняя и нижняя слева положительная. Сухожильные рефлексы повышены с сухожилия бицепса C5–6, трицепса C7–8, коленный L2–L4, ахиллов S1–2 слева. Периостальные рефлексы – карпорадиальный C5–8 повышен слева. Поверхностные рефлексы – брюшные, подошвенные – снижены, S>D. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывание.

**Топический диагноз.** В связи с жалобами на остро возникшее пароксизмальное нарушение памяти (по анамнезу) можно предположить двустороннее поражение гипоталамически–поясных отделов головного мозга, что наиболее вероятно при гипоперфузии в бассейне базилярной артерии.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ без особенностей. Осмотр окулиста: ангиопатия сетчаток. УЗДС БЦА. Признаки гемодинамически незначимого атеросклероза БЦА. Снижение ЛСК по правой ВСА. Извитость позвоночных артерий на уровне CIII–CIV–CV–CVI–I сегмент, с достаточным неустойчивым кровотоком. ТКДС: не лоцируются. МРТ головного мозга. На основании МР–картины данных за органические изменения вещества головного мозга не выявлено. Латероventрикулоасимметрия. ЭХО–КГ. Уплотнение створок АК, МК. Недостаточность митрального клапана 2 ст., аортального 1 ст., трикуспидального 1–2 степени. Холтеровское мониторирование. ЧСС средняя 67. Брадикардия днем. Анализ циркадной динамики ЧСС невозможен. В течение времени наблюдения субмаксимальная ЧСС достигнута. Желудочковая экстрасистолия 1 градации по Ryan. Регистрируется патологическое число наджелудочковых аритмий, в том числе нехарактерных для здоровых лиц. Желудочковая эктопическая активность в пределах нормы. Анализ циркадного типа аритмий невозможен. Ишемические изменения ЭКГ не обнаружены. Значимых изменений QT–интервала в течение времени наблюдения не выявлено. Вариабельность ритма сердца сохранена. Соотношение высокочастотного и низкочастотного компонентов сбалансировано. Консультация кардиолога. ИБС. Аритмический вариант. Пароксизмальна наджелудочковая тахикардия (по данным холтер ЭКГ). ХСН I ФК II. МКБ. Хронический пиелонефрит, ремиссия ХПН0. Хронический гастродуоденит, ремиссия. Дислипидемия. Рентгенография органов грудной клетки. Пульмосклероз базальных отделов.



КТ головного мозга. КТ–картина умеренно выраженной смешанной гидроцефалии.

**Клинический диагноз. ЦВБ: Транзиторная глобальная амнезия на фоне гипертонической болезни III, риск ССО 4, церебрального атеросклероза.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Vinpocetini 10 мг + р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Actovegini 10 мл + р–р NaCl 0,9% 400 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Cerebrolysini 10 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Losartani+ Hydrochlorothiazidi по 1 таб. 1 раз в день; ЛФК; массаж верхних и нижних конечностей.

### **Клинический пример №100**

Женщина 67 лет поступила в отделение с жалобами на резкий подъем АД до 170/100 мм рт ст, потерю памяти на период, когда стало плохо, спутанное состояние в это время, головокружение, из-за которого трудно передвигаться, головную боль давящего характера, без четкой локализации, общую слабость, тошноту, позывы на рвоту.

**Анамнез заболевания.** Заболела остро – день назад, около 16.00. У больной резко поднялось АД до до 170/100 мм рт ст, остальную часть дня больная не помнит. Отмечает, что пришла в себя и вспомнила события текущего дня только утром на следующий день. Муж отмечает, что больная пришла домой, была неадекватна, путала имена, события, часть событий не помнила. Вызвали скорую помощь. Доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Страдает гипертонической болезнью длительно. Максимальное АД 170/110 мм. рт. ст., адаптирована к 110/70 мм. рт. ст., Хронический гастрит. Операции: по поводу внематочной беременности,

секторальная резекция молочной железы справа. Гистерэктомия, овариоэктомия. Из лекарств дома постоянно принимает: *Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi*. Корректирует гипертоническую болезнь периодически. Аллергологический анамнез: неотягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Топический диагноз.** В ходе обследования у пациентки не выявляется очаговая неврологическая симптоматика.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ без особенностей. ЭЭГ. Низкоамплитудная ЭЭГ. Диффузные изменения биопотенциалов головного мозга регуляторного характера, без признаков пароксизмальной активности. КТ головного мозга: КТ–картина смешанной гидроцефалии. МРТ головного мозга: МР–картина очаговых изменений вещества мозга дисциркуляторно–дистрофического характера. Наружная заместительная гидроцефалия. УЗДС брахиоцефальных артерий: эхо признаки стенозирующего атеросклероза БЦА, степень стеноза справа ОСА 20%, толщина комплекс интима медиа 1,1мм с двух сторон. В месте бифуркации левой ОСА гиперэхогенные атеросклеротические бляшки. Консультация терапевта: Гипертоническая болезнь III, риск ССО4, кризовое течение. Атеросклероз аорты, коронарных, церебральных артерий.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Транзиторная глобальная амнезия на фоне гипертонической болезни III, риск ССО4, церебрального атеросклероза.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р КСl 4% 10 мл+ MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл+ NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Enalapril 5 мг 1 раз в день утром; р–р Aethylmethylhydroxyuridini succinatis 5% 5 мл + р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. *Acidi aminophenylbutyrici* по 1 таб. 3 раза в день.

# СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ

## Клинический пример №101

Женщина 36 лет поступила в отделение с жалобами на выраженную головную боль, тошноту, позывы на рвоту.

**Анамнез заболевания.** Заболела утром на работе. Утром после пробуждения почувствовала головную боль. Приняла 5 мг Enalaprilia. АД измерять не стала. На работе со внезапно почувствовала резкую головную боль, которая началась с ощущения «горячего удара» по голове. Упала, держась руками за голову. Коллеги вызвали бригаду СМП. Госпитализирована экстренно.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок. Росла и развивалась нормально. Жилищно – бытовые условия хорошие. Из перенесенных заболеваний отмечает: периодические подъемы АД до 150/100 мм.рт.ст, которые стали беспокоить после вторых родов. Принимала эпизодически Enalaprilii 5 мг Адаптирована к АД 120/80 мм.рт.ст. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Сознание – оглушение. Выраженная головная боль. Ригидность затылочных мышц 6 см. Симтом Кернига 90° с 2-х сторон. Симптом Брудзинского (верхний, средний, нижний) положительные с 2-х сторон. Симптом Бехтерева положительный с 2-х сторон. Симптом Мандонези положительный с 2-х сторон.

**Топический диагноз.** В ходе обследования у пациентки выявляются выраженные общемозговые симптомы, что характерно при раздражении мозговых оболочек.

## СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ ИЗ АНЕВРИЗМЫ

---

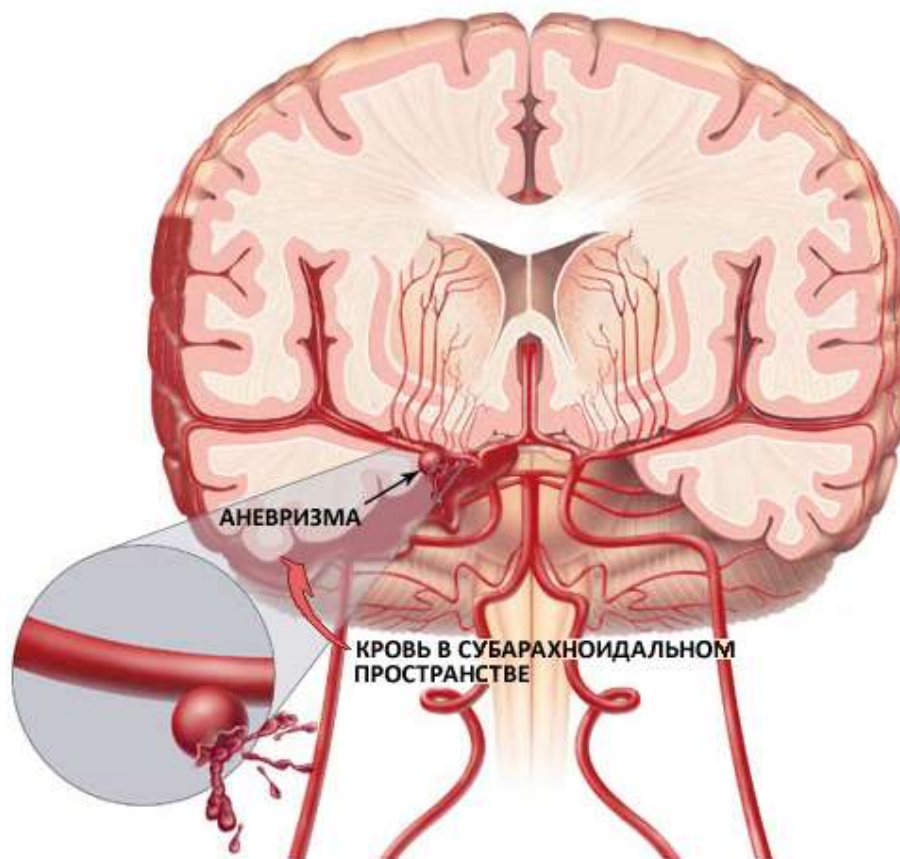


Рис.22

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови: СОЭ – 25 мм/час. Общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. РКТ головного мозга: КТ – признаки субарахноидального кровоизлияния.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Субарахноидальное кровоизлияние на фоне ГБ III, риск ССОЗ.**

**Рекомендации по лечению.** Консультация кардиолога, нейрохирурга. Р–р Metamizoli natrii 4 мл в/в струйно; р–р Metoclopramidi 4 мл в/в струйно; р–р Etamsylati 2 мл в/м 3 раза в день; р–р Actovegini 10 мл в/в струйно; MgSO<sub>4</sub> 25% 50 мл в/в через инфузомат 7,0 мл/час; р–р Nimodipini 50 мг через инфузомат 5,0 мл в час; р–р Ketorolaci 2 мл в/м на ночь; таб. Lisinoprili 5 мг по 1 таб утром; таб. Indapamidi 2,5 мг по 1 таб. утром.

## Клинический пример №102

Мужчина 30 лет поступил в отделение с жалобами на выраженную головную боль, тошноту, многократную рвоту.

**Анамнез заболевания.** Заболел днем на работе во время подъема тяжести. Внезапно стало плохо. Почувствовал как-будто удар по голове, затем резкую боль в голове, больше справа. Позвал на помощь коллег. Коллеги вызвали бригаду СМП. Госпитализирован экстренно.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок. Рос и развивался нормально. Считал себя абсолютно здоровым. Аллергологический анамнез не отягощен. Операции – аппендэктомия (давно).

**Данные объективного исследования.**  
Органы кровообращения: АД на правой руке – 150/100 мм.рт.ст., на левой–160/90мм.рт.ст.

**Неврологический статус.** Выраженная головная боль. Ригидность затылочных мышц 8 см. Симтом Кернига 90° с 2-х сторон. Симптом Брудзинского (верхний, средний, нижний) (+) с 2-х сторон. Симптом Бехтерева (+) с 2-х сторон, больше справа. Симптом Мандонези (+) с 2-х сторон, больше справа.

**Топический диагноз.** В ходе обследования у пациента выявляются выраженные общемозговые симптомы, что характерно при раздражении мозговых оболочек. **Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови: СОЭ – 25 мм/час. Общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. РКТ головного мозга: КТ – признаки субарахноидального кровоизлияния в правой гемисфере головного мозга.

**Клинический диагноз.** ЦВБ. Субарахноидальное кровоизлияние на фоне ГБ II, риск ССО4.

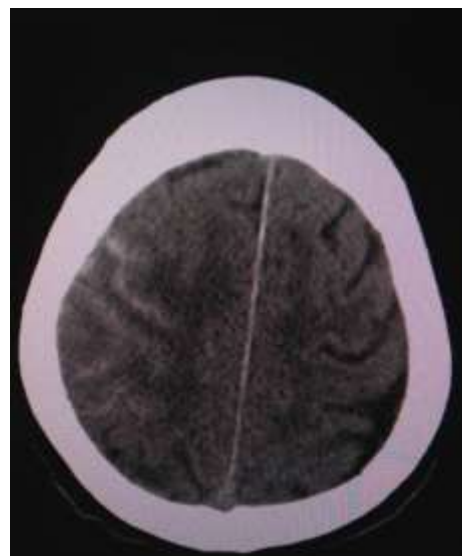


Рис.23

**Рекомендации по лечению.** Консультация кардиолога, нейрохирурга. Ангиография (для исключения аневризмы сосудов головного мозга). Р–р Metamizoli natrii 4 мл в/в струйно; р–р Metoclopramidi 4 мл в/в струйно; р–р Etamsylati 2 мл в/м 3 раза в день; р–р Actovegini 10 мл в/в струйно; MgSO<sub>4</sub> 25% 50 мл в/в через инфузомат 7,0 мл/час; р–р Nimodipini 50 мг через инфузомат 5,0 мл в час; р–р Ketorolaci 2 мл в/м на ночь; таб. Lisinopriili 5 мг по 1 таб. утром; таб. Indapamidi 2,5 мг по 1 таб. утром.

### **Клинический пример №103**

Женщина 51 год поступила в отделение с жалобами на диффузную головную боль, тошноту, головокружение.

**Анамнез заболевания.** Со слов родственников заболела остро – появилась сильная головная боль по типу удара, потемнение в глазах, тошнота. К врачу не обратилась, лечилась дома самостоятельно. На следующий день состояние ухудшилось. Доставлена в больницу. Госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Страдает гипертонической болезнью, принимает Enalapriili 10 мг. Онкологические, венерические заболевания, туберкулез, желтуху у себя и близких отрицает. ЧМТ отрицает. ПТС (–) отрицает. Операции– ампутация матки 12 лет назад. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Состояние тяжёлое. Сердечные тоны приглушены, аритмичные, АД 169/75 мм.рт.ст. Диурез по катетеру.

**Неврологический статус.** Выраженная головная боль. Ригидность затылочных мышц 8 см. Симтом Кернига 90° с 2–х сторон. Симптом Брудзинского (верхний, средний, нижний) (+) с 2–х сторон. Симптом Бехтерева (+) с 2–х сторон, больше справа. Симптом Мандонези (+) с 2–х сторон, больше справа.

**Топический диагноз.** В ходе обследования у пациентки выявляются выраженные общемозговые симптомы, что характерно при раздражении мозговых оболочек.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ без особенностей. Люмбальная пункция цвет – красный, мутный, лейкоциты – 37 в 1 мкл, эритроциты – 65006 (неизм) в 1 мкл, белок – 0,198 г/л, Dextrosi – 4,4 ммоль/л. КТ головного мозга – КТ картина субарахноидального кровоизлияния, отек головного мозга. Формирующиеся рубцово–атрофические изменения в левой гемисфере мозжечка. УЗДС БЦА. Небольшая извитость позвоночных артерий на уровне С III –CIV–CV–CVI сегмент и снижение ЛСК по правой ПА на уровне СIII – CIV – CV до 20 см/с, относительно узкого диаметра правой ПА. Окулист. Ангиосклероз сетчаток.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Субарахноидальное кровоизлияние на фоне гипертонической болезни III, риск 4. ХСН I. ФК II.**

**Рекомендации по лечению.**

Р–р Dextrosi 10% 400 мл+ Insulini solubilis R 14ЕД+ р–р KCl 4% 10 мл+ MgSO4 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5% 2 мл в/в струйно; р–р Polypeptides of the cerebral cortex of cattle 10 мг+ р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Aprotinini 200000 ЕД + р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Nimodipini 1 мл в/в струйно; таб. Enalaprili 10 мг 1 раз в день утром; занятия с психологом.

# ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ.

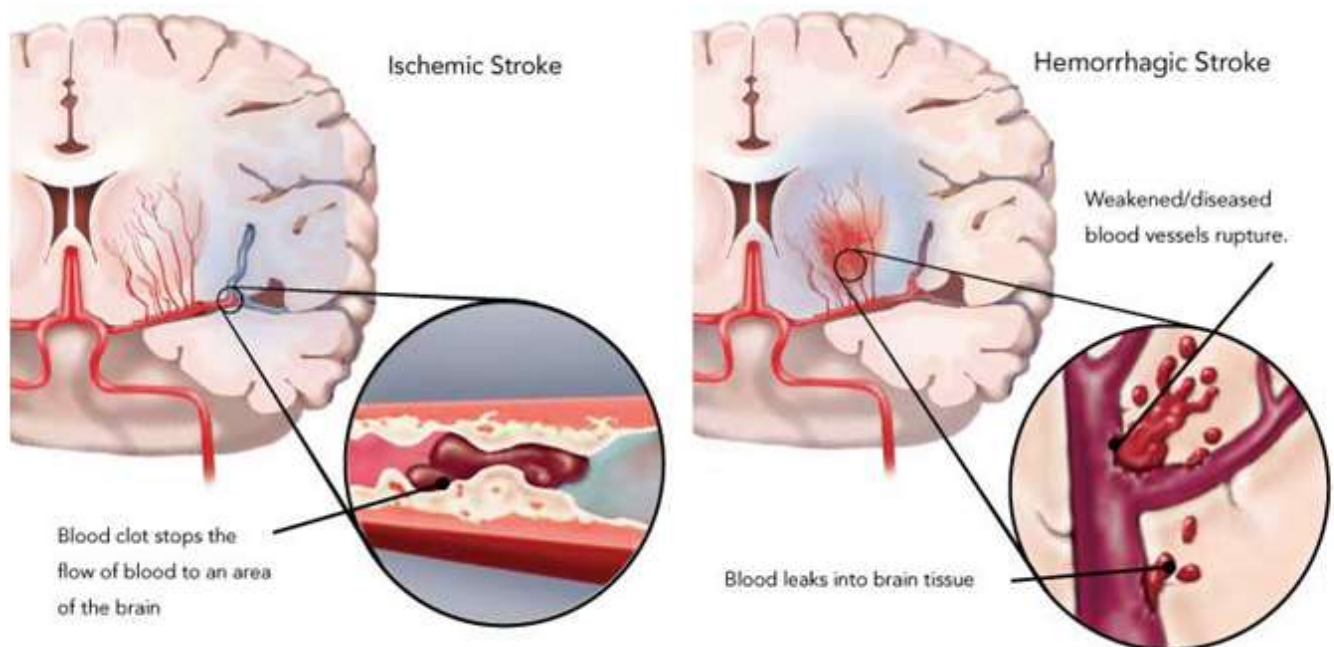


Рис.24

## Клинический пример №104

Мужчина 37 лет поступил в отделение, жалоб самостоятельно не предъявляет.

**Анамнез заболевания.** Со слов матери пол года назад перенес ОНМК по геморрагическому типу – САК и субарахноидальное вентрикулярно – паренхиматозное кровоизлияние. Оперирован – клипирование аневризмы передней мозговой, передней соединительной артерии справа, декомпрессионная трепанация черепа, установка вентрикулярного дренажа в передний рог правого бокового желудочка. Краниопластика паллокосом.



ОНМК по ишемическому типу вследствие ангиоспазма в бассейне левой СМА. Направлен для прохождения курса реабилитации.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок, единственным ребёнком. Рос и развивалась нормально. Пенсионер, инвалид I группы. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Речь – эфферентная моторная афазия, элективный мутизм. **Черепные нервы.** XII (n. hypoglossus) – язык девирует вправо, без атрофий и фибриллярных подергиваний. **Двигательная система.** Пассивные и активные движения в верхних и нижних конечностях отсутствуют. Грубый спастический правосторонний гемипарез. Сухожильные рефлексы: с ног и с рук живые, D>S. Патологические рефлексы: «+» симптом Бабинского справа. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга не стоит. Динамическая атаксия – пальце–носовую пробу не выполняет справа. **Система чувствительности.** Поверхностная чувствительность: правосторонняя гемигипестезия. Глубокая чувствительность: правосторонняя гемигипестезия. **Высшие психические функции.** Афазия – эфферентная моторная. Элективный мутизм.

**Топический диагноз.** В ходе обследования у пациента выявляются: чувствительные нарушения в виде правосторонней гемигипестезии. Двигательные нарушения в виде грубого спастического правостороннего гемипареза. Оживление сухожильных рефлексов справа. «+» симптом Бабинского справа. Статическая атаксия – в позе Ромберга не стоит.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи без особенностей. Биохимический анализ крови: холестерин – 7,37 ммоль/л. ЭКГ – 76 уд/мин. Ритм синусовый. Нормосистолия желудочков. ЭОС отклонена влево.

**Клинический диагноз.** ЦВБ. Последствия перенесенного ОНМК по геморрагическому типу (САК и субарахноидальное вентрикулярно–паренхиматозное кровоизлияние). Состояние

**после оперативного лечения (клипирования аневризмы передней мозговой, передней соединительной артерии справа, декомпрессионная трепанация черепа, установка вентрикулярного дренажа в передний рог правого бокового желудочка. Состояние после краниопластики паллокосом).  
Последствия ОНМК по ишемическому типу вследствие ангиоспазма в бассейне левой СМА с эфферентной моторной афазией, элективным мутизмом, когнитивными нарушениями, грубым спастическим правосторонним гемипарезом, нарушением функции тазовых органов.**

**Рекомендации по лечению.**

Р-р Pentoxuphyllini 2% 5 мл + р-р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день;

таб. Tolperisoni) 150 мг по 1 табл. 3 р/д в течение месяца; р-р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; таб. Thioridazini 25 мг по 1 табл. 3 раза в день; таб. Glycini 100 мг по 1 табл. 3 раза в день(под язык); ЛФК; массаж; тренажеры.

### **Клинический пример №105**

Мужчина 68 лет поступил в отделение, жалоб не предъявляет из-за тяжести состояния.

**Анамнез заболевания.** Найден родственниками дома без сознания. Накануне вечером разговаривал с ними по телефону. Жаловался на головную боль, высокое АД. Вызвана скорая помощь. Больной доставлен в приемное отделение. Госпитализирован экстренно.

**Анамнез жизни.** Родился в неполной семье, в срок. Жилищно – бытовые условия хорошие. В настоящий момент не работает. Пенсионер. Считал себя практически здоровым. Алкоголем не злоупотреблял. Не курил. Из перенесенных заболеваний отмечает: гипертоническую болезнь в течении 16 лет. Принимал Enalapril 10 мг 2 раза в день. Адаптирован к АД 150/90 мм рт.ст. Отмечал, что в последнее время АД не снижается до нормальных цифр. За медицинской помощью по данному вопросу не обращался. Аллергологический анамнез не отягощен. Операции – аппендэктомия давно.

**Данные объективного исследования.** Общее состояние крайне тяжелое. Органы дыхания. Дыхание Чейна–Стокса. Органы кровообращения: АД на правой руке – 230/120 мм.рт.ст., на левой – 240/110 мм.рт.ст. ЧСС–90 в 1 минуту.

**Неврологический статус.** Сознание – Кома II. Речевой продукции нет. Ригидность затылочных мышц 6 см. Симптом Кернига 160°. **Черепные нервы.** III (n.oculomotorius), IV(n.trochlearis, VI (n.abducens): зрачки D=S, миоз. Глазные яблоки фиксированы по средней линии. За молоточком не следит. Фотореакция снижена. VII (n. facialis) – лицо асимметрично за счет сглаженности левой н/г складки. IX(n. glossopharyngeus), X (n.vagus) – глоточный рефлекс угнетен.

**Двигательная система.** Сухожильные рефлексy: D=S, снижены. Симметричное повышение мышечного тонуса в разгибателях всех конечностях (децеребрационная ригидность). Патологические рефлексy – рефлекс Бабинского (+) с 2–х сторон. **Топический диагноз.** В ходе обследования у пациента выявляется: признаки мозжечково–тенториальной дислокации: нарушение уровня бодрствования (Кома II); симметричное повышение мышечного тонуса в разгибателях всех конечностях (децеребрационная ригидность); рефлекс Бабинского (+) с 2–х сторон; менингеальные симптомы; зрачки D=S, узкие; глазные яблоки, фиксированны по средней линии; дыхание Чейна–Стокса.

Характерно для дислокация головного мозга связанной с обширным паренхиматозным и внутримозжечковым кровоизлиянием.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови: СОЭ – 20 мм/час. Общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. РКТ головного мозга. КТ – признаки гиперденсного очага (гематомы) в проекции правой, левой гемисферы мозжечка, КТ – признаки внутримозжечкового кровоизлияния.

**Клинический  
диагноз. ЦВБ.  
Геморрагический  
инсульт с  
кровоизлиянием в  
правую, левую  
гемисферы мозжечка и  
прорывом крови в  
желудочки на фоне  
гипертонической болезни**

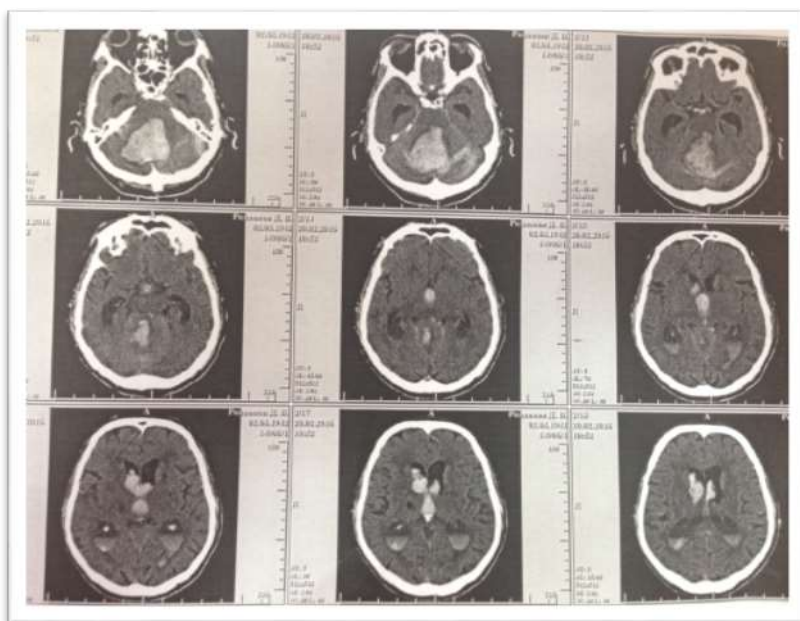


Рис.25

**III степени риск 4 с угнетением сознания до уровня комы II, децеребрационная ригидность, дыхание Чейна–Стокса.**

**Рекомендации по лечению.** Консультация кардиолога, нейрохирурга. Р–р MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл в/в струйно; р–р Etamsylati 2 мл в/в 4 раза в день; р–р Aprotinini 100000 ЕД + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Actovegini 10 мл в/в струйно; р–р Prednisoloni 60 мг + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно; р–р Furosemidi 2 мл в/м 1 раз в день.

**Клинический пример №106**

Женщина 75 лет поступила в отделение, жалоб не предъявляет из-за тяжести состояния.

**Анамнез заболевания.** Со слов родственников, больная проснулась утром, чувствовала себя хорошо. Через 2 часа (около 10 часов) перестала говорить, не понимала обращенную речь, упала на пол. Вызвана бригада СМП, больная доставлена в приемное отделение. Госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Страдает гипертонической болезнью, максимально АД до 220/100 мм рт.ст., адаптирована к АД 130/90 мм рт.ст., гипотензивные препараты постоянно не принимает. ОНМК, ОИМ, нарушения ритма сердца, ЧМТ, сахарный диабет, язвенную болезнь, вирусные гепатиты, туберкулез, онкозаболевания, вензаболевания родственники отрицают. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Общее состояние тяжелое, стабильное. На правой голени имеются трофические язвы.

**Неврологический статус.** Уровень сознания – оглушение I. Речевой продукции нет. Моторная, с элементами сенсорной афазия. Выполняет простые команды. Продуктивному контакту не доступна. РЗМ на 2 – 3 п/п. Симптом Кернига <1500 с 2-х сторон. **Черепные нервы.** VII (n. facialis): сглажена правая носогубная складка. IX (n. glossopharyngeus), X (n. vagus): глоточные рефлексы D=S, снижены. **Двигательная система.** Мышечный тонус повышен в правых конечностях. Грубый правосторонний гемипарез до 1 балла в ноге, и плегии в руке. Глубокие рефлексы D>S, умеренной живости. Клонусы стопы справа. Положительный симптом Бабинского справа. **Система чувствительности.** Гемигипестезия справа.

**Топический диагноз.** На основании неврологического статуса очаг находится в левой гемисфере головного мозга.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. Гликемический профиль – 13:00 – 16,1 ммоль/л, 17:00 – 9,8 ммоль/л, 20:00 – 7,9 ммоль/л, 6:00 – 9,1 ммоль/л. КТ головного мозга: КТ – картина может соответствовать геморрагическому

инсульту с формированием внутримозговой гематомы в височной доле слева. Отёк головного мозга слева. Латеральное и аксиальное смещение срединных структур. УЗДС БЦА Признаки стенозирующего атеросклероза БЦА. Стеноз по левой ОСА до 14%. ТКДС: кровоток по СМА, ЗМА достаточный, высокорезистентный. Окулист: Начальная катаракта. Ангиосклероз сетчаток. Ro гр. легких на фоне застоя в ММК. Очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Корни инфильтративны, срединная тень широкая, не смещена. Ro гр. в брюшной полости чаши, арки не выявлены. Отмечается наличие газа в просвете кишечника. ЭКГ: Ритм синусовый. ЭОС горизонтальная. Диффузные изменения миокарда. УЗИ почек: УЗ–признаки конкрементов и каликопиелозктазии почек.

Консультация нейрохирурга ОНМК по геморрагическому типу. Данных за ЧМТ не выявлено. Консультация кардиолога. ИБС: кардиосклероз атеросклеротический и постинфарктный. ХСН II А. ФК III. Диффузный кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных, церебральных артерий. Гипертоническая болезнь III, риск 4. ХСН IIА. ФК III. Консультация хирурга Невправимая пупочная грыжа. Трофические язвы правой голени. Консультация эндокринолога. Сахарный диабет, тип 2, впервые выявленный. Миокардиодистрофия.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Геморрагический инсульт в левой гемисфере головного мозга с формированием внутримозговой гематомы на фоне гипертонической болезни III, III, риск IV и церебрального атеросклероза. ИБС. Диффузный кардиосклероз. ХСН IIА. ФК III. Железодефицитная анемия неясного генеза, 1 ст. Начальная катаракта. Ангиосклероз сетчаток. Сахарный диабет, тип 2, впервые выявленный. Невправимая пупочная грыжа. Трофические язвы правой голени. ХВН IIст. Зажившая трофическая язва правой голени.**

**Рекомендации по лечению.** Р-р NaCl 0,9% 500 мл+ р-р KCl 4% 10 мл+ р-р MgSO4 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р-р Aprotinini 200000 ЕД + р-р NaCl 0,9% 250 мл в/в капельно 1 раз в день; р-р Insulini solubilis R 8:00–6ЕД, 11:00–4ЕД, 14:00–8ЕД, 17:00–8ЕД, 21:00–4ЕД п/к под контролем Dextrose; таб. Enalaprilii 10 мг 1 раз в день утром; таб. Atorvastatini 10 мг по 1 таб. 1 раз в день вечером; таб. Carvediloli 25 мг внутрь по ¼ таб в 10–20 часов; таб. Nimodipini 30 мг внутрь по 2 таб. в 9– 13 – 17 – 21 – 01 – 05; перевязка правой голени; р-р Prednisoloni 60 мг + р-р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно; р-р Furosemidi 2 мл в/м 1 раз в день.

## ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ.

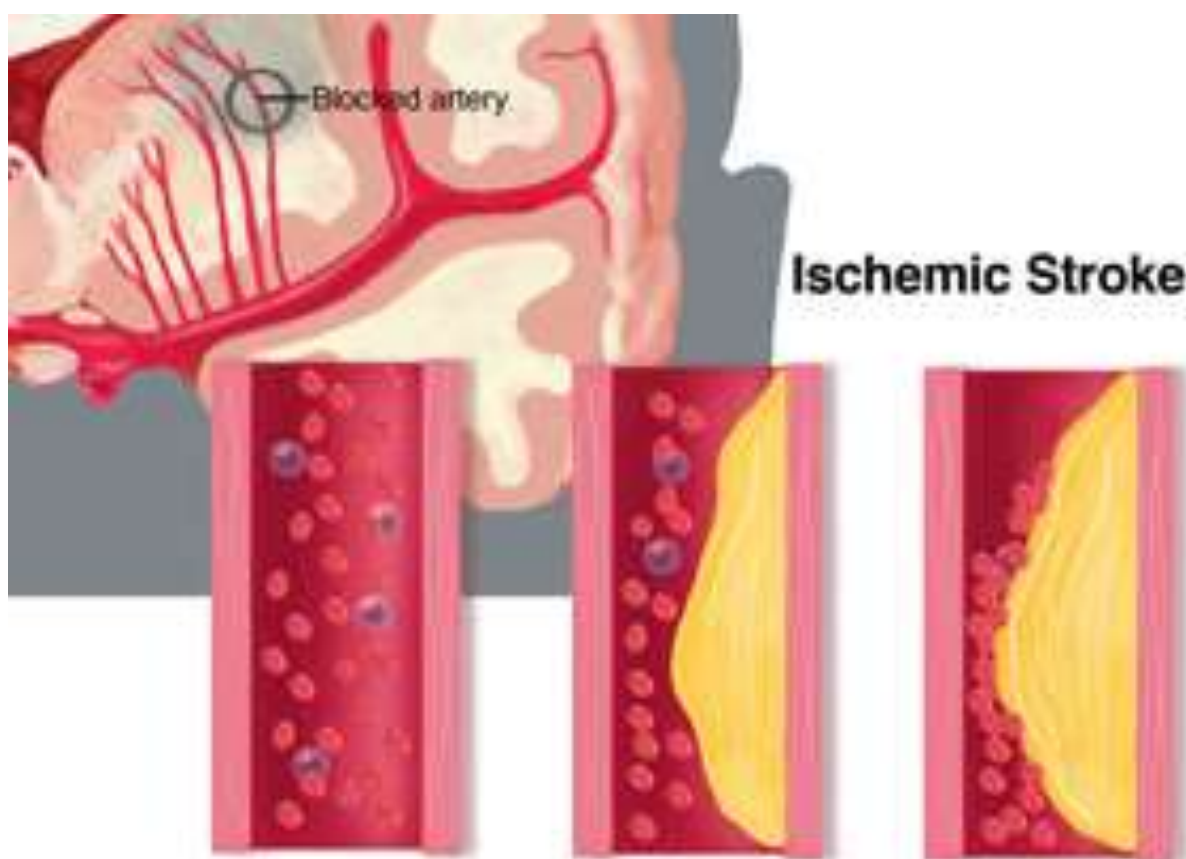


Рис.26

## Клинический пример №107

Мужчина 68 лет поступил в отделение с жалобами на сильные головные боли, шум в голове, периодические головокружения, нарушение глотания, раздражительность, слабость в правой руке, ноге, затрудняющие самостоятельное обслуживание, неустойчивость при ходьбе, общую слабость, быструю утомляемость, неустойчивое, чаще повышенное артериальное давление, периодические боли в шейном, грудном отделах позвоночника.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро, утром когда внезапно появились вышеуказанные жалобы. По скорой помощи был доставлен в приёмное отделение. Больной госпитализирован с подозрением на ишемический инсульт в стволе мозга.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок, вторым ребёнком. Рос и развивался нормально. В настоящий момент не работает. Пенсионер. Из перенесенных заболеваний отмечает: хронический латентный пиелонефрит на фоне МКБ, аденома предстательной железы. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Пальпация остистых отростков и паравертебральных точек болезненная. Движения в позвоночнике ограниченные, болезненные

**Неврологический статус.** Периодические головные боли возникают на фоне повышенного АД, психо-эмоциональных нагрузок, в левой половине головы, в любое время суток. Головные боли могут сопровождаться тошнотой, чувством проваливания, неустойчивости, тревогой. **Черепные нервы.** VII (n. facialis)– лицо асимметрично, из-за сглаженности правой носогубной складки. IX(n. glossopharyngeus), X (n.vagus) – дисфагия (поперхивание твердой пищей), дисфония. Дизартрия.



Отклонение мягкого неба вправо. Положителен хоботковый назолабиальный рефлекс, рефлекс Бабинского справа. XII (n. hypoglossus) – язык девирует влево, без атрофий и фибриллярных подергиваний.

**Двигательная система.** Гемипарез справа, со снижением мышечной силы до 4 баллов в руке и ноге, с повышением мышечного тонуса по спастическому типу. Сухожильные рефлексы повышены с сухожилия бицепса C5–6, трицепса C7–8, коленный L2–L4, ахиллов S1–2 справа. Periosteальные рефлексы – карпорадиальный C5–8 повышен справа. Поверхностные рефлексы – брюшные, подошвенные – снижены, D>S. Патологические рефлексы – выявляется рефлекс Бабинского справа, рефлекс орального автоматизма – хоботковый, назолабиальный. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга неустойчив. **Система чувствительности** Правосторонняя гемигипестезия. **Высшие психические функции.** Легкая дизартрия.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки – диффузный пневмосклероз, фиброз нижнего отдела правого легкого. ЭХО – кардиограмма. Камеры сердца имеют нормальные размеры и сократимость. Фракция выброса левого желудочка 59,9%. Клапаны сердца не изменены и нормально функционируют. Перикард и крупные сосуды – без патологии. Дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий – эхографических признаков поражения брахиоцефальных артерий экстракраниального отдела не выявлено. Кровоток в норме. Суточный мониторинг ЭКГ по Холтеру. Брадикардия днем. ЧСС ночью в пределах возрастной нормы. Циркадный индекс 116%. Циркадный индекс ЧСС снижен. Вегетативные пробы не проводились. В течение суток субмакс. ЧСС не достигнута (57% от максимально возможной для данного возраста). Синусовый ритм общей длительностью 20:31:41, с ЧСС от 49 до 98 (средняя 64) уд/мин в течении всего наблюдения. Статистика нарушений ритма:

Желудочковая экстрасистолия не обнаружена. Регистрируются наджелудочковые аритмии нехарактерные для здоровых лиц. Желудочковая эктопическая активность не обнаружена. Анализ нецелесообразен из-за небольшого числа аритмий. Ишемические изменения ЭКГ не обнаружены. Небольшие изменения ST, вероятно, не связаны с ишемией миокарда. Оценка толерантности к нагрузкам при подъеме по лестнице невозможна. СМАД – зарегистрирована мягкая постоянная систоло–диастолическая артериальная гипертензия с выраженными особенностями – высокие показатели утреннего прироста по скорости и по величине ДАД, по скорости САД. Рентгенография грудного отдела позвоночника. Межпозвоночный остеохондроз и деформирующий спондилез грудного отдела позвоночника. Рентгенография шейного отдела позвоночника. Межпозвоночный остеохондроз и деформирующий спондилез шейного отдела позвоночника. Рентгенография пояснично–крестцового отдела позвоночника. Межпозвоночный остеохондроз пояснично–крестцового отдела позвоночника. МРТ головного мозга. Очаг ишемии в области ствола височной и теменной долях слева зона ишемии 100x37x40 мм. Срединные структуры не смещены.

**Топический диагноз.** Двигательные расстройства в виде центрального правостороннего гемипареза свидетельствуют о поражении пирамидного пути проходящего в бассейне левой СМА. Контралатеральный гемипарез в данном случае может быть обусловлен патологией пирамидного пути на отрезке от коры передней центральной извилины до нижней части продолговатого мозга, предварительно пройдя через заднее бедро внутренней капсулы, в её передних 2/3; где на границе со спинным мозгом совершается перекрест и далее волокна попадают в боковые столбы спинного мозга противоположной стороны и заканчиваются у клеток передних рогов каждого сегмента. Центральный паралич XII п: ядро подъязычного нерва получает корковую иннервацию с одной, противоположной, стороны. При поражении внутренней капсулы возникает

центральный паралич на противоположной стороне, и язык отклоняется в пораженную сторону. Бульбарный паралич развивается при поражении продолговатого мозга, где находятся ядра IX, X, XII пар нервов; связей в стволе или самих нервов. Чувствительные расстройства в виде правосторонней гемигипестезии предполагают поражение волокон проходящих в задней 1/3 заднего бедра внутренней капсулы слева (талямо–кортикальный тракт).

**Клинический диагноз. ЦВБ: Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в вертебро–базиллярном бассейне острый период – с легкой дизартрией, с лёгким правосторонним гемипарезом, бульбарными нарушениями, умеренными интеллектуально–мнестическими проявлениями, астено–невротическим синдромом.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Vinpocetini 10 мг + р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Cerebrolysini 10 мл+ р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Losartani+ Hydrochlorothiazidi по 1 таб. 1 раз в день; ЛФК; массаж верхних и нижних конечностей; занятия с логопедом.

### **Клинический пример №108**

Женщина 68 лет поступила в отделение с жалобами на нарушение речи, общую слабость, головокружение, головную боль, нарушение координации.

**Анамнез заболевания.**

Заболела остро день назад, когда около 9–00 утра, после сна, проснулась и ощутила резкую общую слабость, не могла четко произносить слова «каша во рту», не удавалось подняться с кровати из-за сильной головной боли и головокружения. АД= 195/100. В течение нескольких часов не видела правым глазом. Самостоятельно приняла эпап Н. Состояние не улучшалось. На следующий день вызвала скорую помощь. Госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Росла и развивалась в соответствии с возрастом. Наследственные заболевания отрицает. ОНМК 2 года назад, восстановилась полностью. ЧМТ, ИМ, СД, МА отрицает. Страдает гипертонической болезнью, ежедневно принимает эпап Н, *Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi*. Операции – аппендэктомия. Аллергические реакции – на антибиотики из группы цефалоспоринов (крапивница).

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Речь–дизартричная. Патологические рефлексы:

Бабинского положительный с 2– сторон. **Координаторная сфера.** КП выполняет неточно с 2–х сторон. В позе Ромберга шаткость из-за слабости в конечностях.

**Топический диагноз.** Положительный симптом Бабинского и 2–х стороннее симметричное оживление глубоких рефлексов говорит о центральном поражении. Нарушение речи, говорит нам о поражении, вероятнее всего, ствола головного мозга (продолговатого мозга, на уровне VII, IX, X, XII пар ЧМН).

**Результаты дополнительных методов исследования.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, КТ головного мозга без особенностей. УЗДС БЦА – незначимый стенозирующий атеросклероз БЦА. Стеноз правой ОСА до 20% , левой ВСА 25%. Снижение скоростных показателей кровотока по правой ВСА. Извитость позвоночных артерий на уровне СIII–CIV–CV–CVI–I сегмент, кровотоков по позвоночным

артериям достаточный. ЭХО–КГ: расширение полости левого предсердия. Утолщение стенок левого желудочка. Сократительная способность миокарда ЛЖ удовлетворительная ФВ 56%. Уплотнение створок аортального, митрального клапанов. Недостаточность митрального клапана 2–3ст, недостаточность трикуспидального клапана 2 ст, недостаточность аортального клапана 1 ст. Окулист Ангиопатия сетчаток. Осмотр кардиолога. ИБС. Кардиосклероз атеросклеротический. Атеросклероз аорты, коронарных и церебральных артерий. Гипертоническая болезнь III, риск 4. ХСН IIА. ФК II.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Повторный ишемический инсульт (атеротромботический подтип) в вертебро–базилярном бассейне на фоне гипертонической болезни 3, риск 4, церебрального атеросклероза. ИБС. Кардиосклероз атеросклеротический, атеросклероз аорты, коронарных и церебральных артерий. Гипертоническая болезнь III, риск 4. ХСН IIА. ФК II.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 500 мл+ Insulini solubilis R 14ЕД+ р–р KCl 4% 10 мл+ р–р MgSO4 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Aethylmethylhydroхурpyridini succinatis 5% 5 мл + р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Cerebrolysin 10 мл+ р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; таб. Enalapril 5 мг 1 раз в день утром; таб. Captopril 25 мг под язык на фоне повышенного АД; таб. Atorvastatin 20 мг по 1 таб. 1 раз в день вечером; таб. Amlodipin 5 мг по 1 таб. 1 раз в день.

### **Клинический пример №109**

Женщина 41 год поступила в отделение с жалобами на снижение левого поля зрения левого глаза, головную боль, давящего характера

преимущественно локализованную в лобной и височных областях, общую слабость, головокружение, резкую шаткость при ходьбе.

**Анамнез заболевания.** Три дня назад утром после душа сушила голову феном и резко почувствовала потемнение в глазах, сознание не теряла, немного позже заметила снижение левого поля зрения левого глаза, самостоятельно обратилась к врачу по месту жительства. Была проконсультирована окулистом, поставлен диагноз: врождённая катаракта левосторонняя, гомонимная гемианопсия, направлена в дневной стационар. Получала лечные препаратами: Dextrani, Actovegini, Acidi nicotinic. На фоне терапии улучшение не наступило, поле зрения не восстановилось, появилась резкая шаткость при ходьбе. Повторно обратилась за помощью, была госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, была 3 ребёнком, роды проходили без осложнений, ходить начала в 1 год развивалась нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Последние 1,5–2 года отмечает повышение АД до 140/90 принимала атенолол. Перенесённые заболевания: ангина, краснуха. Аллергии на пищевые продукты и лекарственные средства не отмечает.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** II пара – n. opticus: острота зрения каждого глаза снижена. Цветовосприятие не нарушено, отмечена левосторонняя гемианопсия. Мигательный рефлекс слева отрицательный, справа положительный. VIII пара – n. Vestibulocochlearis: отмечает головокружение во время подъема АД. **Двигательная система.** Походка шатающаяся, неустойчивая. Пальценосовую, пяточно–коленную пробы выполняет неуверенно, с мимо попаданием. Снижение силы мышц в руках до 4 х баллов. Координация нарушена, пальценосовую, пяточно–коленную, пальце–указательную пробы выполняет неуверенно. В позе Ромберга неустойчива. Патологические рефлексы: Флексорные (Россолимо) – положительный больше справа.

**Топический диагноз.** Можно предположить, что у больной произошёл инсульт. Очаг находится в вертебрально–базиллярной системе, с поражением зрительных проводников, пучка Грасиоле в области внутренней сумки.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи без особенностей. ЭКГ – выявляется гипертрофия левого желудочка, нарушения проводимости и нарушения метаболических процессов в миокарде. Рентгенография органов грудной клетки, ЭХО – кардиограмма без особенностей. Дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий – эхографических признаков поражения брахиоцефальных артерий экстракраниального отдела не выявлено. Кровоток в норме. Рентгенография шейного отдела позвоночника – межпозвонковый остеохондроз и деформирующий спондилез шейного отдела позвоночника. СМАД. По данным СМАД зарегистрирована мягкая постоянная систоло–диастолическая артериальная гипертензия с выраженными особенностями – высокие показатели утреннего прироста по скорости и по величии ДАД, по скорости САД.

**Клинический диагноз. ЦВБ ОНМК по ишемическому типу в вертебрально– базиллярном бассейне (гемодинамический подтип). Гомонимная левосторонняя гемианопсия, выраженные координаторные расстройства. Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4. Церебральный атеросклероз.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Vinpocetini 10 мг + р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Cerebrolysini 10 мл + р–р NaCl 0,9% 5 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Losartani+ Hydrochlorothiazidi по 1 таб. 1 раз в день; ЛФК; массаж шейного отдела позвоночника.

## Клинический пример №110

Мужчина 55 лет поступил в отделение с жалобами на не четкость речи, её смазанность, невозможность правильно составить предложение, неподвижность правой половины лица, пошатывание при ходьбе, легкую слабость в левой стопе и левой руке, изменение почерка, головную боль, «мушки» перед глазами, шум в ушах, головокружение.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больным сегодняшнего дня, когда после ночной смены на работе с утра почувствовал внезапную сильную головную боль, невозможность правильно выстроить предложение при разговоре с коллегами, невозможность попасть предмет по предмету, слабость в левой стопе и левой руке. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи, которая измерила давление, при этом цифры АД были 230/130 мм.рт.ст. Больной был госпитализирован в больницу. Со слов больного в течение 8 лет страдает повышением артериального давления. Максимальные цифры 230/130 мм.рт.ст. В момент повышения артериального давления беспокоят сильные головные боли, боли в области сердца, головокружение, «мушки» перед глазами, шум в ушах. С жалобами на повышение АД больной к врачу не обращался.

**Анамнез жизни.** Первый ребёнок в семье. Динамика роста и развития соответствовала средним показателям. Перенесенные заболевания ОРЗ, скарлатина. В студенческие годы перенес пневмонию. Вредные привычки: курит в течение 20 лет по 1 пачке в день. Со слов пациента последние два года алкоголь не употребляет. Венерические, онкологические заболевания, туберкулёз, сахарный диабет, вирусные гепатиты отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность: отец и мать больного страдали повышением артериального давления. Перенесенные операции пациент отрицает.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.



**Неврологический статус. Черепные нервы.** VII пара: носогубные складки сглажены справа, вкус на передних 2/3 языка сохранен. VIII пара: горизонтальный крупноразмашистый нистагм в обе стороны. В позе Ромберга пошатывание вправо. IX, X пара: речь приглушена, глоточные рефлексы невысокие. XII пара: язык при высовывании отклоняется влево.

**Двигательная система.** Слабость в левой стопе и левой руке, мышечный тонус выше в левой руке и ноге. Сгибательно–локтевой, разгибательно–локтевой, карпо–радиальный рефлексы выше слева. Бабинского положительны с двух сторон.

**Система координации.** Пальценосовая, пяточно–коленная пробы: мимопопадание, интенция (больше слева, больше в ноге), проба на дисметрию положительна. Проба Ромберга – пошатывание вправо.

**Топический диагноз.** Патологический процесс у больного расположен на границе нижней части моста, (где находится ядро n. facialis, а также проходят в близком соседстве двигательные пирамидные волокна) и верхнего отдела продолговатого мозга, содержащего в своем составе ядро n. hypoglossi, что при таком топическом положении патологического очага в клинике проявляется периферическим парезом лицевого нерва на стороне поражения (справа) и центральным парезом противоположных конечностей (в данном случае слева), иначе называемым hemiplegia alternans facialis или альтернирующий синдром Мийяра – Гублера с сопутствующим поражением в виде периферического пареза подъязычного нерва (n. hypoglossus) слева, что клинически проявляется дизартрией, отклонением языка в сторону очага поражения, т.е. влево в связи с тем, что m. genioglossus здоровой стороны, выдвигая язык вперед сильнее, сдвигает его в направлении слабой половины.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови – СОЭ 15 мм/ч. Биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. Общий анализ крови: Окулист: ДЗН бледно–розового цвета,

границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Вены расширены, неполнокровны. Ангиосклероз сетчатки. Гиперметропия.

**Клинический диагноз. ЦВБ, Ишемический инсульт в вертебро – базилярном бассейне с левосторонним гемипарезом, периферическим парезом лицевого нерва справа (синдром Мийяра – Гублера), периферическим парезом подъязычного нерва слева, умеренной мозжечковой атаксией на фоне гипертонической болезни III риск ССО 4, церебрального атеросклероза.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Heparini natrii 5000 ME п/к 4 раза в сутки; р–р Pentoxifyllini 2% 5 мл + р–р NaCl 0,9% 500 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Dextrani 400 мл в/в капельно 2 раза в день; р–р Polypeptides of the cerebral cortex of cattle 0,02% 1 мл в/м; р–р Actovegini 5 мл + р–р NaCl 0,9% 1000 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Hexobendini + Aethamivani + Aethophyllini 1 мл по 2 мл 2 раза в день; р–р Cinnarizini 10 мл по 3 мл в/в 1 раз в день; р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день.

### **Клинический пример №111**

Женщина 75 лет поступила в отделение с жалобами на ухудшение памяти, головокружение, усиливающееся при изменении положения тела, шаткость при ходьбе, двоение в глазах, общую слабость.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной в течение недели, когда на фоне повышения АД до 160/100 мм рт.ст. появилось головокружение, шаткость при ходьбе, ухудшилась память – стала забывать, где она живет,

имена родственников. Сегодня состояние ухудшилось, не узнавала родственников, предметы. Родственниками вызвана бригада СМП. Госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Гипертоническая болезнь длительно. Максимально АД до 210/120 мм рт.ст., адаптирована к АД 130/80 мм рт.ст., постоянно принимает Atorvastatini 20 мг, перинева 4 мг, беталок 50 мг, Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг ОНМК дважды пять лет и три года назад. ЧМТ, сахарный диабет, вирусный гепатит, туберкулез, онкозаболевания, вензаболевания отрицает. Операции: холецистэктомия, по поводу папилломы мочевого пузыря, аортокоронарное шунтирование с тех пор принимает варфарин по 1 таб, МНО в пределах 1,2, в течение нескольких месяцев не принимает после геморроидального кровотечения. Аллергологический анамнез: милдронат – сыпь.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывание. Динамическая атаксии – пальце–носовую пробу выполняет с промахиванием с обеих сторон.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи без особенностей. КТ головного мозга КТ–картина смешанной гидроцефалии, энцефалопатия. УЗДС БЦА. Признаки гемодинамически незначимого стенозирующего атеросклероза БЦА. Стеноз правой ОСА до 28%, левой – 32%. Извитость позвоночных артерий на уровне СIII – CIV – CV – CVI – I сегмент, со сниженным неустойчивым кровотоком. ТКДС: не лоцируются. УЗИ сердца. Расширение полости левого предсердия. Утолщение стенок левого желудочка. ФВ – 58 %. Уплотнение, створок аортального, митрального клапанов. Недостаточность митрального клапана 1 ст., недостаточность трикуспидального клапана 1 ст. Уплотнение аорты. ЭКГ: ритм синусовый. ЭОС не отклонена. Выраженные изменения верхушки, боковой стенки. Офтальмолог: артификация, ангиосклероз сетчатки.

**Топический диагноз.** В ходе обследования у пациентки выявляется: вестибуло–атактический синдром, синдром постуральной неустойчивости, легкие псевдобульбарные нарушения, эмоциональная лабильность, синдром цефалгии. Данные нарушения характерны для поражения нервной системы в ВББ.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Ишемический инсульт (неуточненный подтип) в вертебро–базиллярном бассейне на фоне гипертонической болезни 3, риск 4, церебрального атеросклероза. ИБС. Стабильная стенокардия. ФК II. Кардиосклероз атеросклеротический и постинфарктный. АКШ. Атеросклероз аорты, коронарных, церебральных артерий. Гипертоническая болезнь III, риск 4. ХСН II А. ФК II–III.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 200 мл+ Insulini solubilis R 6ЕД+ р–р KCl 4% 10 мл+ р–р MgSO<sub>4</sub> 25% 5 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Aethylmethylhydroхурpyridini succinatis 5% 5 мл + р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Cerebrolysin 5 мл в/м 1 раз в день; таб. Enalapril 5 мг 2 раза в день; таб. Amlodipini 5 мг по 1 таб. 1 раз в день на ночь при АД 140/90; таб. Atorvastatini 20 мг по 1 таб. 1 раз в день вечером; таб. Acidi acetylsalicylici 100 мг по 1 таб на ночь; таб. Inosine + Nicotinamide + Riboflavin + Succinic acid 300 мг по 2 таб 2 раза в день; консультация кардиолога.

## **Клинический пример №112**

Мужчина 68 лет поступил в отделение с жалобами на головную боль, двоение в глазах, усиливающееся при взгляде влево, головокружение.

**Анамнез заболевания.** Вышеописанная симптоматика появилась день назад, когда на фоне повышения АД до 180/100 появилось двоение в глазах, сильная головная боль в затылочной области. Принял гипотензивные средства. На следующий день состояние не улучшилось, вызвал СМП. Госпитализирован.

**Анамнез жизни.** Гипертоническая болезнь, максимально АД до 200/100 мм рт.ст., адаптирован к АД 130/80 мм рт.ст., ОНМК, ЧМТ, ОИМ, сахарный диабет, вирусные гепатиты, онкозаболевания, венерические заболевания отрицает. Со слов 6 лет назад перенес туберкулез. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** II Зрительный нерв. Зрение снижено, гиперметропия. III Глазодвигательный, IV блоковый, VI отводящий нервы. Легко выраженное расходящееся косоглазие. Мелкоразмашистый нистагм в крайних отведениях. Диплопия при бинокулярном зрении, усиливающаяся при взгляде влево. VIII. Слуховой нерв. Установочный нистагм в крайнем отведении. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга пошатывание. Динамическая атаксия – пальце–носовую пробу выполняет с промахиванием с обеих сторон.

**Топический диагноз.** В ходе обследования у пациента выявляется: вестибуло–атактический синдром, синдром постуральной неустойчивости. Поражение левого отводящего нерва. Эмоциональная лабильность. Синдром цефалгии.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи без особенностей. КТ головного мозга КТ–картина смешанной гидроцефалии с признаками сосудистой энцефалопатии. МРТ головного мозга – МР картина смешанной заместительной гидроцефалии. Очаговые изменения головного мозга дистрофического характера, проявления дегенеративной микроангиопатии. Зона структурных изменений в левой ножке мозжечка. МРТ сосудов

головного мозга – МР–картина может соответствовать тромбозу правой позвоночной артерии. Небольшая девиация основной артерии вправо. Признаки атеросклеротических изменений церебральных артерий. Вариант развития Виллизиевого круга, в виде снижения кровотока по задним соединительным артериям. УЗДС БЦА – признаки атеросклероза БЦА. Стеноз левой внутренней сонной артерии:35–40%. Окклюзия правой позвоночной артерии. Компенсаторное усиление кровотока по левой позвоночной артерии. ЭХО КГ: Полости сердца не расширены. Сократимость миокарда левого желудочка удовлетворительная. ФВ – 66%. Уплотнение стенок аорты, створок аортального, митрального клапанов. Недостаточность митрального клапана 0–I ст., недостаточность трикуспидального клапана 0–I ст. ЭКГ– Ритм синусовый. ЭОС вертикальная. Диффузные изменения миокарда. R–графия легких –Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого. КТ органов грудной клетки – КТ–картина пневмофиброза в верхней доле правого легкого, эмфизема легких. Консультация пульмонолога: Посттуберкулезные изменения в правом легком? Консультация фтизиатра. Данных за активный туберкулез нет. Офтальмолог: Ангиосклероз сетчаток.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Ишемический инсульт в вертебро–базиллярном бассейне (атеротромботический подтип) с формированием структурных изменений в левой ножке мозжечка (по данным МРТ) на фоне тромбоза правой позвоночной артерии (по данным МРА головного мозга), гипертонической болезни III ст., риск 4, церебрального атеросклероза. ИБС. Стабильная стенокардия ФК III, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (по анамнезу), кардиосклероз атеросклеротический, атеросклероз**

**аорты, коронарных артерий. ХСН IIА ФК III. ХОБЛ II ст, ремиссия. Пульмосклероз.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Heparini natrii 5000 ME п/к 4 раза в сутки; р–р Dextrosi 10% 200 мл+ Insulini solubilis R 6ЕД+ р–р KCl 4% 10 мл+ р–р MgSO<sub>4</sub> 25% 5 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Aethylmethylhydroxyuridini succinatis 5% 5 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в 1 раз в день; р–р Cerebrolysini 5 мл в/м; таб. Enalaprilii 5 мг 2 раза в день; таб. Amlodipini 5 мг по 1 таб. 1 раз в день на ночь при АД выше 140/90; таб. Atorvastatini 20 мг по 1 таб. 1 раз в день вечером; таб. Acidi acetylsalicylici 100 мг по 1 таб на ночь;

### **Клинический пример №113**

Мужчина 73 года поступил в отделение с жалобами на слабость и онемение левых конечностей, головную боль, головокружение, общую слабость, невозможность самостоятельно передвигаться.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро, когда около 7–00 утра, после сна, проснулся и ощутил слабость в левой половине тела, больше в руке. При попытке встать с кровати «кружилась голова, мелькали мушки перед глазами», подташнивало. АД= 180/100 мм рт. ст. Самостоятельно ничего из лекарственных препаратов не принимал. Жена вызвала скорую медицинскую помощь. Был госпитализирован.

**Анамнез жизни.** Рос и развивался в соответствии с возрастом. Наследственные заболевания отрицает. ОНМК, ЧМТ, СД, МА отрицает. ИМ 2 год назад. Страдает гипертонической болезнью, ежедневно никаких лекарственных препаратов не принимает. Отрицает вирусный гепатит, туберкулез, онкологические заболевания. Операции – удаление желчного пузыря. Аллергические реакции – отрицает.

**Объективное исследование.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** XII пара – подъязычный нерв. Язык расположен во рту и при высовывании отклоняется вправо. Дизартрия. **Двигательная система.** Сухожильные рефлексы D<S. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы в руке до 3 баллов, в ноге до 3–4 баллов. Патологические рефлексы: Бабинского положительный слева. **Координаторная сфера.** КП выполняет с промахиванием с двух сторон, грубее слева. В позе Ромберга шаткость из-за слабости в левых конечностях.

**Топический диагноз.** Гемипарез левых конечностей до 3 баллов руке и 3–4 в ноге, свидетельствует о одностороннем расположении очага в правом полушарии. Развитие парезов проявляется по центральному типу, что свидетельствует о надъядерном поражении (кортико–нуклеарного тракта). Так как средняя мозговая артерия кровоснабжает большую часть подкорковых узлов, то это может говорить об инфаркте в бассейне правой средней мозговой артерии.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи без особенностей. УЗДС БЦА – незначимый стенозирующий атеросклероз БЦА. Стеноз правой ОСА до 20%. Снижение скоростных показателей кровотока по правой ВСА. Извитость позвоночных артерий на уровне СIII–СIV–CV–СVI–I сегмент, кровотоков по позвоночным артериям достаточный. ЭКГ – ритм синусовый. ЭОС горизонтальная. Выраженные изменения верхушки, боковой стенки миокарда. ЭХО–КГ – расширение полости левого предсердия. Утолщение стенок левого желудочка. Сократительная способность миокарда ЛЖ удовлетворительная ФВ 58%. Уплотнение кальциноз створок аортального, митрального клапанов. Недостаточность митрального клапана 2ст, недостаточность трикуспидального клапана 2 ст, недостаточность аортального клапана 1 ст, уплотнение аорты. Диастолическая дисфункция 1 тип. Окулист. Ангиопатия сетчатки. Осмотр кардиолога. ИБС. Кардиосклероз



постинфарктный и атеросклеротический. Атеросклероз аорты, коронарных и церебральных артерий. Гипертоническая болезнь III, риск 4. ХСН IIА. ФК II.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Ишемический инсульт (лакунарный подтип) в вертебро–базилярном бассейне на фоне гипертонической болезни 3, риск 4, церебрального атеросклероза, перенесенного инфаркта миокарда. ИБС. Кардиосклероз постинфарктный и атеросклеротический. Атеросклероз аорты, коронарных и церебральных артерий. Гипертоническая болезнь III, риск 4. ХСН IIА. ФК II.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 250 мл+ Insulini solubilis R 8 ЕД+ р–р KCl 4% 10 мл+ р–р MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Нeparini natrii 5000 ME п/к 4 раза в сутки, в течение 3–5 дней, затем переход на 2 500 ME 4 раза в сутки; р–р Cerebrolysin 10 мл+ р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Aethylmethylhydroxypyridini succinatis 5% 5 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день;; таб. Enalapril 5 мг 1 раз в день утром; таб. Captopril 25 мг под язык на фоне повышенного АД; таб. Atorvastatin 20 мг по 1 таб. 1 раз в день вечером; таб. Amlodipin 5 мг 1 раз в день.

## **ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В БАССЕЙНЕ ЗАДНЕЙ МОЗЖЕЧКОВОЙ АРТЕРИИ.**

### **Клинический пример №114**

Мужчина 54 года поступил в отделение с жалобами на общую слабость, головокружение, слабость в левой руке и в левой ноге, снижение температурной и болевой чувствительности в левой руке и ноге. Легкое затруднение акта глотания, затруднение речи. Отмечает несильные головные боли, непостоянные, могут возникать и днем и ночью, захватывают всю

голову. Отмечает небольшое снижение памяти. Шаткость при ходьбе больше вправо. Периодическое повышение АД до 160/90 мм.рт.ст. при нормальном АД 130/80 мм.рт.ст. При физической нагрузке отмечает периодические боли в шейном и поясничном отделах позвоночника.

**Анамнез заболевания.** На протяжении последних 10 лет страдает гипертонической болезнью. 2 года назад выставлен диагноз сахарного диабета тип 2– принимает Metformini 500 – 2 таблетки на ночь. Два года назад в течение суток отмечал сильное головокружение, рвоту, онемение левой половины тела, повышение АД. За медицинской помощью не обращался, АД купировал самостоятельно. Онемение прошло в течение суток. После этого случая были неоднократные подъёмы АД, по поводу чего лечился амбулаторно. Ухудшение самочувствия – месяц назад, когда остро возникло нарушение речи, слабость в левых конечностях, шаткость при ходьбе вправо. Был в отпуске, за медицинской помощью не обращался.

**Анамнез жизни.** Рос и развивался нормально. Из перенесенных заболеваний отмечает: гипертоническая болезнь 2 риск 4. Сахарный диабет тип 2, средней тяжести субкомпенсация. Туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит. Аллергологический анамнез не отягощен. Лекарственной и другой аллергии нет.

**Объективное исследование.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Высшие корковые функции.** Речь. Дизартрия. Больной произносит слова медленно, но не по слогам. **Черепные нервы.** III, IV, VI пара – глазодвигательные, блоковидные, отводящие нервы: не доводит левое глазное яблоко до крайней спайки примерно на 2 мм. Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм справа. VIII пара – острота слуха снижена, больше справа. Речь различает. Временами отмечает головокружения. Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм справа. IX, X пара – языкоглоточные и блуждающие нервы: глотание затруднено, паралич мягкого неба справа. Голос осиплый, нарушена артикуляция. Отмечает легкое поперхивание при еде, сухость во рту. **Двигательная система.**

Походка: немного подволакивает левую ногу. Наблюдается не сильно выраженная шаткость при ходьбе (больше вправо). Сила в мышцах плеча, предплечья, кисти и пальцев правой руки 5 баллов, левой руки – 4 балла. Движения нижних конечностей в полном объеме. Сила мышц левого бедра, голени и стопы 4 балла, правого бедра, голени и стопы – 5 баллов. Мышечный тонус в правой руке, ноге – равномерный во всех группах мышц, равномерно повышен в левой руке и ноге. Сухожильные и периостальные рефлексы: повышение рефлексов мышечного тонуса в левой руке, левой ноге. Кожные рефлексы: брюшной рефлекс сохранен D>S. Подошвенный рефлекс на правой ноге снижен, на левой – отрицательный. Симптом Бабинского слабopоложительный слева. **Координаторная сфера.** В позе Ромберга не устойчив. Пяточно–коленную пробу выполняет справа с незначительным интенционным дрожанием. Пальценосовую пробу выполняет несколько неуверенно, при выполнении пробы правой рукой появляется небольшое интенционное дрожание. Отмечена небольшая дисметрия. Рефлексы орального автоматизма: назо–лабиальный, хоботковый, сосательный, дистанс–оральный и ладонно–подбородочный рефлексы слабо положительные.

**Топический диагноз.** На основании осмотра больного можно сделать вывод о наличии у него очага поражения в продолговатом мозгу. У больного отмечается синдром Валленберга – Захарченко: нистагм, затруднение речи и глотания, гипакузия, атаксия на правой стороне, аналгезия и терманестезия, центральный парез на левой стороне тела. Синдром Валленберга – Захарченко обусловлен поражением ретрооливарных латеральных отделов продолговатого мозга и мозжечка. На стороне поражения отмечается паралич мышц гортани, глотки, мягкого неба (поражение ядер IX – X пар нервов), мозжечковые нарушения (обусловлены поражением мозжечка и его нижней ножки). На противоположной очагу стороне вследствие поражения спино–таламического пути имеет место расстройство болевой и температурной чувствительности на туловище и конечностях. Глубокая и

тактильная чувствительность сохраняются. Симптомы поражения пирамидного тракта несильно выражены на противоположной стороне. Часто имеют место головокружение и нистагм, связанные с поражением вестибулярных ядер, нистагм больше выражен при повороте глаз в сторону поражения. Сухость во рту может быть следствием поражения ядра IX нерва. Синдром Валленберга – Захарченко возникает при нарушении кровообращения в бассейне нижней задней артерии мозжечка.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи без особенностей. ЭКГ. Ритм синусовый. ЭОС – горизонтальное положение ЧСС 80 в минуту. Гипертрофия левого желудочка. Окулист: ангиосклероз сосудов сетчатки. Эндокринолог: сахарный диабет тип 2 средней тяжести субкомпенсации. Рентгенография органов грудной клетки. Очаговых и инфильтративных изменений лёгочных полей не выявлено, диффузный пульмосклероз, гипертрофия левого желудочка. УЗДС БЦА. Атеросклеротическое поражение стенок БЦА, выявлены признаки стенозирования до 35–40 % НСА слева, ВСА справа до 30 %. МРТ головного мозга. МР картина единичных очагов правой и левой лобной доли характерные для микроангеопатии. Ишемическое НМК в стволе головного мозга подострый период.

**Клинический диагноз. ЦВБ ОНМК по ишемическому типу в бассейне задней нижней артерии мозжечка (синдром Валленберга – Захарченко) с левосторонним умеренным гемипарезом, ранний восстановительный период на фоне гипертонической болезни 3 риск ССО 4, церебрального атеросклероза, сахарного диабета.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Citicolini 4 мл+ р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в 1 раз в день; р–р Cerebrolysini 10 мл+ р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб.

Enalaprili 5 мг по 1 таб. 2 раза в день; таб. Indapamidi 2,5 мг по 1 таб. утром; Gliclazidi 40 мг утром; таб. Metformini 500 мг 2 таб вечером; ЛФК; массаж верхних и нижних конечностей; занятия с логопедом.

## Клинический пример №115

Мужчина 55 лет поступил в отделение с жалобами на нарушение зрения.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больным в течение недели, когда проснувшись после сна, заметил нарушение зрения (считает что не видит правый глаз). За медицинской помощью не обращался, адекватного лечения не получал.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок, вторым ребёнком. Рос и развивался нормально. В настоящий момент не работает. Наличие соматических заболеваний отрицает. Ранее не обследован, лечение не получал. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** II пара (n.opticus) – острота зрения снижена на оба глаза. Правосторонняя гомонимная гемианопсия.

**Топический диагноз.** Данная ситуация развивается при выключении зрительных проводников–зрительной лучистости в области внутренней капсулы или в глубине теменно–височно–затылочной доли (центральная гемианопсия).

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи без особенностей. ЭКГ – фибрилляция предсердий, нормоформа, ЧСС 62 уд. в мин. ЭОС в норме. УЗДС брахиоцефальных сосудов эхографические признаки гипертонической макроангиопатии; стенозирующего атеросклероза БЦА. Гемодинамические

признаки значимого стеноза просвета ПА более 70% по диаметру (в V2 ? сегменте). Признаки дефицита кровотока в обеих СМА, обеих ЗМА, правой ПА (V1–V4 сегментах). ЭХО – КГ – изменение створок АК, АР 0– I ст. Расширение ЛП, МР I ст. Нарушение локальной сократимости миокарда ЛЖ. КТ головного мозга – очаг острой ишемии слева в затылочной доле (60\*30\*33мм). Консультация офтальмолога – ОУ ангиосклероз сетчатки. Правосторонняя гомонимная гемианопсия.

**Клинический диагноз. ЦВБ: острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в ЗМА слева (кардиоэмболический вариант) с правосторонней гомонимной гемианопсией, на фоне стенозирующего атеросклероза брахиоцефальных сосудов, гипертонической болезни III риск ССО4, церебрального атеросклероза, фибрилляции предсердий. ИБС. Аритмический вариант, перманентная форма фибрилляции предсердий. Кардиосклероз атеросклеротический. Атеросклероз аорты и коронарных артерий ХСН II А. ФК II.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Inosine + Nicotinamide + Riboflavin + Succinic acid 10 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Actovegini 5 мл + р–р NaCl 0,9% 50 мл в/в 1 раз в день; р–р Heparini natrii 5000 МЕ п/к живота 4 раза в сутки; таб. Glycini 100 мг по 1 таб. 3 раза в день(под язык); ЛФК.

### **Клинический пример №116**

Мужчина 60 лет поступил в отделение с жалобами на головные боли, локализирующие по всей голове, постоянного характера, тошноту, затруднения при глотании: невозможность проглотить жидкую или твердую пищу. При

этом появляется выраженный кашель и больной отхаркивает пищу, общую слабость.

**Анамнез заболевания.** Больной в течении двух лет страдает гипертонической болезнью. Постоянно принимает Enalapril. День назад больной отмечал подъем артериального давления, тошноту, рвоту, нарушение походки, затруднения при глотании. Находился дома. На следующий день вызвал скорую помощь. При осмотре врачами скорой помощи выявлено повышение артериального давления. Вводились препараты от давления. Состояние не улучшалось. Госпитализирован.

**Анамнез жизни.** Рос и развивался нормально. Жилищно– бытовые условия хорошие. Инвалидности не имеет. Из перенесённых заболеваний отмечает простудные. Туберкулёз, гепатит, онкологические и венерические заболевания отрицает. Алергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Периодические головные боли возникают на фоне повышенного АД, психо–эмоциональных нагрузок, в лобной и затылочной областях в любое время суток. Головные боли могут сопровождаться тошнотой. **Черепные нервы.** II пара(n.opticus) – (n.oculomotorius), IV(n.trochlearis, VI (n.abducens): глазные щели D>S, слева уже зрачок. VII (n. facialis) – лицо асимметрично, из–за сглаженности левой носогубной складки. VIII (n.vestibulocohlearis) – нистагм горизонтальный с большой амплитудой, с ротаторным компонентом. IX(n. glossopharyngeus), X (n.vagus) – дисфагия (поперхивание твердой и жидкой пищей). Положителен хоботковый назолабиальный рефлекс, рефлекс Бабинского слева. **Двигательная система.** Сила в конечностях хорошая. Небольшое повышение тонуса в левых конечностях по спастическому типу. Сухожильные рефлексы повышены с сухожилия бицепса C5–6, трицепса C7–8, коленный L2–L4, ахиллов S1–2 слева. Клонусов подбородка, кистей, ягодичных мышц, коленной чашечки, стопы не выявлено. Периостальные рефлексы – карпорадиальный C5–8 повышен слева. Поверхностные

рефлексы – брюшные D>S. Патологические рефлексы – выявляется рефлекс Бабинского слева, рефлексы орального автоматизма–хоботковый, назолабиальный. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга неустойчив. Динамическая атаксии – пальце–носовую пробу выполняет с выраженной интенцией слева. Пяточноколенная выполняет с интенцией слева. проба на диadoхокинез и дисметрию положительны слева.

**Схема чувствительности.** Поверхностная чувствительность: нарушена болевая чувствительность по церебральному проводниковому типу, в виде правосторонней гемигипестезии.

**Топический диагноз.** Бульбарный паралич развивается при поражении продолговатого мозга, где находятся ядра IX, X, XII пар нервов; связей в стволе или самих нервов, однако в нашем случае. Учитывая локализацию очага поражения в задней черепной ямке данный синдром является компрессионным. Чувствительные расстройства в виде правосторонней гемигипестезии предполагают симптом сдавления ствола мозга. Нарушение координации говорит о поражении левого полушария мозжечка.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи без особенностей. ЭКГ. Ритм синусовый правильный. Нормальное положение ЭОС. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Умеренно выраженные диффузные изменения миокарда. Рентгенография легких. Легочный рисунок усилен. и деформирован за счет пульмосклероза в нижних отделах, корни частично перекрывают расширенной тенью средостения. УЗИ органов ЖКТ – УЗ–признаки гепатомегалии, биллиарного спазма в желчном пузыре. Хронический панкреатит. Спиральная компьютерная томография. КТ признаки могут соответствовать ОНМК по ишемическому типу в бассейне ЛЗМА и нижних мозжечковых артерий, арахноидальной кисты в правой гемисфере мозга, внутренней гидроцефалии. Магнитно–резонансная томография. МР–признаки наличия патологического участка в веществе левой гемисферы мозжечка – может соответствовать подострому



НМК по ишемическому типу. Ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий. Эхографические признаки нестенозирующего поражения каротидных артерий атеросклеротического генеза. ЛПА малого диаметра.

**Клинический диагноз. ЦВБ: Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в нижней задней мозжечковой артерии (атеротромботический подтип) с бульбарными и координаторными нарушениями на фоне гипертонической болезни 3 ст. Риск ССО 4 ст, церебрального атеросклероза.**

**Рекомендации по лечению.** Р-р Aminoacids for parenteral nutrition + Other medicines 10% 500 мл внутривенно капельно 2 раза день; р-р Emulsa ad nutritionem parenteralem 20% 500 мл в/в капельно; р-р Meglumini natrii succinatis 500 мл в/в капельно; р-р Aethylmethylhydroхуридини succinatis 5% 5 мл в/в струйно; р-р Actovegini 5 мл + р-р NaCl 0,9% 200 мл в/в 1 раз в день; р-р Heparini natrii 5000 МЕ п/к живота 4 раза в сутки; р-р Dextrosi 10% 200 мл+ Insulini solubilis R 6ЕД+ р-р KCl 4% 20 мл+ р-р MgSO4 25% 20 мл в/в капельно 1 раз в день; р-р Omeprazoli 40 мг + р-р NaCl 0,9% 10 мл в/в струйно 1 раз в день; ЛФК; массаж верхних и нижних конечностей; занятия с логопедом.

## **ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В БАССЕЙНЕ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ.**

### **Клинический пример №117**

Мужчина 70 лет поступил в отделение с жалобами на (со слов жены, вследствие нарушения речи больного), на отсутствие самостоятельной речи,

отсутствие движений в правой руке и ноге, перекос лица, эпизодические головные боли диффузного характера, шум в голове, периодические головокружения, ухудшение памяти на текущие события, быструю утомляемость, неустойчивое, чаще повышенное артериальное давление, эпизодические боли в пояснично–крестцовом отделе позвоночника.

**Анамнез заболевания.** Со слов жены и данных медицинских документов, головные боли, шум в голове, периодические головокружения, эпизоды повышения артериального давления беспокоят в течение последних 10 лет. Пациент находился под наблюдением терапевта, невролога поликлиники по месту жительства. Дважды в год назначалось курсовое лечение (ноотропы, сосудистые препараты). Приверженности к соблюдению медицинских рекомендаций не отмечено, при улучшении состояния самостоятельно прекращал прием препаратов, уровень артериального давления контролировал нерегулярно. Сегодня после ночного сна был обнаружен женой в постели с нарушением речи, перекосом лица, отсутствием движений в правой руке и ноге. Жена вызвала бригаду «скорой помощи». Госпитализирован.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок, первым ребёнком. Рос и развивался нормально. Жилищно–бытовые условия хорошие. В настоящий момент не работает. Пенсионер. Из перенесенных заболеваний отмечает: гипертоническая болезнь, остеохондроз пояснично–крестцового отдела позвоночника, закрытый перелом мыщелка левой лучевой кости в типичном месте, ОРВИ 1 – 2 раза в год. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного обследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Лежит с открытыми глазами, следит за действиями медперсонала. Речевой продукции нет, но обращенную речь понимает, простые команды выполняет правильно. **Черепные нервы.** II пара (n. opticus) – со слов жены, острота зрения снижена на оба глаза, близорукость, пользуется очками (+2). VII пара (n. facialis) – лицо

асимметрично, из-за сглаженности правой носогубной складки. Парусит правая щека. IX пара (n. glossopharyngeus), X пара (n. vagus) – легкая дисфагия (поперхивание твердой пищей). Отклонение мягкого неба вправо. Слабо положительны хоботковый, назолабиальный рефлекс, рефлекс Бабинского справа. XII пара (n. hypoglossus) – язык девирует влево.

**Двигательная система.** Гемиплегия справа, со снижением мышечной силы до 0 баллов в руке и ноге, с повышением мышечного тонуса по спастическому типу. Сухожильные рефлексы повышены с сухожилия бицепса C5–6, трицепса C7–8, коленный L2–L4, ахиллов S1–2 справа. Periosteальные рефлексы – карпорадиальный C5–8 повышен справа. Поверхностные рефлексы – брюшные, подошвенные – снижены, D>S. Патологические рефлексы – выявляется рефлекс Бабинского справа, слабо положительные рефлекс орального автоматизма – хоботковый, назолабиальный.

**Система координации.** Пальце–носовую, пяточно–коленную пробу левыми конечностями выполняет с трудом, с мимопопаданием. Правыми конечностями координаторные пробы не выполняет.

**Схема чувствительности.** Поверхностная чувствительность: нарушена болевая чувствительность по церебральному проводниковому типу, в виде правосторонней гемигипестезии.

**Высшие психические функции.** У больного имеет место моторная афазия, которая возникает при поражении корковых центров речи Брока. Общение с больным нарушено, но из-за сохраненного понимания обращенной речи возможно на уровне выполнения простых команд, ответов на вопросы типа «да – нет» в виде подтверждающих или отрицающих жестов.

**Топический диагноз.** Двигательные расстройства в виде центрального правостороннего гемипареза свидетельствуют о поражении пирамидного пути, проходящего в бассейне левой СМА. Контрлатеральный гемипарез в данном случае может быть обусловлен патологией пирамидного пути на отрезке от коры передней центральной извилины до нижней части продолговатого мозга, предварительно пройдя через заднее бедро внутренней

капсулы, в её передних 2/3, где на границе со спинным мозгом совершается перекрест и далее волокна попадают в боковые столбы спинного мозга противоположной стороны и заканчиваются у клеток передних рогов каждого сегмента. Центральный паралич лицевого нерва отмечается при надъядерных поражениях VII пары, когда страдают лишь нижние отделы мимической мускулатуры лица. Центральный паралич XII пары ЧМН: ядро подъязычного нерва получает корковую иннервацию с одной, противоположной стороны. При поражении внутренней капсулы возникает центральный паралич на противоположной стороне, и язык отклоняется в пораженную сторону. Чувствительные расстройства в виде правосторонней гемигипестезии предполагают поражение волокон проходящих в задней 1/3 заднего бедра внутренней капсулы слева (талямо–кортикальный тракт). Нарушение высших корковых функций в виде моторной афазии говорит о развитии патологического процесса в области нижней лобной извилины слева, а сенсорная афазия – о поражении верхнезадних отделов левой височной доли мозга (у правшей) – область Брока (поле 44), Вернике (поле 22).

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи без особенностей. КТ головного мозга. КТ–признаки ишемического инсульта в бассейне левой СМА. Единичные мелкие кисты в проекции базальных ядер слева. Смешанная гидроцефалия. УЗДС БЦА: признаки стенозирующего атеросклероза БЦА. Стеноз правой ОСА до 35%, левой ОСА до 50% (по диаметру), левой ВСА до 60%. Локальный гемодинамический сдвиг в области стеноза слева максимальной скоростью до 140 см/с. Извитость позвоночных артерий на уровне СIII – CIV – CV – CVI – I сегмент. ЭХО – кардиограмма. Полости сердца не расширены. Утолщение стенок ЛЖ. Сократимость миокарда ЛЖ удовлетворительная. ФВ 58%. Уплотнение створок АК, МК. Недостаточность МК 0 – I ст, недостаточность ТК 0 – I ст. Уплотнение аорты. Рентгенография органов грудной клетки. Венозный

застой в МКК. ЭКГ Ритм синусовый. ЭОС горизонтальная. Признаки гипертрофии ЛЖ. ЧСС 70/мин. Осмотр окулиста: ОУ: ангиопатия сетчаток. Парез взора вправо.

**Клинический диагноз. ЦВБ: Ишемический инсульт (атеротромботический подтип) в бассейне левой средней мозговой артерии с моторной афазией, правосторонней гемиплегией, правосторонней гемигипестезией на фоне гипертонической болезни III, III, риск 4 и церебрального атеросклероза.**

**Рекомендации по лечению.** Р-р Pentoxyphyllini 2% 5 мл + р-р NaCl 0,9% 200 мл в/в 1 раз в день; р-р Dextrosi 10% 500 мл+ Insulini solubilis R 14ЕД+ р-р KCl 4% 10 мл+ р-р MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р-р Amyli hydroxyaethylici 500 мл в/в капельно; р-р Inosine + Nicotinamide + Riboflavin + Succinic acid 10 мл + р-р NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; р-р Cerebrolysini 10 мл+ р-р NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р-р Clonidini 0,01% 1 мл в/м на фоне резко повышенного АД; таб. Atorvastatini 10 мг по 1 таб. 1 раз в день вечером; таб. Enalaprilii 10 мг по 1 таб. 2 раза в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 150 мг 1 раз в день.

### **Клинический пример №118**

Женщина 56 лет поступила в отделение с жалобами на (со слов мужа, в следствии нарушения речи больной), на частые головные боли, более выраженные в левой половине головы, шум в голове, периодические головокружения, невозможность назвать знакомые предметы, трудности в произношении слов, в общении с окружающими, ухудшение памяти на текущие события, сниженное настроение, раздражительность, слабость в правой руке, ноге, затрудняющие самостоятельное обслуживание,

неустойчивость при ходьбе, общую слабость, быструю утомляемость, неустойчивое, чаще повышенное артериальное давление, периодические боли в шейном, грудном отделах позвоночника.

**Анамнез заболевания.** Со слов мужа и данных медицинских документов, головные боли беспокоят более 10 лет. Семь лет назад у пациентки, внезапно появилась резкая головная боль, выраженное головокружение, тошнота, светобоязнь. Больная госпитализируется с диагнозом ЦВБ: Острое нарушение мозгового кровообращения в вертебро–базиллярном бассейне. Вновь ухудшение состояния отмечается 2 года назад, когда повторился приступ распирающей головной боли, головокружения. Была выполнена операция клипирование аневризмы бифуркации СМА слева. Послеоперационный период протекал тяжело: с развитием подкожного скопления ликвора в области послеоперационной раны. Рана зажила первично. Швы сняты на 10– е сутки. Периодически проводилась аспирация ликвора из–под кожного лоскута. После операции больная находилась в реанимационном отделении в связи с развитием острых ишемических явлений в левой височной доле (на КТ головного мозга зона ишемии в височной и теменной долях слева 100x37x40мм.) с элементами сенсорной и мнестической афазии; с развитием сегментарной пневмонии, малого гидроторакса с обеих сторон. Была выписана с улучшением. Но так как у больной сохранялись выраженные проявления сенсорной и мнестической афазии, выраженная психоэмоциональная лабильность, больная продолжила курс лечения в терапевтическом отделении стационара. Несмотря на проводимое лечение (ноотропы, антиоксиданты, нейропротекторы, витаминотерапия) у больной стойко сохраняется сенсорная и мнестическая афазия, церебростенический синдром, интеллектуально–мнестическое снижение, больная нуждается в посторонней помощи (муж и дочь сопровождают её весь период болезни). Является инвалидом III группы.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, вторым ребёнком. Росла и развивалась нормально. В настоящий момент не работает. Пенсионер. Инвалид III группы. Из перенесенных заболеваний отмечают: гипертоническая болезнь, хронический латентный пиелонефрит на фоне МКБ, миома матки небольших размеров, аденомиоз, искривление носовой перегородки, эутиреоидный мелкоузловой зоб 1-ой степени., операция – клипирование аневризмы бифуркации СМА слева. Аллергологический анамнез – не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Контакт затруднен в связи с речевыми нарушениями. Периодические головные боли возникают на фоне повышенного АД, психо–эмоциональных нагрузок, в левой половине головы, в любое время суток. Головные боли могут сопровождаться тошнотой, чувством проваливания, неустойчивости, тревогой. **Черепные нервы.** VII (n. facialis) – лицо асимметрично, из–за сглаженности правой носогубной складки. IX(n. glossopharyngeus), X (n.vagus) – дисфагия (поперхивание твердой пищей), дисфония. Дизартрия. Отклонение мягкого неба вправо. Положителен хоботковый назолабиальный рефлекс, рефлекс Бабинского справа. XII (n. hypoglossus) – язык девирует влево, без атрофий и фибриллярных подергиваний. **Двигательная система.** Гемипарез справа, со снижением мышечной силы до 4 баллов в руке и ноге, с повышением мышечного тонуса по спастическому типу. Сухожильные рефлексы повышены с сухожилия бицепса C5–6, трицепса C7–8, коленный L2–L4, ахиллов S1–2 справа. Периостальные рефлексы – карпорадиальный C5–8 повышен справа. Поверхностные рефлексы – брюшные, подошвенные–снижены, D>S. Патологические рефлексы – выявляется рефлекс Бабинского справа, рефлекс орального автоматизма–хоботковый, назолабиальный. **Схема чувствительности.** Поверхностная чувствительность: нарушена болевая чувствительность по церебральному проводниковому типу, в виде правосторонней гемигипестезии. **Высшие**

**психические функции.** У больной сенсорно–моторная афазия. Из–за выраженной сенсорной и амнестической афазии, интеллектуально–мнестических нарушений общение с больной крайне затруднено. Многих вопросов больная не понимает, не может назвать знакомые предметы. Не охотно вступает в разговор. Отвечает односложно. Присутствует динамическая афазия – отсутствует развёрнутая речь, в беседе нет элементарных фраз. Отмечаются отдельные элементы антероградной амнезии.

**Топический диагноз.** Двигательные расстройства в виде центрального правостороннего гемипареза свидетельствуют о поражении пирамидного пути проходящего в бассейне левой СМА. Контрлатеральный гемипарез в данном случае может быть обусловлен патологией пирамидного пути на отрезке от коры передней центральной извилины до нижней части продолговатого мозга, предварительно пройдя через заднее бедро внутренней капсулы, в её передних 2/3; где на границе со спинным мозгом совершается перекрест и далее волокна попадают в боковые столбы спинного мозга противоположной стороны и заканчиваются у клеток передних рогов каждого сегмента. Центральный паралич лицевого нерва отмечается при надъядерных поражениях VII п, когда страдают лишь нижние отделы мимической мускулатуры лица. Центральный паралич XII п: ядро подъязычного нерва получает корковую иннервацию с одной, противоположной, стороны. При поражении внутренней капсулы возникает центральный паралич на противоположной стороне, и язык отклоняется в пораженную сторону. Бульбарный паралич развивается при поражении продолговатого мозга, где находятся ядра IX, X, XII пар нервов; связей в стволе или самих нервов. Чувствительные расстройства в виде правосторонней гемигипестезии предполагают поражение волокон проходящих в задней 1/3 заднего бедра внутренней капсулы слева (талямо–кортикальный тракт). Нарушение высших корковых функций в виде моторной афазии говорит о развитии патологического процесса в области



нижней лобной извилины слева, а сенсорная афазия – о поражении верхнезадних отделов левой височной доли мозга ( у правшей) – область Брока (поле 44), Вернике (поле 22).

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки. Диффузный пневмосклероз, фиброз нижнего отдела правого легкого. ЭЭГ. Выявляются выраженные очаговые изменения в левой височной области (в виде отсутствия основных ритмов – изоэлектрическая кривая). ЭХО – кардиограмма. Камеры сердца имеют нормальные. Размеры и сократимость. Фракция выброса левого желудочка 59,9%. Клапаны сердца не изменены и нормально функционируют. Перикард и крупные сосуды – без патологии. Дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий. Эхографических признаков поражения брахиоцефальных артерий экстракраниального отдела не выявлено. Кровоток в норме. Суточный мониторинг ЭКГ по Холтеру. Брадикардия днем. ЧСС ночью в пределах возрастной нормы. Циркадный индекс 116%. Циркадный индекс ЧСС снижен. Вегетативные пробы не проводились. В течение суток субмакс. ЧСС не достигнута (57% от максимально возможной для данного возраста). Синусовый ритм общей длительностью 20:31:41, с ЧСС от 49 до 98 (средняя 64) уд/мин в течении всего наблюдения. Статистика нарушений ритма: Желудочковая экстрасистолия не обнаружена. Регистрируются наджелудочковые аритмии нехарактерные для здоровых лиц. СМАД. По данным СМАД зарегистрирована мягкая постоянная систоло–диастолическая артериальная гипертензия с выраженными особенностями – высокие показатели утреннего прироста по скорости и по величине ДАД, по скорости САД. УЗИ органов брюшной полости, почек. УЗ–признаки кисты печени на фоне увеличения. Рентгенография грудного отдела позвоночника межпозвонковый остеохондроз и деформирующий спондилез грудного отдела позвоночника. Рентгенография шейного отдела позвоночника. Межпозвонковый

остеохондроз и деформирующий спондилез шейного отдела позвоночника. Рентгенография пояснично–крестцового отдела позвоночника – межпозвонковый остеохондроз пояснично–крестцового отдела позвоночника. КТ головного мозга. Состояние после оперативного лечения–клипирования аневризмы левой СМА. В височной и теменной долях слева зона ишемии 100x37x40 мм. Срединные структуры не смещены.

**Клинический диагноз. ЦВБ: Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой среднемозговой артерии (гемодинамический подтип) на фоне операции – клипирование аневризмы левой средней мозговой артерии, и ранее перенесенного ишемического инсульта в вертебро–базилярном бассейне, ранний восстановительный период, с выраженной тотальной афазией, правосторонним гемипарезом, бульбарными нарушениями, умеренными интеллектуально–мнестическими проявлениями, астено–невротическим синдромом.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Vinpocetini 10 мг + р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Cerebrolysin 10 мл + р–р NaCl 0,9% 5 мл в/в 1 раз в день; р–р Cholini alfosceratis 4 мл + р–р NaCl 0,9% 50 мл в/в 1 раз в день; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Losartani+ Hydrochlorothiazidi по 1 таб. 1 раз в день; массаж верхних и нижних конечностей; физиотерапия; занятия с логопедом.

## **Клинический пример №119**

Женщина 66 лет поступила в отделение с жалобами на слабость и онемение в левых конечностях, несистемное головокружение, диффузную головную боль, выраженную общую слабость.

**Анамнез заболевания.** Заболела утром после пробуждения, когда появились вышеперечисленные жалобы. Проживает с родственниками. Вызвана скорая помощь. Госпитализирована экстренно.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок. Росла и развивалась нормально. В настоящий момент не работает. Пенсионер. Из перенесенных заболеваний отмечает: гипертоническая болезнь, принимала Enalapril 10 мг 2 раза в день. Адаптирована к АД 140/80 мм.рт.ст. Фибрилляция предсердий в течение 7 лет. Препаратов не получала. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Черепные нервы.** VII (n. facialis) – лицо асимметрично за счет сглаженности левой н/г складки. Глазные щели D=S. VIII (n. vestibulocochlearis) – двусторонняя нейросенсорная тугоухость. **Двигательная система.** Объем активных движений снижен в левых конечностях. Снижение мышечной силы в левых конечностях до 3 баллов в ноге и 2 баллов в руке. Сухожильные рефлексы: D<S, снижены. Патологические рефлексы – рефлекс Бабинского (+) слева. Рефлексы Оппенгеймера, Гордона, Шеффера – (+) слева. **Система координации.** ПНП – не выполняет слева из-за пареза. ПКП – с промахиванием слева. **Система чувствительности.** Снижение поверхностной чувствительности слева по церебральному проводниковому типу слева.

**Топический диагноз.** В ходе обследования у пациентки выявляется: левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 2 баллов в руке и 3 баллов в ноге. Положительные патологические знаки слева. Левосторонняя гемигипестезия. Данные нарушения характерны для поражения нервной системы в бассейне правой СМА.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови: СОЭ – 25 мм/час. Общий анализ мочи без особенностей. ЭКГ – 77 уд/мин. Фибрилляция предсердий. РКТ головного мозга: КТ – признаки ОНМК по ишемическому типу в бассейне СМА. Внутренняя заместительная гидроцефалия.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии, кардиоэмболический подтип, с левосторонним гемипарезом, гемигипестезией на фоне ГБ III, риск ССО4, фибрилляции предсердий.**

**Рекомендации по лечению.** р–р Inosine + Nicotinamide + Riboflavin + Succinic acid 10 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Aethylmethylhydroхурpyridini succinatis 5% 5 мл в/м 1 раз в день; таб. Glycini 100 мг по 1 таб. 3 раза в день(под язык); таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Atorvastatini 20 мг по 1 таб. 1 раз в день вечером;

### **Клинический пример №120**

Мужчина 63 года поступил в отделение. Жалоб не предъявляет из-за тяжести состояния.

**Анамнез заболевания** (собран со слов сопровождающих). Точное заболевания неизвестно, около 07.00 пожаловался на онемение пальцев левой руки, ноги, затем при попытке встать с кровати упал, не смог самостоятельно подняться из-за слабости в них. Сразу вызвана бригада СМП, осмотрен, артериальное давление при осмотре 240/120 мм.рт.ст., вводились: клофеллин, магnezия, Citicolini, Dextrani. Госпитализирован.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок, третьим ребёнком. Рос и развивалась нормально. Окончил среднюю школу, имеет средне–специальное образование. Вдовец. Двое детей. Жилищно– бытовые условия хорошие. В настоящий момент не работает. Пенсионер. Из перенесенных заболеваний отметит: гипертоническая болезнь в течение длительного времени, постоянно артериальное давление не контролировал, гипотензивные препараты не принимал. Операции, травмы отрицает. Туберкулез, вирусный гепатит, онкозаболевания отрицает. Гемотрансфузии отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Уровень сознания – оглушение, на осмотр реагирует, быстро истощается, сонлив, апатичен, адинамитчен. Частично дезориентирован в месте, времени. Периодические выраженные головные боли возникают на фоне повышенного АД. **Черепные нервы.** II пара (n.opticus) – острота зрения снижена на оба глаза. Левосторонняя гомонимная гемианопсия. III (n.oculomotorius), IV(n.trochlearis, VI (n.abducens): установочный поворот глазных яблок вправо, парез взора влево. VII(n. facialis) – лицо асимметрично, из–за сглаженности левой носогубной складки. IX(n. glossopharyngeus), X (n.vagus) – дисфагия (поперхивание твердой пищей), дисфония. Дизартрия. Отклонение мягкого неба вправо. Положителен хоботковый назолабиальный рефлекс, рефлекс Бабинского слева. XI (n.accessories)– слева плечами не пожимает, поворот головы, подъем руки справа выше горизонтали. С левой стороны эти произвольные движения ограничены. Голова отклонена вправо. XII (n.gyroglossus)– язык девирует влево, без атрофий и фибриллярных подергиваний. **Двигательная система.** При осмотре левосторонняя гемиплегия, с низким мышечным тонусом. Сухожильные рефлексy снижены с сухожилия бицепса C5–6, трицепса C7–8, коленный L2–L4, ахилловS1–2 слева. Периостальные рефлексy – карпорадиальный C5–8 повышен справа. Поверхностные рефлексy– брюшные, подошвенные – снижены, D>S. Патологические

рефлексы— выявляется рефлекс Бабинского слева., рефлексы орального автоматизма—хоботковый, назолабиальный. **Система координации.** Статическая атаксия — в позе Ромберга не устанавливается, учитывая тяжесть состояния. Динамическая атаксия — пальце—носовую пробу выполняет с мимопаданием справа, слева не выполняет из—за пареза. Пяточноколенную пробу справа выполняет неуверенно, слева не выполняет из—за пареза, пробы на диадохокinesis, на дисметрию не проводились. **Схема чувствительности.** Левосторонняя гемигипестезия. Нарушено суставно—мышечное чувство, кинетическая, чувство давления и веса. Сложные виды чувствительности: дискриминационная чувствительность, чувство локализации, двумерно—пространственное чувство— достоверно не оценить из—за тяжести состояния. Высшие психические функции. Речь — дизартрия. Контакт возможен, малопродуктивный, узнавание предметов доступно, экспрессивная речь представлена отдельными простыми фразами, произношение нечеткое, артикуляционные пробы выполняет с искажением, сохранено чтение отдельных слов. Анозогнозия — пациент не осознает своего дефекта, что наблюдается при поражении коры теменной доли правого полушария.

**Топический диагноз.** Зрительные нарушения (поражение II пары) в виде правосторонней гомонимной гемианопсии (поражение наружного коленчатого тела и зрительного тракта. Глазодвигательные нарушения обусловлены поражением моста с вовлечением парамедианной ретикулярной формации или ядра отводящего нерва возникает горизонтальный парез взора в сторону очага поражения. Двигательные расстройства в виде центрального левостороннего гемипареза свидетельствуют о поражении пирамидного пути, проходящего в бассейне правой СМА. Центральный паралич лицевого нерва отмечается при надъядерных поражениях VII п, когда страдают лишь нижние отделы мимической мускулатуры лица. Центральный паралич XII п: ядро подъязычного нерва получает корковую иннервацию с одной, противоположной, стороны. При поражении внутренней капсулы возникает

центральный паралич на противоположной стороне, и язык отклоняется в пораженную сторону. Бульбарный паралич развивается при поражении продолговатого мозга, где находятся ядра IX, X, XII пар нервов; связей в стволе или самих нервов. Чувствительные расстройства в виде левосторонней гемигипестезии предполагают поражение волокон проходящих в бедре внутренней капсулы справа (талямо–кортикальный тракт).

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ без особенностей. ЭХО – кардиограмма. Снижение систолической функции ЛЖ. Эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ. Дилатация ЛП. Диастолическая дисфункция МК I типа. Незначительная недостаточность АК. Уплотнение аорты. ФВ – 44%, КДР–5,9, КСР – 4,5, КСО – 96, КДО–179. ЭЭГ. Выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга за счет дисбаланса в деятельности регулирующих систем. Дисфункция структур лимбико–ретикулярного комплекса. Продолженное региональное замедление в теменно–височных отделах справа. Эпиактивности, пароксизмальности не получено. Дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий. ЭХО–признаки окклюзии правой ВСА, стенозирующего атеросклероза левой ВСА(стеноз 40%). Игообразная деформация левой ВСА (с перепадом ЛСК 75–120 мл/сек.). Выраженный дефицит кровотока по правой ПА во II, III сегментах с признаками высокого периферического сопротивления–признаки спазма. Картограмма правой ВСА не определяется. Выраженный дефицит кровотока по левой СМА. КТ головного мозга. ОНМК по ишемическому типу в правой гемисфере головного мозга с формированием обширной зоны ишемии в лобно–височно–теменно–затылочной области 132×64×62 мм, дислокация срединных структур справа налево до 2 мм. Лакунарные кисты левой гемисферы головного мозга и левого полушария мозжечка. Смешанная гидроцефалия. Киста прозрачной перегородки. Лейкоареоз. Консультирован

кардиологом: ИБС. Кардиосклероз диффузный. Атеросклероз аорты, коронарных, церебральных артерий. Гипертоническая болезнь III, риск ССО4. Н II А.

**Клинический диагноз. ЦВБ. НМК. Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии атеротромботический подтип, с формированием обширной зоны ишемии в лобно–височно–теменно–затылочной области 132×64×62 мм, дислокацией срединных структур справа налево до 2 мм.**

**С речевыми нарушениями по типу дизартрии, анозогнозии; левосторонней гомонимной гемианопсии, левостороннего грубого гемипареза до плегии в верхней конечности, правосторонней гемигипестезии на фоне гипертонической болезни III, риск ССО4, окклюзии правой ВСА.**

**Дисциркуляторная энцефалопатия II со смешанной гидроцефалией, лакунарными кистами в левой гемисфере головного мозга, левом полушарии мозжечка, лейкоареозом. ИБС. Кардиосклероз диффузный. Атеросклероз аорты, коронарных, церебральных артерий.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Aminoacids for parenteral nutritioi 15% 500 мл + р–р Dextrosi 10% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Cerebrolysini 10 мл + р–р NaCl 0,9% 5 мл в/в 1 раз в день; р–р Aethylmethylhydroхурpyridini succinatis 5% 5 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Citicolini 4 мл+ NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Mannitoliol 15% 400 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Lisinoprili 10 мг по 1 таб. 2 раза в день; таб. Atorvastatini 20 мг по 1 таб. 1 раз в день вечером; дыхательная гимнастика, лечение положением, пассивная вертикализация, онтогенетически обусловленная кинезиотерапия, роботизированная механотерапия, массаж грудной клетки,



физиотерапия (аэроионотерапия), занятия с психологом, занятия с логопедом; консультация сосудистого хирурга.

## Клинический пример №121

Мужчина 49 лет поступил в отделение жалоб не предъявляет вследствие речевых нарушений, периодически разминает правую руку.

**Анамнез заболевания.** Со слов, сослуживицы, утром пришел на работу около 08:00, не мог разговаривать, постоянно разминал правую верхнюю конечность. Вызвана бригада скорой помощи, измерено АД 210/100 мм рт.ст., введены гипотензивные препараты, госпитализирован.

**Анамнез жизни.** Со слов дочери, родился в полной семье, в срок, единственным ребёнком. Рос и развивался нормально. Жилищно–бытовые условия удовлетворительные. Туберкулез, гепатиты, венерические и онкологические заболевания, сахарный диабет, инфаркт не переносил (со слов дочери). Страдает гипертонической болезнью, длительно, постоянно гипотензивные препараты не принимал (со слов дочери). Перенесенные операции– аппендэктомия, давно (со слов дочери). Аллергологический анамнез не отягощен (со слов дочери).

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Сознание ясное. Продуктивному контакту не доступен из–за речевых нарушений. Грубая сенсомоторная афазия.

**Черепные нервы.** VII (n. facialis) – лицо асимметрично за счет сглаженности правой носогубной складки. IX(n. glossopharyngeus), X (n.vagus) – глоточные рефлексы D<S, сохранены. XII (n. hypoglossus) – язык из полости рта не высовывает.

**Двигательная система.** Активные и пассивные движения ограничены в правых конечностях. Правосторонний гемипарез. Мышечная сила снижена в правых конечностях до 2х баллов в руке, 3х баллов в ноге. Мышечный тонус слегка снижен в правых конечностях: в левых

конечностях— не изменен, умеренный. Глубокие рефлексы: с рук D>S, оживлены справа; с ног— D>S, оживлены справа. Патологические стопные и кистевые знаки — яркий симптом Бабинского справа. **Схема чувствительности.** На уколы иголкой не реагирует справа. **Высшие психические функции.** Афазия — грубая сенсорно - моторная.

**Топический диагноз.** Двигательные расстройства в виде центрального левостороннего гемипареза свидетельствуют о поражении пирамидного пути проходящего в правом полушарии головного мозга (бассейн правой СМА). Контралатеральный гемипарез в данном случае может быть обусловлен патологией пирамидного пути на отрезке от коры передней центральной извилины до нижней части продолговатого мозга, предварительно пройдя через заднее бедро внутренней капсулы, в её передних 2/3; где на границе со спинным мозгом совершается перекрест и далее волокна попадают в боковые столбы спинного мозга противоположной стороны и заканчиваются у клеток передних рогов каждого сегмента. Центральный паралич лицевого нерва отмечается при надъядерных поражениях VII п, когда страдают лишь нижние отделы мимической мускулатуры лица. Чувствительные расстройства в виде правосторонней гемигипестезии предполагают поражение волокон проходящих в задней 1/3 заднего бедра внутренней капсулы слева.( таламо—кортикальный тракт). Нарушение высших корковых функций в виде моторной афазии говорит о развитии патологического процесса в области нижней лобной извилины слева, а сенсорная афазия— о поражении верхнезадних отделов левой височной доли мозга.—область Брока (поле 44), Вернике (поле 22).

**Результаты дополнительных методов исследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ: синдром ранней реполяризации. УЗДС БЦА: гемодинамически незначимый стенозирующий атеросклероз БЦА. Кровоток по ОСА, ВСА, НСА достаточный, без асимметрии. Извитость позвоночных артерий на уровне С3— С4— С5— С6— 1 сегмент, с достаточным неустойчивым кровотоком.

ТКДС: не лоцируются. ЭХО–КГ: полости сердца не расширены. Сократимость миокарда левого желудочка удовлетворительная ФВ – 50%. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Уплотнение стенок аорты, створок аортального, митрального клапанов, недостаточность митрального клапана I ст., недостаточность трикуспидального клапана I ст. Диастолическая дисфункция левого желудочка по 1 типу. КТ головного мозга: КТ–картина ишемического инсульта 80мм\*40мм\*52мм в левой лобно–височно–теменной области. Смешанная гидроцефалия. Офтальмолог: ангиопатия сетчаток. Кардиолог: гипертоническая болезнь III, риск ССО 4, кризовое течение. ХСН I ФК II.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии (неуточненный подтип) на фоне гипертонической болезни III., риск ССО 4, церебрального атеросклероза с грубой сенсо–моторной афазией, правосторонним гемипарезом, правосторонней гемигипестезией.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Dextrosi 10% 250 мл+ Insulini solubilis R 8ЕД+ р–р KCl 4% 10 мл+ р–р MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; таб. Enalaprili 5 мг 1 раз в день утром; таб. Indapamidi 2,5 мг по 1 таб. утром; р–р Heparini natrii 5000 ME п/к 4 раза в сутки; таб. Atorvastatini 20 мг по 1 таб. 1 раз в день вечером; р–р Aethylmethylhydroхурпyridini succinatis 5% 5 мл + NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Cerebrolysin 5 мл в/в струйно; таб. Glycini 100 мг по 1 таб. 3 раза в день.

### **Клинический пример №122**

Женщина 64 года поступила в отделение с жалобами на (со слов мужа, в следствии нарушения речи больной), на частые головные боли, более

выраженные в левой половине головы, шум в голове, периодические головокружения, невозможность назвать знакомые предметы, трудности в произношении слов, в общении с окружающими, ухудшение памяти на текущие события, сниженное настроение, раздражительность, слабость в правой руке, ноге, затрудняющие самостоятельное обслуживание, неустойчивость при ходьбе, общую слабость, быструю утомляемость, неустойчивое, чаще повышенное артериальное давление, периодические боли в шейном, грудном отделах позвоночника.

**Анамнез заболевания.** Со слов мужа и данных медицинских документов, головные боли беспокоят более 20 лет. Пациентка, внезапно утром потеряла сознание, резко появилась слабость в правой ноге и в правой руке, резкая головная боль, выраженное головокружение, тошнота, светобоязнь. Больная не могла стоять на ногах, самостоятельно передвигаться. Вызвана скорая помощь . Госпитализирована. Больная находилась в реанимационном отделении в связи с развитием острых ишемических явлений в левой височной доле (на КТ головного мозга зона ишемии в височной и теменной долях слева 97x37x40мм.) с элементами сенсорной и мнестической афазии. На фоне лечения (сосудистые, антигипоксанты, ноотропы, противоотёчные, гипотензивные) состояние улучшилось и больная выписывается под наблюдение невролога поликлиники. Несмотря на проводимое лечение (ноотропы, антиоксиданты, нейропротекторы, витаминотерапия) у больной стойко сохраняется сенсорная и мнестическая афазия, церебростенический синдром, интеллектуально–мнестическое снижение, больная нуждается в посторонней помощи (муж и дочь сопровождают её весь период болезни). Является инвалидом III группы.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, вторым ребёнком. Росла и развивалась нормально. Жилищно– бытовые условия хорошие. В настоящий момент не работает. Пенсионер. Инвалид III группы. Из перенесенных заболеваний отмечает: Гипертоническая болезнь, хронический

латентный пиелонефрит на фоне МКБ, ОНМК. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Контакт затруднен в связи с речевыми нарушениями. Периодические головные боли возникают на фоне повышенного АД, психо-эмоциональных нагрузок, в левой половине головы, в любое время суток. Головные боли могут сопровождаться тошнотой, чувством проваливания, неустойчивости, тревогой. **Черепные нервы.** VII (n. facialis) – лицо асимметрично, из-за сглаженности правой носогубной складки. IX(n. glossopharyngeus), X (n.vagus) – дисфагия (поперхивание твердой пищей), дисфония. Дизартрия. Отклонение мягкого неба вправо. Положителен хоботковый назолабиальный рефлекс, рефлекс Бабинского справа. XII (n. hypoglossus) – язык девирует влево, без атрофий и фибриллярных подергиваний. **Двигательная система.** Гемипарез справа, со снижением мышечной силы до 4 баллов в руке и ноге, с повышением мышечного тонуса по спастическому типу. Сухожильные рефлексы повышены с сухожилия бицепса C5–6, трицепса C7–8, коленный L2–L4, ахиллов S1–2 справа. Периостальные рефлексы – карпорадиальный C5–8 повышен справа. Поверхностные рефлексы – брюшные, подошвенные–снижены, D>S. Патологические рефлексы – выявляется рефлекс Бабинского справа., рефлексы орального автоматизма–хоботковый, назолабиальный. **Схема чувствительности.** Поверхностная чувствительность: нарушена болевая чувствительность по церебральному проводниковому типу, в виде правосторонней гемигипестезии. **Высшие психические функции.** Сенсорно-моторная афазия. Из-за выраженной сенсорной и амнестической афазии, интеллектуально-мнестических нарушений общение с больной крайне затруднено. Многих вопросов больная не понимает, не может назвать знакомые предметы. Не охотно вступает в разговор. Отвечает односложно. Присутствует динамическая афазия –

отсутствует развёрнутая речь, в беседе нет элементарных фраз. Отмечаются отдельные элементы антероградной амнезии.

**Топический диагноз.** Двигательные расстройства в виде центрального правостороннего гемипареза свидетельствуют о поражении пирамидного пути проходящего в бассейне левой СМА. Контрлатеральный гемипарез в данном случае может быть обусловлен патологией пирамидного пути на отрезке от коры передней центральной извилины до нижней части продолговатого мозга, предварительно пройдя через заднее бедро внутренней капсулы, в её передних 2/3; где на границе со спинным мозгом совершается перекрест и далее волокна попадают в боковые столбы спинного мозга противоположной стороны и заканчиваются у клеток передних рогов каждого сегмента. Центральный паралич лицевого нерва отмечается при надъядерных поражениях VII п, когда страдают лишь нижние отделы мимической мускулатуры лица. Центральный паралич XII п: ядро подъязычного нерва получает корковую иннервацию с одной, противоположной, стороны. При поражении внутренней капсулы возникает центральный паралич на противоположной стороне, и язык отклоняется в пораженную сторону. Чувствительные расстройства в виде правосторонней гемигипестезии предполагают поражение волокон проходящих в задней 1/3 заднего бедра внутренней капсулы слева (талямо–кортикальный тракт). Нарушение высших корковых функций в виде моторной афазии говорит о развитии патологического процесса в области нижней лобной извилины слева, а сенсорная афазия– о поражении верхнезадних отделов левой височной доли мозга ( у правшей).–область Брока (поле 44), Вернике (поле 22).

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. Биохимический анализ крови холестерин–6,79. Рентгенография органов грудной клетки – диффузный пневмосклероз. ЭЭГ: выявляются выраженные очаговые изменения в левой височной области (в виде отсутствия основных ритмов – изоэлектрическая

кривая). ЭХО – кардиограмма Камеры сердца имеют нормальные размеры и сократимость. Фракция выброса левого желудочка 59,9%. Клапаны сердца не изменены и нормально функционируют. Перикард и крупные сосуды – без патологии. Дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий. Эхографических признаков поражения брахиоцефальных артерий экстракраниального отдела не выявлено. Кровоток в норме. Суточный мониторинг ЭКГ по Холтеру – брадикардия днем. ЧСС ночью в пределах возрастной нормы. Циркадный индекс 116%. Циркадный индекс ЧСС снижен. Вегетативные пробы не проводились. В течение суток субмакс. ЧСС не достигнута (57% от максимально возможной для данного возраста). Синусовый ритм общей длительностью 20:31:41, с ЧСС от 49 до 98 (средняя 64) уд/мин в течении всего наблюдения. Статистика нарушений ритма: Желудочковая экстрасистолия не обнаружена. Регистрируются наджелудочковые аритмии нехарактерные для здоровых лиц. Желудочковая эктопическая активность не обнаружена. Анализ нецелесообразен из-за небольшого числа аритмий. Ишемические изменения ЭКГ не обнаружены. Небольшие изменения ST, вероятно, не связаны с ишемией миокарда. СМАД зарегистрирована мягкая постоянная систоло–диастолическая артериальная гипертензия с выраженными особенностями – высокие показатели утреннего прироста по скорости и по величине ДАД, по скорости САД. УЗИ органов брюшной полости, почек УЗ–признаки МКБ. Рентгенография грудного отдела позвоночника межпозвонковый остеохондроз и деформирующий спондилез грудного отдела позвоночника. Рентгенография шейного отдела позвоночника – межпозвонковый остеохондроз и деформирующий спондилез шейного отдела позвоночника. Рентгенография пояснично–крестцового отдела позвоночника – межпозвонковый остеохондроз пояснично–крестцового отдела позвоночника. КТ головного мозга – срединные структуры не смещены. В височной области слева участок ишемии размерами 93x30x35 мм. Ишемия в височной доле левой гемисферы

головного мозга, (при проведении КТ в динамике – отмечено уменьшение выраженности ишемических изменений в веществе мозга.

**Клинический диагноз. ЦВБ: Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой среднемозговой артерии (гемодинамический подтип) ранний восстановительный период, с выраженной тотальной афазией, правосторонним гемипарезом, бульбарными нарушениями, умеренными интеллектуально–мнестическими проявлениями, астено–невротическим синдромом на фоне гипертонической болезни 3 ст. риск ССО 4. Дислипидемия. МКБ. Хронический пиелонефрит, латентное течение. ХПН0.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Vinpocetini 10 мг + р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Cerebrolysini 10 мл + р–р NaCl 0,9% 5 мл в/в 1 раз в день; р–р; таб. Acidi acetylsalicylici + Magnesii hydroxydi 75 мг 1 раз в день; таб. Losartani+ Hydrochlorothiazidi по 1 таб. 1 раз в день; массаж верхних и нижних конечностей; занятия с логопедом.

### **Клинический пример №123**

Мужчина 27 лет поступил в отделение, жалоб не предъявляет из–за афазии.

**Анамнез заболевания.** Со слов родственников, заболел накануне днем на работе – нарушилась речь, появилась общая слабость, тошнота, рвота, нарушение координации движений в правых конечностях, списал на усталость, пришел домой, лег спать. При пробуждении на следующий день состояние ухудшилось, появилась слабость в правых конечностях, но мог ходить, двигать рукой. Обратился в приемное отделение самостоятельно.



**Анамнез жизни.** Хронические заболевания у пациента родственники отрицают. Аллергоанамнез не отягощен.

**Объективное состояние больного.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Ориентация в месте, времени, собственной личности определить невозможно из-за нарушения речи, но по косвенным признакам ориентирован правильно во всех видах. Головная боль – умеренная диффузная, продолжается в течение суток без динамики. Несистемное головокружение при ходьбе, стоянии, поворотах, рвота.

**Черепные нервы.** V (n. trigeminus). Чувствительность на лице – снижена: проводниковому типу справа. Сила жевательных мышц – снижена справа. VII (n. facialis). Парез мимических мышц: центральный – сглажена носогубная складка справа. Нарушение вкуса на передних 2/3 языка справа. IX (n.glossopharyngeus), X (n. vagus). Артикуляция – дизартрия. XI (n. accessorius). Сила трапецевидной мышцы, сила кивательной мышцы снижена справа. XII (n. hypoglossus). Язык – девиация языка вправо.

**Двигательная система.** Объем активных движений в конечностях – ограничен. Гемипарез со снижением мышечной силы до 4 баллов в руке и 4 баллов в ноге справа. Мышечный тонус – легко повышен: спастический в сгибателях плеча, предплечья, разгибателях стопы справа. Сухожильные рефлексы – повышены (с сухожилия бицепса C5–6, трицепса C7–8, коленный L2–4, ахиллов S1–2) справа. Периостальные рефлексы – карпо–радиальный C5–6 повышен справа. Патологические рефлексы – разгибательные (Бабинского, Оппенгейма, Гордона, Шеффера и др.), сгибательные (Якобсона–Ласка, Россолимо, Бехтерева I и II, Жуковского и др.) положительные справа. **Система координации.** Статическая атаксия – поза Ромберга положительная– пошатывание без сторонности, Динамическая атаксия – пальценосовая, пяточноколенная, указательная проба, симптом Стюарта–Холмса, проба Шильдера, проба на диадохокинез, пробы на дисметрию положительные справа. Походка – спастико–паретичная справа.

**Система чувствительности.** Гемигипестезия справа. Глубокая

чувствительность: суставно–мышечное чувство, вибрационная, кинестетическая, чувство давления и веса снижена справа по гемитипу; сложные виды чувствительности: дискриминационная чувствительность, чувство локализации, двумерно–пространственное чувство снижена справа по гемитипу. **Высшие психические функции.** Афазия: сенсорно–моторная. Апраксии: есть. Кинетическая – тест «кулак–ребро–ладонь» положительная; кинестетическая – тест «перенос позы» положительная.

**Клинический диагноз. ЦВБ. Ишемический инсульт в бассейне левой СМА, неуточненный подтип с выраженной сенсорно – моторной афазией, правосторонним легким гемипарезом, гемигипестезией на фоне гипертонической болезни ШРиск ССО4., церебрального атеросклероза.**

**Рекомендации по лечению.** р–р MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл+ NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р–р Aethylmethylhydroxyuridini succinatis 5% 5 мл + NaCl 0,9% 200 мл в/в 1 раз в день; таб. Glycini 100 мг по 1 таб. 3 раза в день(под язык); р–р Enoxararini natrii 0,4мг п/к 2 раза в сутки; таб. Enalaprili 5 мг 2 раза в день; р–р Metoclopramidi 2 мл в/м при тошноте и рвоте; дыхательная гимнастика, ранняя вертикализация – активный полуортостаз, ортостаз, эрготерапия, кинезиотерапия, массаж, физиолечение –магнитотерапия, занятия с логопедом, психологом, механотерапия – занятия на тренажерах.

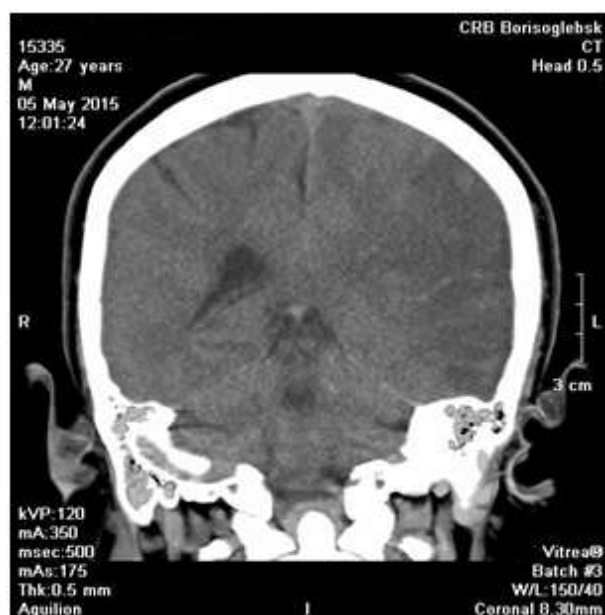


Рис.28

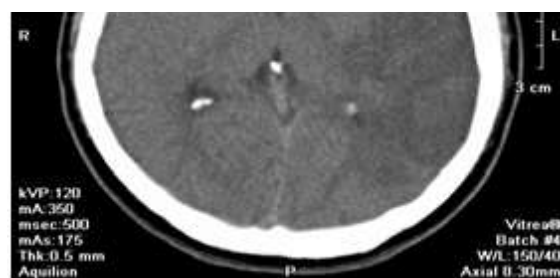


Рис.27

# ДРУГИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ.

## Клинический пример №124

Девочка 10 - ти лет поступила с жалобами на то, что накануне вечером онемел большой палец левой руки и верхняя губа слева, симатомы разрешились через 25–30 минут (сначала палец, затем губа); повышение массы тела на 11 кг за последние 6–7 месяцев.

**Анамнез заболевания.** Год назад на фоне перенесенной ОРВИ, осложнившейся бронхитом появились подергивания в левом плече, за 4 дня распространилось на левое предплечье, кисть, ногу, затем присоединились речевые нарушения. Проходила курс лечение поставлен диагноз: подкорковый энцефалит вирусной этиологии со смешанными гиперкинезами преимущественно в левых конечностях и артикуляционной мускулатуре. Острый обструктивный бронхит. ОРВИ. Миопия слабой степени. На фоне проводимого лечения состояние улучшилось – уменьшились гиперкинетические расстройства и левосторонний пирамидный дефицит. Во время снижения дозы Prednisolonia до 20 мг в сутки отмечалось усиление гиперкинезов, поэтому доза Prednisolonia была оставлена 30 мг/сутки. При выписке из стационара сохранялись гиперкинезы в левых конечностях, мышечная гипотония, больше в левых конечностях. Ребенок консультирован в ФГБНУ “Научно–исследовательский институт нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко”: Болезнь Мойя–мойя. МРТ головного мозга: Мр–картина болезни Мойя–Мойя. Мр–признаки сосудистой энцефалопатии.

**Анамнез жизни.** Мать, отец здоровы. Семья полная. Эмоциональная атмосфера в семье теплая. Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне гестоза, угрозы прерывания в 1–ой половине. Роды 1, срочные, самостоятельные. По Апгар 7/8 б. Из роддома на 8 сутки переведена с диагнозом: перинатальное поражение ЦНС, через 3 недели выписана домой. Наблюдалась у невролога по поводу ПЭП до 1 года. Росла и развивалась по

возрасту. Грудное вскармливание до 1г. 8 мес. Контакты со сверстниками устанавливает легко. Профилактические прививки – по возрасту. Перенесла ОРВИ, воспаление слуховых труб; медикаментозный синдром Кушинга.

**Данные объективного исследования.** Лицо полулунной формы. Избыточного питания (141%). Распределение подкожно-жировой клетчатки по кушингоидному типу. Асимметрия плечевого пояса. Defans затылочных мышц с 2 сторон. Гипотрофические полосы на боковой поверхности туловища фиолетового цвета.

**Неврологический статус.** Черепные нервы. IX(n. glossopharyngeus), X (n.vagus)– дисфагии (поперхивание твердой пищей). XI (n.accessories) – пожимание плечами, поворот головы, подъём руки слева выше горизонтали.

**Двигательная система.** Поверхностные рефлексы – брюшные, подошвенные–снижены, D=S. **Система координации.** Статическая атаксия – в позе Ромберга неустойчива.

**Топический диагноз.** На данный момент у пациентки не выявляется очаговой симптоматики. Исходя из жалоб и анамнеза заболевания, у пациентки имело место нарушение поверхностной чувствительности в проекции большого пальца левой руки и верхней губы. Чувствительные расстройства в виде частичной гипестезии слева свидетельствуют о поражении таламо-кортикального тракта проходящего в бассейне правой СМА.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, РЭГ, УЗИ щитовидной железы без особенностей. ЭЭС – признаки внутричерепной гипертензии лёгкие. ЭЭГ – умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Офтальмолог – миопия слабой степени. Эхо-КГ: расширение камер сердца, структурных изменений, признаков поражения клапанного аппарата не выявлено. Сократимость удовлетворительная. МРТ головного мозга: МР–признаки очаговых изменений в области базальных ядер (D>S) вероятно, воспалительного генеза, с наличием очага микроабсцедирования, частичной

гипоплазии мозжечка. МРТ головного мозга с контрастированием: МР–признаки многоочагового поражения белого вещества в области базальных ядер с обеих сторон, лобной доли и островковой дольки слева – вероятно, воспалительного генеза (ОРЭМ?) в активной фазе; частичной гипоплазии червя мозжечка. Консультация кардиолога: в настоящий момент данных за поражение сердца и клапанного аппарата нет.

**Клинический диагноз. ЦВБ: Транзиторная ишемическая атака в правой СМА (надо выносить в диагноз бассейн поражения). Болезнь Мойя–Мойя. Последствия перенесенного вирусного энцефалита в виде смешанных гиперкинезов, медикаментозный синдром Кушинга.**

На данных фото представлена МРА пациентки.

На данных снимках имеет место окклюзия внутренних сонных артерий и обширная сеть мелких коллатеральных сосудов.

#### **Рекомендации по лечению.**

р–р Pentoxifyllini 2% 1,5 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в 1 раз в день;  
р–р MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл + NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день;  
р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; р–р Actovegini 5 мл + р–р NaCl 0,9% 5 мл в/в струйно 1 раз в день; р–р Citicolini 2 мл в/в микроструйно.



Рис.29

## Клинический пример №125

Мужчина 64 года поступил в отделение с жалобами на выраженную головную боль давящего характера в лобно–височной области, головокружение при ходьбе, тошноту и позывы на рвоту, общую слабость.

**Анамнез заболевания.** Заболел накануне утром, появилась распирающая диффузная головная боль, тошнота, рвота, мелькание "мушек" перед глазами. Самостоятельно измерил АД – 150/90 мм рт. ст., принял Captoprili, через 30 минут самочувствие улучшилось. Около 14:00 часов, самочувствие ухудшилось: возникла головная боль лобно–височно–теменной области, больше справа, головокружение, тошнота, позывы на рвоту, повысилось АД до 200/100 мм рт.ст., не мог самостоятельно встать с постели из–за выраженного головокружения и шаткости. Вызвал бригаду СМП, доставлен в приемное отделение. Госпитализирован.

**Анамнез жизни.** ЗЧМТ 4 года назад – ушиб головного мозга средней степени с формированием острой субдуральной гематомы правой гемисферы лобно–височно–теменной локализации небольшого объема, контузионного очага 2 типа левой теменной доли головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние. Отек головного мозга. Перелом лобной кости справа. Ушиб мягких тканей головы – предоставлена выписка из стационара. 3 года назад – перенес ОНМК: ишемический инсульт в вертебро–базиллярном бассейне на фоне гипертонической болезни, церебрального атеросклероза (по выписке из стационара). Гипертоническая болезнь (максимальные цифры АД 200/100 мм рт. ст.), адаптирован к АД 130/80 мм рт.ст., принимает Enalaprili. ОИМ, сахарный диабет, язвенную болезнь, туберкулез, вирусные гепатиты, онкологические и венерические заболевания отрицает. Операции отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Эпиданамнез не отягощен. Экспертный анамнез: не работает, инвалид III группы.

**Объективное исследование.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Речь—дизартрия. **Черепные нервы.** XII пара — подъязычный нерв. Язык при высосывании отклоняется вправо. Дизартрия.

**Координаторная сфера.** КП выполняет с промахиванием с 2—х сторон, больше слева.

**Топический диагноз.** На основании проведённого исследования функции у больного выявляются следующие нарушения: координаторная сфера: КП выполняет с промахиванием с 2—х сторон, больше слева. В позе Ромберга не устойчив. Наблюдается общемозговая симптоматика, отсутствие очаговости.

**Результаты дополнительных методов исследования.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ, УЗДС БЦА без особенной. КТ головного мозга — КТ—картина смешанной гидроцефалии. Ретроцеребелярная киста. Консультация офтальмолога. Артерии узкие, вены полнокровны, извиты. Ангиопатия сетчаток.

**Клинический диагноз.** Ликвородинамический криз на фоне последствий перенесенной ЗЧМТ (Ушиб головного мозга средней степени с формированием острой субдуральной гематомы правой гемисферы лобно—височно—теменной локализации небольшого объема, контузионного очага 2 типа левой теменной доли головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние, перелом лобной кости справа), последствий ОНМК, гипертонической болезни III, риск IV, церебрального атеросклероза со стойким цефалгическим синдромом, выраженными координаторно—атактическими нарушениями, синкопальными состояниями по анамнезу, смешанная гидроцефалия, ретроцеребелярная киста (по данным РКТ головного мозга).

**Рекомендации по лечению.** Р-р Dextrosi 10% 250 мл+ Insulini solubilis R 8 ЕД+ р-р КСl 4% 10 мл+ р-р MgSO<sub>4</sub> 25% 10 мл + КСl 4% 10 мл в/в капельно 1 раз в день; р-р Cerebrolыsini 10 мл + р-р NaCl 0,9% 5 мл в/в 1 раз в день; р-р Aethylmethylhydroхурyridini succinatis 5% в/м 5 мл 1 раз в день; таб. Enalapriли 5 мг 1 раз в день утром; таб. Atorvastatini 20 мг по 1 таб. 1 раз в день вечером;

## 12. ДОРСОПАТИИ.



Рис.30

**Клинический пример №126**



Женщина 54 года поступила в отделение с жалобами на боли в шейном отделе позвоночника с иррадиацией в левую руку. Чувство онемения левой руки. Со слов больной боль от шеи распространяется по руке к большому и указательному пальцам, чувство онемения в большом пальце и боковой поверхности нижней трети предплечья.

**Анамнез заболевания.** Со слов больной, впервые вышеуказанные жалобы появились около 10 лет назад, периодически лечится амбулаторно и стационарно. Последнее ухудшение около 1.5 месяцев назад. Амбулаторное лечение без положительной динамики, в связи с чем была направлена на стационарное лечение. Является инвалидом 2 группы.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, вторым ребёнком. Росла и развивалась соответственно возрасту. Жилищно-бытовые условия хорошие. В настоящий момент не работает. Пенсионер. Инвалид 2 группы. Из перенесенных заболеваний: токсическая энтеропатия после проведения химиотерапии по поводу аденокарциномы прямой кишки. Вторичная лактазная недостаточность тяжелой степени. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь в стадии рефлюкс-эзофагита. Хронический гастрит не ассоциированный с НР. Хронический холецистит с наличием билиарного сладжа. Хронический панкреатит в ст. обострения. Спаечная болезнь брюшной полости после операции (резекция прямой кишки по поводу аденокарциномы, резекция терминального отдела подвздошной кишки по поводу странгуляционной тонкокишечной непроходимости, последующие эпизоды спаечной болезни с частичной тонкокишечной непроходимостью, с консервативным разрешением). Аллергологический анамнез отягощен – трамал.

**Данные объективного исследования.** Отмечается ограничение движений в шейном отделе позвоночника, вперед, назад, в стороны.

**Неврологический статус. Двигательная система.** Сухожильные рефлексы снижены с двуглавой мышцы слева. Периостальные рефлексы – карпорадиальный – снижен с левой стороны. **Схема чувствительности.**

Поверхностная чувствительность: нарушена болевая чувствительность по церебральному проводниковому типу, в виде левосторонней гипестезии.

**Вертеброгенная сфера.** Движения ограничены в шейном отделе позвоночника – вперед, назад, в стороны – болезненны. Болезненность паравертебральных точек в шейном отделе позвоночника, в пояснично–крестцовом отделе безболезненны.

**Топический диагноз.** Чувствительные расстройства в виде левосторонней гипестезии предполагают поражение корешка С6, поражение которого обусловлено сдавлением грыжей диска или остеофитами.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, ЭКГ, ЭХО – кардиограмма, дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий. Рентгенография органов грудной клетки – диффузный пневмосклероз. УЗИ органов брюшной полости, почек УЗ–признаки хронического холецистита, билиарного сладжа, диффузные изменения поджелудочной железы. Рентгенография грудного отдела позвоночника – межпозвонковый остеохондроз и деформирующий спондилез грудного отдела позвоночника. Рентгенография шейного отдела позвоночника – межпозвонковый остеохондроз и деформирующий спондилез шейного отдела позвоночника. МРТ шейного отдела позвоночника. МР–картина дистрофических изменений шейного отдела позвоночника (остеохондроз), дорзальных экструзий С4–7, протрузии С7–Th1 дисков, относительного сагиттального стеноза позвоночного канала на уровне С5–С7, деформирующего спондилоза на уровне С5–С7 сегментов, спондилоартроза на уровне С5–С7 сегментов. Задние остеофиты тел С5, С6 позвонков.

**Клинический диагноз.** Деформирующая дорсопатия шейного отдела позвоночника с поражением межпозвонковых дисков, дорзальных экструзий С4–7, протрузии С7Th1 дисков, относительного сагиттального стеноза позвоночного канала на

**уровне С5–С7, деформирующего спондилоза на уровне С5–С7 сегментов, спондилоартроза на уровне С5–С7 сегментов, рефлекторные, чувствительные нарушения. Стойкий выраженный болевой синдром в стадии выраженного обострения.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Vinpocetini 10 мг + р–р NaCl 0,9% 100 мл в/в 1 раз в день; р–р Cerebrolysini 10 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в 1 раз в день; р–р Meloxicami 15 мг в/м 1 раз в день; р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; массаж головы, шейного отдела позвоночника, верхних конечностей.

### **Клинический пример №127**

Юрист 50 лет поступил в отделение с жалобами на выраженную боль в поясничной области, иррадиирующую в левую ягодичную область и в левую нижнюю конечность. Боль усиливается при малейшем движении, в положении сидя, в ночное время, из-за этого больной не может спать. Беспокоят онемение, покалывание, чувство «пересиделости» в левой ноге, повышенная утомляемость, общая слабость раздражительность, периодическое повышение АД, периодические боли в области шеи.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больным 16 лет, когда впервые появились боли в поясничной области, в области шеи. Лечился с диагнозом люмбагия, цервикалгия. Деформирующая дорсопатия. Шейный, пояснично–крестцовый остеохондроз. На пояснично–крестцовых спондилограммах–хондроз дисков L4–L5, L5–S1 с тенденцией к ретролистезу L4, спондилолиз в межсуставном участке дуги L5 с антелистезом L4 на 0,4см. После проведенного лечения самочувствие улучшилось. Неделю назад после физической нагрузки (поднятие

тяжести—около 15 кг.) больной почувствовал сильную боль в поясничной области, в левой ноге. Позже присоединились онемение, покалывание в нижней конечности. Обратился за медицинской помощью, госпитализирован.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок, вторым ребёнком. Рос и развивался нормально. Жилищно—бытовые условия хорошие. Из перенесенных заболеваний отмечает: гипертоническая болезнь, хронический латентный пиелонефрит на фоне МКБ, аппендэктомия. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Пальпация паравертебральных точек болезненная в поясничном отделе. Движения в позвоночнике в поясничном отделе резко ограничен из за боли: при наклоне вперёд больной достаёт пальцами рук до колен. Боковые движения в поясничном и грудном отделах позвоночника возможны в пределах 120 от вертикальной линии. Сколиоз поясничного отдела позвоночника влево.

**Неврологический статус. Двигательная система.** Ограничен объём движений левой ноги из—за боли. Положительные симптомы натяжения: симптом Нери, симптом посадки, симптом Ласега под углом 25. Сухожильные рефлекс ахиллов S1—снижен слева. **Система координации.** В позе Ромберга неустойчив. При ходьбе хромота на левую ногу, щадит поясничную область. **Схема чувствительности.** Поверхностная чувствительность: нарушена болевая чувствительность — лампасовидная гипестезия на левой нижней конечности, температурная, тактильная — без особенностей.

**Топический диагноз.** В ходе обследования у пациента выявляется: сколиоз поясничного отдела позвоночника выпуклостью влево, защитное напряжение (дефанс) длинных мышц спины, более выражено слева, резкое ограничение объёма движений в поясничном отделе и в левой ноге, положительные симптомы натяжения (рефлекторные, мышечно—тонические вертеброгенные синдромы, как ответная реакция мышц на патологические импульсы из рецепторов пораженных тканей позвоночно—двигательного

сегмента). Снижение ахиллова сухожильного рефлекса слева; чувствительные нарушения в виде лампасной гипестезии слева – все эти нарушения свидетельствуют о поражении первого крестцового корешка, обусловленного механическим воздействием грыжевого выпячивания на корешок.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки, диффузный пневмосклероз. Дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных – данных за нарушение проходимости по сонным артериям в экстракраниальных отделах не выявлено. Умеренно гиперрезистивный тип кровотока. На фоне снижения эластичности признаки девиации хода сонных артерий – без гемодинамически значимых стенозов. Умеренная артериальная вертебральная дисциркуляция в прекраниальном отделе с снижением кровотока по правой позвоночной артерии: вертеброгенные факторы. Рентгенография грудного отдела позвоночника – межпозвонковый остеохондроз и деформирующий спондилез грудного отдела позвоночника. МРТ шейного отдела позвоночника: картина дистрофических изменений шейного отдела позвоночника, спондилоартроза на уровне С2–С6 сегментов. Задние остеофиты тел С2–С6 позвонков.

**Клинический диагноз. Деформирующая дорсопатия. Распространенный остеохондроз, с преимущественным поражением шейного, пояснично–крестцового отделов позвоночника, осложненный грыжеобразованием на уровне L2–L3, L5–S1, протрузии L3–L4, L4–L5, радикулопатия S1 слева, с выраженным болевым синдромом, обострение.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Diclophenaci 3 мл в/м 1 раз в день; р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; р–р

Tolperisoni 2 мл в/м 1 раз в день; таб. Amitriptylini 25мг по 1 таб. на ночь; р-р Actovegini 5 мл + р-р NaCl 0,9% 200 мл в/в 1 раз в день.

### **Клинический пример №128**

Водитель 40 лет поступил в отделение с жалобами на боль в поясничном отделе позвоночника, усиливающуюся при наклоне тела вперед.

**Анамнез заболевания.** Со слов боль в пояснице возникла остро 2 дня назад. Связывает ее возникновение с физической нагрузкой (переносил мебель). Поднял шкаф и не смог разогнуться. Самостоятельно принял найз 1 таблетку. Через пол часа интенсивность боли уменьшилась. Однако к вечеру боль в пояснице усилилась, приобрела ноющий характер. На следующее утро состояние без выраженной положительной динамики. Обратился за помощью.

**Анамнез жизни.** Родился в полной семье, в срок, первым ребёнком. Рос и развивался нормально. Жилищно-бытовые условия хорошие. В настоящий момент работает водителем автобуса. Считает себя полностью здоровым. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Пальпация остистых отростков и паравертебральных точек болезненна в поясничном отделе позвоночника. Отмечается напряжение околопозвоночных мышц в поясничном отделе позвоночника. Наклон вперед вызывает боль в поясничном отделе позвоночника.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови без особенностей. МРТ поясничного отдела позвоночника. На полученных МР-томограммах отмечается снижение высоты и интенсивности сигнала межпозвоночного диска L5-S1, размером 1,2x1x1,5 см. Изменений в спинном мозге и его эпиконусе не выявлено.

Имеются грыжи Шморля в телах L1, L2, L3 позвонков. Компрессия дурального мешка не отмечается.

**Топический диагноз.** У пациента имеется болевой синдром в поясничном отделе позвоночника, иррадиация боли, чувствительные и двигательные нарушения отсутствуют. Отмечается болезненность при пальпации паравертебральных точек в поясничном отделе и остистых отростков поясничных позвонков, напряжение паравертебральных мышц в поясничном отделе. Из вышесказанного следует, что имеет место компрессия корешков спинномозговых нервов в поясничном отделе позвоночника.

**Клинический диагноз. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника, осложненный грыжеобразованием L1–L2–L3 позвонков, выраженный болевой синдром.**

**Рекомендации по лечению.** Таб. Acidi thioctici 600 мг по 1 таб. 1 раз в день; р-р Tolperisoni 2 мл в/м 1 раз в день; р-р Lornoxicami 8 мг в/м 1 раз в день; р-р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день.

### **Клинический пример №129**

Мужчина 48 лет поступил в отделение с жалобами на слабость в правой нижней конечности, онемение ее по боковой и задней поверхности, судороги в мышцах правой голени, затруднение ходьбы, боли в пояснице, утреннюю скованность в позвоночнике.

**Анамнез заболевания.** Ухудшение состояния в последние сутки, когда усилились боли в правой нижней конечности, затруднилась ходьба. Обратился к неврологу поликлиники после осмотра выдано направление на плановый курс лечения в неврологическом отделении.

**Анамнез жизни.** Со слов пациента болен около 10 лет, когда после длительной (более 20 лет) работы водителем грузового транспорта стали постоянными боли в пояснице и правой ноге, затруднилась ходьба. За медицинской помощью обратился, 11 лет назад у пациента после очередного обострения стала слабой правая стопа. Проведено удаление грыжи диска, прошел курс реабилитационного лечения в поликлинике ЦРБ и повторно в реабилитационном центре. Ввиду сохраняющихся стойких нарушений функции позвоночника и периферической нервной системы пациенту установлена 3 группа инвалидности. Наблюдается неврологом районной поликлиники, в настоящее время не работает. По характеру заболевание медленно прогрессирующее, с обострениями до 3–4 раз в год. Травмы отрицает. Туберкулез, вирусный гепатит, онкозаболевания отрицает. Гемотрансфузии отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Двигательная сфера.** Умеренная атрофия мышц дистальных отделов правой нижней конечности. В дистальных отделах правой нижней конечности движения ограничены при экстензии стопы, ходьба на носках справа невозможна. Умеренная атрофия мышц дистальных отделов правой нижней конечности. Дефанс поясничных мышц слева. Парез мышц правой голени и стопы 3 балла. Рефлекторная сфера. Отсутствует ахиллов рефлекс справа. Положительны симптомы натяжения в поясничной области: симптом Ласега справа: угол 30%, симптом Вассермана справа, положительны симптомы треножника, симптом посадки, перкуссия, остистых отростков в поясничном отделе безболезненна, движения пояснично–крестцового отдела позвоночника значительно ограничены, сглажен поясничный лордоз, походка шадящая. **Чувствительная сфера.** Снижена по корешковому типу на правой нижней конечности в зоне L5, S1.

**Топический диагноз.** Очаг поражения расположен на уровне корешка L5, S1 справа



**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови без особенностей.

**Клинический диагноз.** Деформирующая дорсопатия: Остеохондроз диска L4–L5, грыжа диска L4–L5 справа, последствия операции расширенной интерламинэктомии L4–L5 справа с удалением грыжи диска L4–L5, нарушением статодинамической функции позвоночника. Радикулопатия L5, S1 справа с рефлекторными, чувствительными, трофическими расстройствами, дистальным парезом правой нижней конечности, алгическим синдромом в стадии обострения.

**Рекомендации по лечению.** Р–р Ketorolaci 1 мл в/м 1 раз в день; р–р Tolperisoni 2 мл в/м 1 раз в день; р–р Cerebrolysini 5 мл в/м 1 раз в день; р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; р–р Aminophyllini 2,4 % 10 мл + р–р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; лечебная физкультура с 3 суток лечения, УФО на поясничный отдел в дозе субэритемы; диадинамические токи на поясничный отдел.

### **Клинический пример №130**

Военнослужащий 30 лет поступил в отделение с жалобами на простреливающие боли в поясничной области, с распространением по боковой поверхности левого бедра, голени, усиливающиеся при физических нагрузках, слабость в левой ноге, ограничение объёма движений из-за болей.

**Анамнез заболевания.** Со слов больного считает себя больным пол года, когда, после длительного пребывания за рулем автомобиля, во время неловкого движения, появилась простреливающая боль в пояснице с иррадиацией в левую ягодицу, левую ногу по ее боковой поверхности, слабость и онемение в ней невозможность самостоятельно передвигаться. Был госпитализирован в неврологическое отделение где находился на

лечении. На фоне проведенного лечения, болевой синдром уменьшился, увеличился объём движений. Последнее обострение 3 дня назад.

**Анамнез жизни.** Родился вторым ребенком в полной семье. В детстве рос и развивался нормально. Из перенесенных заболеваний отмечает редкие простудные заболевания. Травм, операций не было. Туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного исследования.** Пальпация остистых отростков и паравертебральных точек болезненная в поясничном отделе. Движения в позвоночнике резко ограничены из-за болей. Отмечается дефанс поясничных мышц, анталгический сколиоз в поясничном отделе позвоночника, уплощение поясничного лордоза.

**Неврологический статус. Двигательная система.** Пассивные и активные движения в нижних конечностях резко ограничены из-за болей. Проба Барре, нижнюю из-за болевого синдрома в пояснице, выполнить не может. **Система чувствительности.** Положительны симптомы натяжения: Лассега слева, угол—40\*; положителен симптом посадки.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови без особенностей.

**Клинический диагноз. Вертеброгенная дорсопатия: люмбоишалгия слева с выраженным болевым и мышечно-тоническим синдромом на фоне остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника.**

**Рекомендации по лечению.** р-р Lornoxicami 8 мг в/м 1 раз в день; р-р Ketorolaci 2 мл в/м 1 раз в день; р-р Acidi thioctici 600 мг + р-р NaCl 0,9% 200 мл в/в капельно 1 раз в день; р-р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; таб. Tizanidini 2 мг по 1 таб. 3 раза в день; капс. Omeprazoli 20 мг по 1 капс. утром.

## Клинический пример №131

Женщина 52 года поступила в отделение с жалобами на выраженную боль в пояснично–крестцовом отделе позвоночника, усиливающуюся при движении, при наклонах, выраженную стреляющую жгучую боль по задней поверхности правой ноги, онемение и чувство «ползания мурашек» по задней поверхности правой ноги.

**Анамнез заболевания.** Впервые боль в пояснично–крестцовом отделе позвоночника стала беспокоить около 10 лет назад. К врачу по данному поводу не обращалась. Лечилась самостоятельно путем нанесения мази «Diclophenacі имуль гель». С положительным эффектом. 2 дня назад подняла на руки внука, ощутила острую боль в пояснично–крестцовом отделе позвоночника, стреляющую жгучую боль по задней поверхности правой ноги. Подобный характер боли отмечает впервые. Пыталась лечиться самостоятельно дома ранее испытанным путем. Без эффекта.

**Анамнез жизни.** Родилась в полной семье, в срок, третьим ребёнком. Росла и развивалась нормально. Жилищно – бытовые условия хорошие. В настоящий момент не работает. Пенсионер. Считает себя практически здоровой. Из перенесенных заболеваний отмечает: гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощен. Операций не проводилось.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Периодические головные боли возникают на фоне повышенного АД, психо–эмоциональных нагрузок, в любое время суток.

**Система чувствительности.** Поверхностная чувствительность: нарушена болевая чувствительность по проводниковому типу, в виде гипестезии по ходу корешка L5–S1. Симптомы натяжения: Симптом Лассега положителен справа 40°.

**Топический диагноз.** Учитывая жалобы и данные объективного обследования, согласно карте дерматом можно думать о задействовании в патологический процесс корешков L5–S1 справа.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, ЭКГ без особенностей. МРТ пояснично–крестцового отдела позвоночника: МР – признаки остеохондроза, спондилоартроза пояснично–крестцового отдела позвоночника. Задние грыжи дисков L1–2, L5–S1. Задние протрузии дисков L2–3, L3–4. Относительный стеноз позвоночного канала на уровне L3–S1. Гемангиомы тел L1, L2. Антелистез тела L4.

**Клинический диагноз. Остеохондроз пояснично–крестцового отдела позвоночника, задние грыжи дисков L1–2, L5–S1, задние протрузии дисков L2–3, L3–4. Относительный стеноз позвоночного канала на уровне L3–S1, гемангиомы тел L1, L2, антелистез тела L4, выраженный мышечно–тонический синдром.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Lornoxicami 8 мг в/м 1 раз в день; р–р Dexamethasoni 4 мл в/м 1 раз в день; р–р Tolperisoni 2 мл в/м 1 раз в день; р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; капс. Omeprazoli 20 мг по 1 капс. утром

### **Клинический пример №132**

Мужчина 50 лет поступил в неврологическое отделение с жалобами на тупые ноющие боли в пояснично–крестцовой области, ягодице с отдачей в правое бедро, голень, стопу, особенно слабость при сгибании и разгибании 1 пальца правой стопы, боль усиливается при ходьбе, при поднятии тяжёлых предметов, на ограничение объёма активных движений при наклонах туловища.

**Анамнез заболевания.** Возникновение данного заболевания больной связывает с переохлаждением, вынужденным положением тела во время

работы. Первые симптомы данного заболевания проявились в виде тупых болей в поясничной области, иррадиирующих в ногу, усиливающиеся при ходьбе и поднятии тяжёлых предметов. Болеет около 10 лет. Обратился в поликлинику, где было назначено амбулаторное лечение. В связи с неэффективностью консервативного лечения был госпитализирован в отделение нейрохирургии для оперативного лечения.

**Анамнез жизни.** В настоящее время работает водителем. Туберкулёз, венерические заболевания, вирусные гепатиты отрицает. Курение, употребление алкоголя, наркотиков отрицает. Основных проявлений аллергии ( появления сыпи на коже, слезотечения, зуда, затруднения дыхания и т. д.), в том числе и на введение лекарственных веществ, а также аллергологических заболеваний у больного не выявлено. У родственников аллергологических заболеваний не выявлено.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус. Двигательная сфера.** Объём активных и пассивных движений в правом тазобедренном суставе снижен, в остальных суставах на правых и левых конечностях не изменён. Сила мышц в правой ноге снижена (бедро – 4 балла, голень – 5 баллов, стопа – 5 баллов). Нейроортопедическое обследование: наблюдается ограничение объёма активных и пассивных движений в пояснично–крестцовом отделе позвоночника, болезненность паравертебральных точек и остистых отростков в поясничном отделе позвоночника, сглаженность пояснично–крестцового лордоза, положительные справа симптомы Лассега (сгибание 40 градусов), Нери, Дежерина.

**Топический диагноз.** На основании жалоб, данных исследований неврологического статуса выставлен топический диагноз – очаг поражения находится на уровне L3 – S1 корешков.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. Магнитно–резонансная томография: распространенный остеохондроз

пояснично–крестцового отдела позвоночника, правосторонняя парамедиальная восходящая секвестрированная грыжа диска L4–L5 с резкой компрессией невральных структур, правосторонняя парамедиальная нисходящая грыжа диска L5–S1.

**Клинический диагноз. Пояснично–крестцовый остеохондроз, осложненный грыжеобразованием L4–L5 справа, дискогенная радикулопатия L3 справа, люмбоишалгический синдром, обострение.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Metamizoli natrii 1 мл в/м 3 раза в день; таб. Ibupropheni 200 мг по 1 таб. 3 раза в день.

Наличие грыжи межпозвоночного диска L4– L5 справа с компрессией корешка L5, гемипарез 1 пальца правой стопы, люмбоишалгический синдром (L5–S1), отсутствие эффективности от консервативного лечения является показанием к оперативному лечению

### **Клинический пример №133**

Грузчик 43 года, поступил в неврологическое отделение с жалобами на интенсивную боль в пояснично–крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией по задне–боковой поверхности правой ноги, которая ощущается в состоянии покоя и значительно усиливается при активных и пассивных движениях и в положении сидя, указание в анамнезе на подъём тяжести, после чего появилась боль.

**Анамнез заболевания.** Боли подобного характера беспокоили пациента около одного года назад, за медицинской помощью не обращался, лечился дома самостоятельно. Последнее ухудшение самочувствия отмечает день назад, когда после подъёма тяжёлого груза появились вышеперечисленные жалобы. Пытался лечиться самостоятельно, используя мази с НПВС–без эффекта, в связи с чем обратился за медицинской помощью.

**Анамнез жизни.** Рос и развивался соответственно возрасту. ЧМТ, кожно–венерические заболевания, гепатиты, брюшной тиф, туберкулёз, онкологию отрицает, вредные привычки – курит. Жилищно–бытовые условия хорошие. Наследственный и аллергологический анамнезы не отягощены.

**Данные объективного исследования.** Выявляется сколиоз, выпуклостью вправо, усиливающийся при наклоне кпереди, но значительно уменьшающийся в положении лёжа. Наклон кпереди резко ограничен и осуществляется за счёт тазобедренных суставов. Резко ограничен и наклон в большую сторону (вправо). Отмечается выраженное напряжение паравертебральных мышц в пояснично–крестцовой области, уменьшающееся в положении лёжа, болезненна пальпация паравертебральных точек на этом уровне и точки выхода седалищного нерва справа. Симптом Ласега (+) справа под углом 30 градусов, а при последующем сгибании ноги в коленном и тазобедренном суставах она проходит.

**Неврологический статус. Двигательная сфера.** Сглажен поясничный лордоз. Затруднены активные и ограничены пассивные движения в правой ноге (вероятно из–за усиления болевого синдрома). Создаётся впечатление о снижении силы в разгибателях правой стопы и большого пальца. Затруднена ходьба на правой пятке. Снижена сила в экстензорах правой стопы и большого пальца до 4.5 баллов. Тонус мышц не изменен. Сухожильные и надкостничные рефлексы. Коленный ( L2–L4) снижен справа. Ахиллов (L5–S2) справа не вызывается. **Координация движений.** В позе Ромберга не устойчив(усиливается боль в спине и в правой ноге). **Система чувствительности.** Предъявляет снижение поверхностной чувствительности по передне–боковой поверхности правой голени и стопы.

**Топический диагноз.** У пациента имеют место следующие проявления: болевой синдром в поясничной области с иррадиацией в правую ногу, сглажен поясничный лордоз, напряжны длинные мышцы спины в поясничной области, положительный симптом натяжения справа под углом в

30 градусов, снижение коленного и выпадение ахиллова рефлексов справа, снижение чувствительности в дерматоме L5–S1, снижение силы в экстензорах правой стопы и большого пальца. Таким образом можно сказать, что у больного имеется поражение корешков L5 и S1 справа.

**Клинический диагноз. Деформирующая дорсопатия, остеохондроз пояснично–крестцового отдела позвоночника, грыжи дисков L4–L5, L5–S1(по данным МРТ), хроническим правосторонним радикулярным синдромом с выраженным мышечно–тоническими проявлениями, умеренными двигательными и чувствительными расстройствами, выпадением ахиллова рефлекса справа, выраженным болевым синдромом, стадия обострения.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Lornoxicami 8 мг в/м 1 раз в день; р–р МРPyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; капс. Omeprazoli 20 мг по 1 капс. утром; капс. Valerian rhizome with root extract + Lemon balm herb extract + Mint extract по 1 капс. 3 раза в день; в течение 1–3 дней (в остром периоде) полупостельный режим, лежать желательно на твёрдой поверхности и в удобной позе, избегать наклонов и вращений туловища, поднятия тяжести, длительного сидения. Использование фиксирующего пояса на поясницу несколько дней (длительность его использования 3–4 часа за сутки), постизометрическая релаксация, при стихании острого болевого синдрома, подключение ЛФК в щадящем режиме и массажа.

### **Клинический пример №134**

Мужчина 35 лет поступил в отделение с жалобами на выраженную боль в пояснично–крестцовом отделе позвоночника, боли по задней



поверхности правого бедра, затруднение передвижения из-за выраженной боли (передвигается с помощью трости).

#### **Анамнез заболевания.**

Считает себя больным в течение месяца, когда получил производственную травму (работает монтажников, на него упало 3,5 т. кирпичей), проходил стационарное лечение с диагнозом: сотрясение головного мозга, ушибы, ссадины мягких тканей головы с наличием подпапневротической гематомы лобной области, ушиб мягких тканей правого бедра и правой голени, ссадины области правого бедра и правой голени, гематома правого бедра. Был выписан под наблюдение невролога в поликлинику по месту жительства. Консультирован амбулаторно неврологом, вертебрологом, диагноз – остеохондроз пояснично–крестцового отдела позвоночника. Принимал амбулаторно – Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini, Lornoxicami. Со слов, улучшения состояния не наблюдалось – беспокоила боль в пояснично–крестцовом отделе позвоночника и боль в правом колене. Ухудшение состояния сегодня, когда при наклоне туловища возникла резкая боль в пояснично–крестцовом отделе позвоночника, вызвана бригадой скорой помощи. Госпитализирован.

**Анамнез жизни.** Рос и развивался в соответствии с возрастом и полом. Питание регулярное, сбалансированное. Вредные привычки: отсутствуют. Соматический анамнез: неотягощен ОНМК, ОИМ, туберкулез, гепатиты, венерические и онкологические заболевания в анамнезе отрицает. Операции: отрицает. Аллергологический анамнез: неотягощен.

**Данные объективного исследования.** Пальпация остистых отростков и паравертебральных точек болезненна в пояснично – крестцовом отделе позвоночника. Выраженный мышечно–тонический синдром в пояснично–крестцовом отделе позвоночника. Движения в позвоночнике ограничены, болезненные.

**Неврологический статус. Двигательная система.** В левой нижней конечности пассивные и активные движения в полном объеме, в правой

нижней конечности – объем активных движений ограничен из-за болевого синдрома. Достоверно мышечную силу не определить из-за выраженного болевого синдрома в коленном суставе справа, слева мышечная сила 5 баллов. Глубокие рефлексy D=S, живые с рук, коленные, ахилловы снижены D=S. **Система чувствительности.** Поверхностная чувствительность: нарушена болевая чувствительность по проводниковому типу, в виде гипестезии по ходу корешка L5–S1.

**Топический диагноз.** В ходе обследования у пациента выявляется: чувствительные нарушения в виде: проводниковой гипестезии в зоне корешков L5–S1.

**Результаты специальных исследований.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ без особенностей. МРТ пояснично–крестцового отдела позвоночника: МР – признаки остеохондроза, спондилеза пояснично–крестцового отдела позвоночника. Задняя каемчатая грыжа межпозвоночного диска Th12–L1. Задние протрузии дисков L5–S1. ЭНМГ нижних конечностей: нарушения проведения возбуждения по моторным и сенсорным волокнам нервов нижних конечностей не выявлено. УЗИ правого коленного сустава: возможно повреждение внутреннего мениска. Травматолог: миогенная контрактура правого коленного сустава.

**Клинический диагноз. Деформирующая дорсопатия. Остеохондроз пояснично–крестцового отдела позвоночника, осложненный грыжеобразованием Th12–L1 обострение, с умеренными болевым, мышечно–тоническими синдромами. Миогенная спастическая контрактура правого коленного сустава.**

**Рекомендации по лечению.** Р–р Lornoxicami 8 мг в/м 1 раз в день; р–р Tolperisoni 2 мл в/м 1 раз в день; р–р Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini 2 мл в/м 1 раз в день; таб. Iridacrini 20 мг по 1 таб. 3 раза в день; капс. Omeprazoli 20 мг по 1 капс. утром; ЛФК, массаж в стадии ремиссии.

## 13. РАЗЛИЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

### Клинический пример №135

Ребенок 10 лет поступил в отделение с жалобами на учащенное моргание, подёргивание в области лица, шеи, плечевом поясе, закатывание глаз, тревогу, страхи, беспокойный сон.

**Анамнез заболевания.** Пациент болен в течение семи лет, когда после психо–эмоциональной травмы (ребенок пошел в детский сад не подготовленным), впервые стали наблюдаться тикоидные гиперкинезы мимической мускулатуры лица в виде: стереотипных движений, учащенных морганий одним или двумя глазами, поднятия бровей, наморщивания лба, подёргивания в области шеи, крыльев носа, выворачивания губ. Первый раз госпитализирован в стационар 5 лет назад, выписан из стационара с хорошей положительной динамикой. В дальнейшем заболевание протекало волнообразно, неоднократно проводилось обследование и лечение. Данная госпитализация обусловлена ухудшением состояния ребенка.

**Анамнез жизни.** Родился первым ребёнком в семье, 1 роды. Беременность и роды протекали без патологии. Роды самостоятельные в срок. По шкале Апгар 8–9б. Кормление грудью до года. Привит по возрасту. Детский сад посещал с 4 лет. С детства тихий, ласковый, тревожный. Ближайшие родственники – мать, отец психически здоровы. Материальное положение в семье, жилищно–бытовые условия удовлетворительные. Моральная атмосфера в семье благополучная, со слов родителей. В школу пошёл с 7 лет. Успеваемость хорошая. Перенесённые заболевания: ОРВИ,

грипп, ветряная оспа. Туберкулёз, гепатит – отрицает. Аллергологический анамнез спокойный.

**Данные объективного исследования.** Без особенностей.

**Неврологический статус.** Без особенностей.

**Специальный статус.** В результате наблюдения за поведением больного синдромов расстроенного сознания не выявлено. Правильно ориентирован в собственной личности, в месте, времени и окружающем. Больной контактен, хорошо понимает обращённую к нему речь и задаваемые вопросы, на которые отвечает правильно. Внешний облик больного обычный, опрятный. На поставленные вопросы отвечает охотно, фон настроения ровный, адекватный, с элементами гипотимии. Свои жалобы излагает активно. Жалобы на учащенное моргание, подёргивание в области лица, шеи, плечевом поясе, закатывание глаз, тревогу, страхи, беспокойный сон. Память и внимание не нарушены

**Клинический диагноз. Хроническое тикоидное расстройство.**

**Рекомендации по лечению.** Таб. Acidi aminophenylbutyrici 250 мг по 1 таб. 3 раза в день; таб. Glycini, по 2 таб. 3 раза в день; таб. Thioridazini 10 мг по 1 таб. 3 раза в день; массаж, электросон, индивидуальная психотерапия, аутогенная тренировка – метод самоконтроля, направленный на выработку общих тормозных навыков.

### **Клинический пример №136**

Ребенок 5 лет поступил в отделение с жалобами на жалобы на "аутистикоподобное" поведение, на снижение интеллекта, моторную неловкость, расторможенное поведение, эпизоды агрессии и аутоагрессии.

**Анамнез заболевания.** Пациент болен с раннего возраста – наблюдалась задержка формирования всех стадий психомоторного развития

(удержание головы – 3 мес., сел в 7 мес., пошёл в 1,5 года. Речь на момент осмотра не сформирована – отдельные звуки, слова –10–15, предпочитает невербальное общение. Находился на диспансерном наблюдении у невролога и психиатра по месту жительства. Последняя госпитализация год назад.

**Анамнез жизни.** Родился первым ребёнком в семье, 1 роды. До года часто болел простудными заболеваниями. С детства расторможенный, моторно неловкий, выраженная задержка психо–речевого развития, отсутствие контакта с людьми, склонность к механическим игрушкам, навязчивые движения (моет) руки, эхολалии. Отец страдал синдромом Элерса –Данлоса. Материальное положение в семье, жилищно–бытовые условия удовлетворительные. Моральная атмосфера в семье благополучная, отношения между родственниками теплые. В детский сад не ходит– не прошёл медикопедагогическую комиссию из–за выраженного нарушения контакта с окружающим миром, отсутствия речи. В играх со сверстниками не участвует. Безучастен к родственникам, отстранён в общении даже с матерью, расторможен. агрессивен, потому мама избегает прогулок на детских площадках, При рождении перенес ПЭП, госпитализировался в отделение раннего детского возраста для лечения. Выписан домой на 21сутки. Наблюдался неврологом по месту жительства, получал нейропротективную и нейрометаболическую терапию 2–3 раза в год. Перенесённые заболевания: ОРВИ, грипп, ангина. Туберкулёз, гепатит – отрицает. Аллергологический анамнез спокойный.

**Данные объективного исследования.** Расторможен, в вербальный контакт не вступает, но понимает обращённую речь и выполняет простые команды по настроению. Положение активное, расторможен, моторно неловк.

**Неврологический статус.** Больной с трудом доступен продуктивному контакту, расторможен, препятствует осмотру. Сон нарушен. Стереотипические движения руками (моет руки), гектации.

**Специальный статус.** Больной не контактен, частично понимает обращённую к нему речь и задаваемые вопросы, на которые не отвечает, не выполняет простые команды, не вступает в невербальный контакт, совершенно отстранён от реальности. Внешний облик больной аутичен, неопрятен, ночное недержание мочи и кала. На беседу в комнату привела мать, речь не сформирована, во время беседы сидит скованно, раскачивается, гудит, ёрзает. На вопросы не отвечает. Жалобы излагает мать. Устный счёт не сформирован, по возрасту – выраженное снижение интеллекта. Настроение больного на момент беседы замкнут, равнодушен. Реакция на все вопросы расторможенная – разбрасывает материалы тестирования, рвёт бумагу.

**Клинический диагноз.** Эпилептиформная когнитивная дезинтеграция с аутистическим синдромом.

**Рекомендации по лечению.** Таб. Acidi valproici 300 мг по 1 таб 2 раза в день; сироп Acidi horantenicі, по 5 мл 2 раза в день.

**ВОРОНЕЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
Н.Н.БУРДЕНКО**

# **ПСИХИАТРИЯ В КЛИНИЧЕСКИХ ПРИМЕРАХ**

**под редакцией профессора КУТАШОВА В.А.**

**14. ДЕМЕНЦИЯ**

Снижение познавательных функций – симптом, крайне распространенный среди пациентов, обращающихся за помощью к неврологам, психиатрам и терапевтам. Когнитивные нарушения (КН) могут иметь разную степень выраженности и в большинстве случаев значительно ухудшать качество жизни пациентов. Когда КН достигают степени деменции, пациент теряет независимость и оказывается неспособным выполнять часть действий, которые ранее выполнял самостоятельно.

Трудности, которые испытывает родственник или ухаживающие за пациентом лица, делают актуальными раннюю диагностику и разработку методов эффективной помощи больным на всех этапах развития познавательных расстройств.

Подходы к классификации деменции различны. Учитывая наличие множества параметров, по которым можно характеризовать понятие «деменция», классификация её получается распространенной.

Частота встречаемости деменции возрастает с увеличением возраста: от 2% в популяции до 65 лет до 20% у лиц в возрасте 80 лет и старше. Среди лиц старше 65 лет примерно у 9% имеется легкая или умеренная деменция, у 5% – тяжелая деменция. Нередко довольно трудно разграничить начальные стадии деменции и забывчивость при нормальном старении, неправильное решение этой проблемы приводит к гипердиагностике деменции у пожилых. Обусловленные возрастом КН проявляются легкими нарушениями памяти и некоторым замедлением скорости психических процессов. При этом существенных ограничений в обыденной и профессиональной деятельности из-за КН не происходит.

Основными причинами деменции являются болезнь Альцгеймера (БА) и сосудистые поражения головного мозга (сосудистая деменция), значительно реже – дисметаболические расстройства, алкоголизм, опухоли головного мозга, черепно-мозговая травма (ЧМТ), нормотензивная гидроцефалия, болезнь Паркинсона (БП), инфекционные заболевания центральной нервной системы (ЦНС) (рис. 31).





Рисунок 31. Формы деменции

Деменция является основной причиной госпитализации в медицинские институты длительного пребывания. Одно из ведущих исследований Великобритании (BUPA) выявило, что средняя продолжительность пребывания в домах ухода составляет 2,2 года, в 25% случаев пациенты находятся в них от 3,6 лет и дольше, а в 10% – более 6 лет.

Вследствие прогрессивного роста количества больных данная проблема приобретает большие масштабы, поэтому возникает необходимость в разработке альтернативных методов предоставления им помощи.

## 15. БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Болезнь Альцгеймера (БА) – хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание головного мозга, проявляющееся нарушениями памяти и других когнитивных функций.

БА – самое распространённое нейродегенеративное заболевание, самая частая причина деменции. Это заболевание вызывает не менее 35–40% деменций. Риск развития БА в течение 1 года составляет около 0,3% в возрастной группе 65–69 лет и многократно увеличивается в старших возрастных группах.

Пожилой возраст – наиболее частый фактор риска БА. К другим доказанным факторам риска этого заболевания относят следующие:

- семейный анамнез по данному заболеванию, особенно при раннем начале деменции (до 60 лет);
- неконтролируемая артериальная гипертензия (АГ) в среднем и пожилом возрасте;
- атеросклероз магистральных артерий головы;
- гиперлипидемия;
- гипергомоцистеинемия;
- сахарный диабет (СД);
- избыточная масса тела;
- гиподинамия;
- хроническая гипоксия;
- ЧМТ в анамнезе;
- низкий уровень образования и низкая интеллектуальная активность в течение жизни;
- эпизоды депрессии в молодом и среднем возрасте;
- женский пол.

Согласно современным представлениям БА – генетически детерминированное заболевание. На сегодняшний день точно установлено четыре патологических гена, носительство которых связано с высоким

риском развития БА: ген, кодирующий предшественник амилоидного белка (хромосома 21); пресенилин – 1 (хромосома 14); пресенилин – 2 (хромосома 1); ген, кодирующий аполиipoprotein E – 4 (хромосома 19).

В норме предшественник амилоидного белка расщепляется на одинаковые по величине полипептиды. При генетической дефектности этого белка или дефектности ферментных систем предшественник амилоидного белка расщепляется на различные по длине фрагменты. При этом длинные фрагменты являются нерастворимыми и поэтому откладываются в паренхиме головного мозга и стенках церебральных сосудов (стадия диффузного церебрального амилоидоза). Далее в паренхиме головного мозга происходит агрегация нерастворимых фрагментов в патологический белок –  $\beta$ -амилоид. «Гнёздные» отложения этого белка в паренхиме головного мозга называют сенильными бляшками.  $\beta$  – амилоид обладает нейротоксическими свойствами. Результатом всего этого сложного каскада процессов становится повреждение и гибель нейронов. При этом в первую очередь и в наибольшей степени страдают нейроны, окружающие сенильные бляшки (рис. 32).

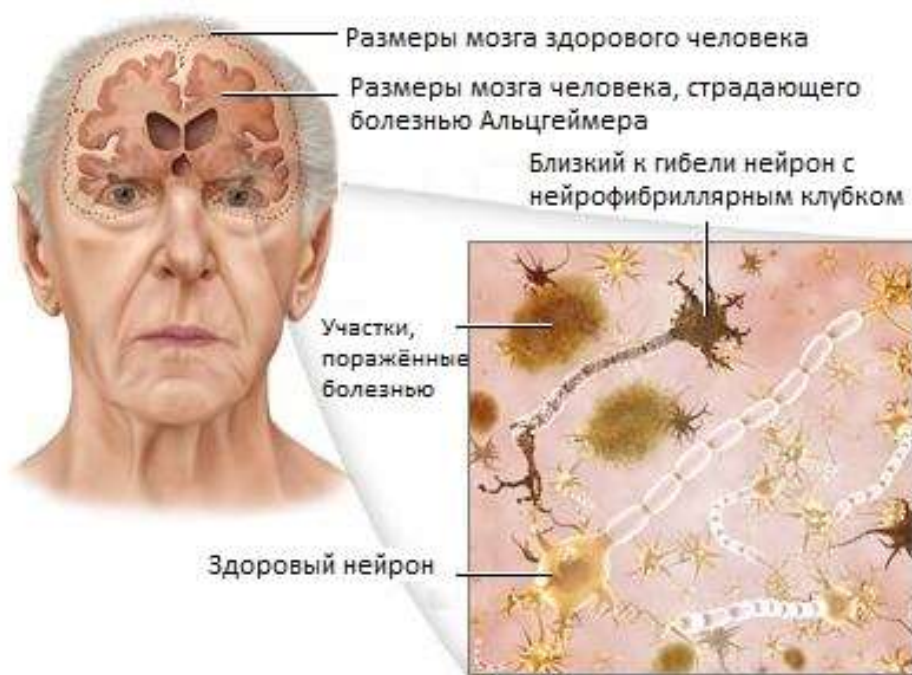


Рисунок 32 Поражение головного мозга при болезни Альцгеймера

По данным клинко – морфологических сопоставлений, дегенеративный процесс при БА начинается приблизительно за 10–15 лет до появления первых клинических симптомов (латентная, или доклиническая стадия). Затем исподволь формируются нарушения памяти (так называемая доброкачественная старческая забывчивость). Этот этап характеризуется сохранной критикой к своему состоянию и относительной сохранностью других когнитивных функций (кроме памяти) (рис. 33.)

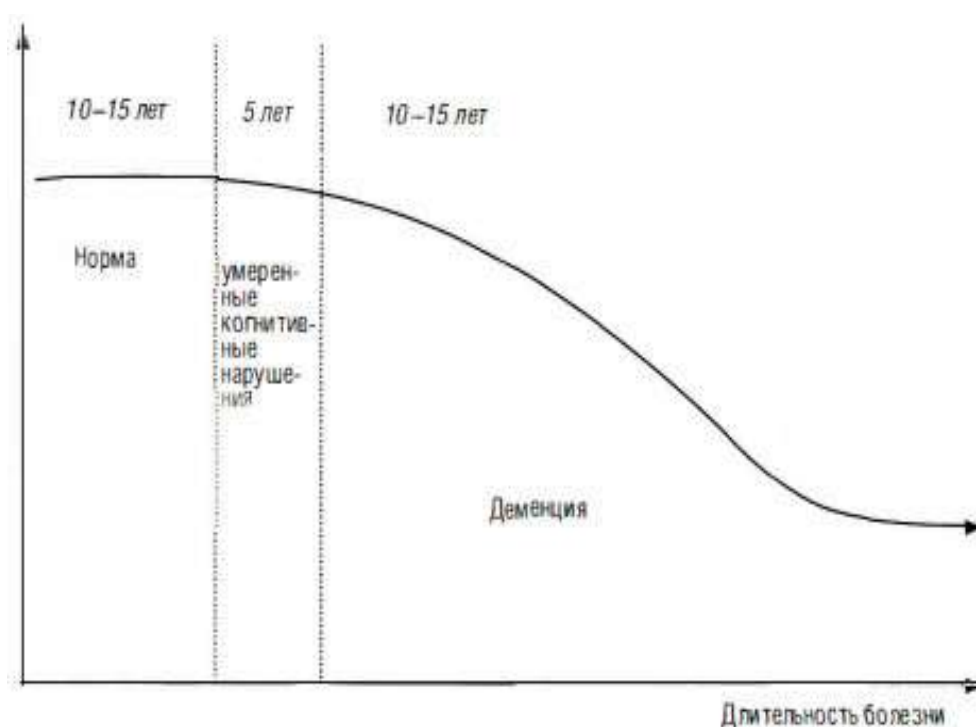


Рисунок 33. Основные клинические этапы болезни Альцгеймера

В соответствии с современной классификацией КН подобные расстройства обозначают как амнестический тип умеренных КН:

- Жалобы на ухудшение памяти со стороны больного и/или окружающих его лиц.

- Объективное подтверждение мнестических расстройств с помощью нейропсихологических тестов.
- Относительная сохранность интеллекта.
- Нет ограничений в повседневной жизни.
- Деменция отсутствует.

Продолжительность этого этапа у лиц пожилого возраста в среднем составляет около 5 лет. В дальнейшем присоединяются другие КН, появляются трудности в повседневной жизни, то есть формируется синдром деменции.

На этапе деменции доминирующими в клинической картине остаются нарушения памяти на текущие события. Нарушения памяти – обязательный симптом.

Сначала больной забывает события ближайшего прошлого, затем амнезия распространяется на более отдалённые события. Такая закономерность прогрессирования нарушений памяти при БА получила название закона Рибо. Данный тип нарушений памяти – практически патогномоничный симптом БА. Он связан с поражением гиппокампа, отвечающего за запоминание и усвоение новой информации. В следующих стадиях заболевания больные могут припомнить лишь самые важные события жизни. Иногда «пустоты» в памяти заменяются вымышленными событиями (так называемые ложные воспоминания, или конфабуляции).

На этапе деменции одновременно с нарушениями памяти отмечают нарушения других когнитивных функций. Наиболее выражены пространственные расстройства (нарушения пространственного гнозиса и праксиса) и нарушения речи. Возникновение пространственных нарушений отражает вовлечение в дегенеративный процесс теменных долей головного мозга. Пространственные нарушения приводят к трудностям ориентировки на местности, невозможности самостоятельно путешествовать по городу, водить автомобиль. Очевидно, что сначала затруднения возникают лишь на менее знакомых пациенту маршрутах, но со временем пространственные расстройства усиливаются.

Помимо нарушений ориентировки, пространственные расстройства проявляются трудностями при анализе пространственного взаиморасположения объектов. Из – за этого больной не может узнать время

по часам со стрелками, читать географическую карту. Данный вид КН называют пространственной агнозией.

Третьим типичным видом КН при БА бывают нарушения речи. Они начинаются с того, что в речи больного уменьшается количество существительных. В разговоре пациенты иногда не могут подобрать нужное слово, заменяют существительные местоимениями. Для выявления речевых трудностей можно попросить больного назвать за одну минуту как можно больше животных, в норме их должно быть не меньше 18–20. Другой тест: показывают предметы и просят больного их назвать. При этом пациент видит предмет, узнаёт его, знает его предназначение, но не может вспомнить, как он называется (недостаточность номинативной функции речи). Очевидно, что трудности более заметны при назывании не самых распространённых предметов.

По мере прогрессирования речевых расстройств формируется синдром акустико–мнестической афазии. Она характеризуется отчуждением смысла существительных: больной слышит слова, может повторять их вслед за врачом, но не понимает услышанного. Из – за этого понимание обращённой речи частично нарушено, однако глаголы и прилагательные пациент воспринимает нормально. Собственная речь больного крайне бедна существительными. Создаётся впечатление, что он забыл названия предметов. Акустико–мнестическая афазия отражает поражение левой височной доли. Афазия не обязательна для диагностики, она развивается лишь у части больных, в основном при начале заболевания в возрасте до 65 лет (пресенильная форма). Речевые нарушения считают прогностически неблагоприятным признаком: темп прогрессирования деменции у больных с афазией более высок.

На ранних этапах заболевания критика к своему состоянию полностью или частично сохранна. Осознание прогрессирующего когнитивного дефекта часто вызывает обоснованную тревогу и беспокойство. В большинстве случаев больные выглядят растерянными, активно жалуются на ухудшение

памяти, могут предъявлять другие жалобы, отражающие повышенный уровень тревоги. В 25–40% случаев развивается депрессия.

По мере прогрессирования заболевания критика снижается, параллельно этому уменьшается выраженность тревожно–депрессивных нарушений. Им на смену приходят поведенческие расстройства, такие, как повышенная подозрительность, бред, агрессивность, бесцельная двигательная активность, бродяжничество, дневная сонливость и психомоторное возбуждение ночью, изменения пищевого поведения, утрата чувства дистанции, бестактность.

Весьма специфичный для развёрнутых стадий БА вид психотических нарушений – бред ущерба: больные подозревают ближайших родственников в том, что они крадут их вещи, собираются оставить без помощи, сдать в дом престарелых. Не менее специфичны бесцельная двигательная активность и бродяжничество: пациенты бесцельно ходят из угла в угол, перекладывают вещи с одного места на другое, уходят из дому. В то же время следует иметь в виду, что некоторые поведенческие расстройства, например, раздражительность и агрессивность, в части случаев могут быть ответной реакцией больного на неправильное поведение родственников (например, насмешки или чрезмерную заботу).

Прогрессирование когнитивных и поведенческих нарушений закономерно приводит к трудностям в повседневной жизни и постепенной утрате независимости и самостоятельности. Формирующиеся ограничения повседневной деятельности из–за КН – грань, разделяющая амнестический тип умеренных КН и лёгкую деменцию альцгеймеровского типа.

На начальных этапах деменции нарушаются наиболее сложные виды повседневной деятельности, такие, как работа, хобби и увлечения, социальная активность, общение с другими людьми. При этом у себя дома больной полностью адаптирован, может ходить в ближайший магазин и совершать путешествия по хорошо знакомым маршрутам. Позднее возникают трудности дома, появляется частичная зависимость от посторонней помощи. В стадии тяжёлой деменции больные постепенно

утрачивают остатки когнитивных способностей, становятся абсолютно беспомощными и полностью зависимыми от посторонних. Поведенческие расстройства регрессируют из – за грубой интеллектуальной недостаточности.

Больные апатичны и не предпринимают каких – либо попыток активной деятельности. Уменьшается чувство голода и жажды.

В финале БА пациенты не разговаривают и не понимают обращённую к ним речь, не могут ходить и поддерживать равновесие, испытывают трудности при кормлении из – за нарушения жевания. Смерть наступает из-за осложнений обездвиженности или сопутствующих заболеваний.

### **Клинический пример**

*Женщина 59 лет доставлена бригадой СМП в связи с ухудшением психического состояния. Жалоб не предъявляет. Ранее в данном стационаре не лечилась.*

***Анамнез заболевания.** Со слов дочери: первое изменение в состоянии около 2-х лет назад: нарушилась память, утрата навыков самообслуживания, нарушение поведения. Настоящее ухудшение состояния в течении 3-х недель: стала эйфорична, неадекватна, не ориентируется во времени, обнажается.*

***Анамнез жизни.** Больная родилась вторым ребенком. К моменту ее рождения родителям было 20–25 лет. Беременность протекала нормально. Роды вторые, срочные. В психическом и физическом развитии не отставала от сверстников. Сидеть начала к году, ходить к 2-м годам. В школу пошла в срок, закончила 8 классов, специальности не имеет, работала поваром. В данный момент – пенсионерка. Вышла замуж в 23 года, вдова. Первые менструации появились в 12 лет, регулярные, нервными проявлениями не сопровождались. Количество беременностей – одна. Роды протекали нормально. Дети – дочь. Умственное развитие и состояние здоровья – удовлетворительное. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные,*



бронхит. Туберкулёз, венерические заболевания отрицает, ЧМТ с потерей сознания отрицает. Аллергоанамнез без особенностей, эпиданамнез спокойный. Не курит. Алкоголь употребляет только по праздникам.

**Психический статус.** Больная на курацию пришла сама. Походка уверенная, осанка правильная. В ясном сознании. Мимика достаточно живая, адекватная. Движения быстрые. Жестикуляция адекватная. Неопрятна. Относится к беседе без интереса. Не сосредоточена. Содержание беседы и вопросов понимает. Речь некрасноязычная, необстоятельная, громкая. Больная строит речь грамотно. Рассказывая о чем-либо, постоянно вспоминает о второстепенных деталях и застревает на них, иногда вовсе не может вернуться к первоначальной теме разговора. К примеру, постоянно говорит, что «дочка с зятем за мной сегодня вечером придут ...Обои поклеят и придут.... Дочка сказала, что поставят мне зубы...».

Ориентация больной во времени и пространстве нарушена. Ориентация в собственной личности сохранена. Симптомов отключения сознания не отмечено: больная реагирует на раздражители обычной силы, понимает обращенные к ней вопросы разной степени сложности. Сонливости нет.

Расстройств восприятия в виде иллюзий, галлюцинаций, нарушения схемы тела, деперсонализации и дереализации не отмечено.

Память на прошлые события сохранена, но присутствуют явления парамнезий (путаёт хронологию событий) – псевдореминисценции. Память на текущие события нарушена (считает, что находится в отделении два дня, хотя на самом деле находится в течение 2-х недель)

Внимание больной устойчивое. Больная не отвлекается. Признаков истощения внимания не отмечено. Беседа с больной длилась более 30 минут, и за это время больная не проявляла усталости.

При сборе анамнеза больная не употребляла общие и профессиональные понятия, ее суждения и умозаключения касались только бытовых, домашних проблем, были поверхностными, без попыток анализа ситуаций. Легко

*воспринимались только относительно простые вопросы, на них давались простые, поверхностные, конкретные ответы. Сложно сформулированные вопросы, касающиеся отдельных деталей, воспринимались с трудом, их приходилось повторять или упрощать. Такой уровень интеллекта можно объяснить недостаточным образованием больной, отсутствием профессии (соответственно, и профессиональных знаний), окружением больной и низким уровнем культуры в ее семье.*

*Основной тип мышления у больной – конкретный: больная в разговоре пытается сводить все ответы на вопросы к конкретным предметам, вещам, действиям. Речь необстоятельная, громкая. Патологической обстоятельности, резонерства, персевераций в речи не отмечено. Глубина суждений, высказываемых больной в беседе, недостаточна. Суждения больной касаются в основном бытовых проблем, отношений с семьей дочери. Эти простые рассуждения больная ведет правильно, не высказывая паралогичных идей. Фобий выявить не удалось, сверхценных идей в разговоре больная не высказывала. Фиксационная память снижена. Логически – смысловая память снижена. Запасы памяти снижены. Репродуктивная память снижена. Узнавание не нарушено.*

*Свое настроение в данный момент больная оценивает, как хорошее. Колебаний настроения в зависимости от времени суток больная не отмечает. Со слов дочери, у больной возникали суицидальные мысли. Мимика у больной активная, жестикуляция присутствует. Эмоции выражены, адекватны предмету беседы.*

*Больная относится к себе и своей болезни без критики. Больная неопрятна в прическе, одежде, не пользуется косметикой.*

*В разговоре участвует пассивно, в основном отвечает на поставленные вопросы, встречных вопросов не задает, интереса к беседе не проявляет, не пытается выяснить что-либо о своей болезни. В отделении в основном одинока, с больными общается редко, большую часть времени бесцельно ходит по коридору.*

*Часто упоминает о том, что скоро ее должны выписать, что очень хочет домой, соскучилась по дочери. Планы больной не соответствуют реально существующей жизненной ситуации.*

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз:** Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом.

**Рекомендации по лечению:**

*Таб. Memantini 10 мг внутрь, 1 неделя – ½ таб 1 р/д, 2 неделя - по 1 таб 1 р/д, в дальнейшем по 1 таб 2 раза в день;*

*Капс. Cholini alfosceratis 300мг, по 1 капс 3 р/д,*

*Таб. Promazini 25мг, внутрь по 1 таб 3 р/д*

### **Клинический пример**

*Женщина 79 лет направлена на госпитализацию врачом психиатром, повторно. Жалоб не предъявляет. Ранее неоднократно находилась на лечении в данном стационаре.*

**Анамнез заболевания.** *В силу грубого когнитивного дефицита собрать достоверные анамнестические сведения у больной не представляется возможным. Со слов сына: с 2005 года стали прогрессивно нарастать мнестико – интеллектуальные расстройства. Перестала следить за собой, потеряла навыки самообслуживания и хозяйствования. В декабре 2013 года присоединилась бредовая симптоматика с нарушением поведения: начала заявлять, что сын с невесткой хотят выписать ее из дома, не пускала их в квартиру. Ушла из дома, ломилась в здание ФСБ, требовала разобраться с сыном. В 2014г.в связи с неадекватным поведением была госпитализирована в ПНД С того времени состоит на учете у психиатра. Многократно лечилась стационарно. Дома больная не удерживается: ночью не спит, будит родственников с нелепыми требованиями, дезориентирована, куда – то стремится, не осознает текущей ситуации, препараты не принимает,*

навыки самообслуживания и хозяйствования утратила. Родственники больной вновь обратились в ПНД в связи с необходимостью в уходе и присмотре. Была госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Сведений о раннем развитии и детских болезнях нет. Окончила 9 классов средней школы и 10-й класс в вечерней школе (неполное среднее). Работала бухгалтером до пенсии. Была замужем, в настоящее время вдова. Имеет двух взрослых сыновей, внуков. Пенсионерка, до госпитализации проживала с сыном и невесткой. ЧМТ, ОНМК, менингиты, энцефалиты, туберкулез у себя и ближайшего окружения, венерические заболевания, малярия, гепатит, тиф – отрицает. Вредные привычки и хронические интоксикации – отрицает. Аллергологический анамнез – неотягощен. Не курит. Алкоголь не употребляет.

**Психический статус.** Походка медленная, шаркающая. Осанка не ровная, горбится. Выражение глаз апатичное, глаза немного впалые. Мимика скудная, выражена плохо, движения скованные, жестикация отсутствует. Больничная форма чистая, опрятная. Беседу поддерживает с трудом, интересы не проявляет. Содержание беседы, вопросов понимает. Отвечает с задержкой. Голос тихий, монотонный. Словарный запас скудный. Формально понимает, что находится в больнице, но не знает в какой, дезориентирована во времени, формально ориентируется в собственной личности. На вопросы отвечает после паузы, односложно, к концу опроса – чаще невпопад. Фиксационная память снижена. Логически-смысловая память снижена. Запасы памяти снижены. Репродуктивная память снижена. Узнавание не нарушено.

Внимание неустойчивое, на внешние раздражители не всегда отвлекается. Уровень интеллекта снижен. Запас знаний – недостаточный. На простые вопросы отвечала не сразу, без детализации, кратко. На более сложные вопросы отвечала с заминкой, приходилось упрощать вопрос или подбирать другие слова. Не может объяснить значение всех пословиц и поговорок. Аналитические возможности снижены (выявляет сходства и

различия только простых понятий). Подбор синонимов и антонимов затруднён (пациентка задумывается). Способность пополнять знания низкая. Критика к своей болезни отсутствует.

*Мышление бредовое.* Заявляет, что сын с невесткой хотят ее отравить и выселить из квартиры. Темп мышления снижен (уменьшение ассоциаций в единицу времени). Дизартрии не наблюдается. Словарный запас ограничен. Свое настроение в данный момент пациентка оценивает как хорошее. Отмечает колебания настроения в течение суток; понижение аппетита. Суицидные мысли не возникали. Апатия. Планы больной не соответствуют реально существующей жизненной ситуации.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз:** Тяжелая деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом с бредовыми симптомами.

**Рекомендации по лечению:** Таб. Метантині 1 неделя – ½ таб 1 р/д, 2 неделя - по 1 таб 1 р/д, в дальнейшем по 1 таб 2 раза в ден;

Таб. Donepezili 5 мг, по 1 таб 1 р/д;

Таб. Promazini 25 мг, по 1 таб 3 р/д.

## 16. СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ

Сосудистая деменция – это расстройство ЦНС, представляющее собой приобретенное слабоумие и вызываемое нарушениями сосудистой сети головного мозга. Это и отличает данный вид деменции от других ее типов, в большинстве своем вызванных отложением в нервных клетках токсичных веществ. Проблемы с кровообращением головного мозга, ведут к встречающимся и при других типах слабоумий КН (то есть связанных с интеллектуальной деятельностью индивида).

При нарушении кровообращения клетки головного мозга, в некоторых его зонах, не получают необходимого им количества кислорода, поэтому, со временем, наступает их гибель. Несомненно, организм человека может до определенной степени компенсировать эти нарушения, но когда ресурсы истощены, смерть нервных клеток неизбежна. Деменция сосудистого генеза внешне никак не проявляется, пока действуют эти компенсаторные механизмы. После их истощения видимыми становятся основные проявления этой болезни: нарушение памяти, речи, мышления. Вместе с этим изменяется поведение человека, его отношение к окружающим, которые часто носят негативный характер. Больной становится менее самостоятельным, ему нужна помощь посторонних людей, что еще сильнее усугубляет его положение.

К факторам риска развития сосудистой деменции относятся: возраст старше 60 лет, АГ, артериальная гипотензия, СД, дислипидемия, болезни сердца (фибрилляция предсердий (ФП), ИБС, пороки сердца), болезни периферических сосудов, курение, мужской пол, негроидная и азиатская расы, наследственность и прочие. Интересно подчеркнуть, что к предполагаемым факторам риска относятся низкий образовательный уровень и профессия рабочего. Более высокий уровень образования может отражать большие способности и резервы мозга, отодвигая, таким образом, во времени начало когнитивных расстройств.

АГ является основным фактором риска развития и прогрессирования сосудистой деменции. Это связано как с высокой распространенностью АГ среди лиц преклонного возраста, так и с характером специфического поражения сосудов головного мозга при АГ.

Проведенные долговременные эпидемиологические исследования показали связь АГ с КН, например исследование Honolulu–Asia Aging Study, а также и то, что терапия по снижению АД может уменьшить риск деменции. Эти данные были убедительно подтверждены в исследованиях Systolic Hypertension in Europe trials, PROGRESS, LIFE, SCOPE, MOSES.

Ведущую роль в формировании деменции при сосудистых поражениях головного мозга играет поражение белого вещества головного мозга и базальных ганглиев, таламуса, что приводит к нарушению связи лобных отделов и подкорковых структур (феномен корково–подкоркового разобщения).

Основным патогенетическим фактором развития этого феномена является АГ, которая приводит к изменениям сосудистой стенки (микроатероматоз, липогиалиноз), преимущественно в сосудах микроциркуляторного русла. Вследствие этого развивается артериолосклероз, что обуславливает изменение физиологической реактивности сосудов. Эта сосудистая патология (сосудистое ремоделирование) приводит к снижению перфузии, развитию ишемии белого вещества головного мозга и множественным лакунарным инфарктам. В результате их кумулятивного эффекта происходит потеря мозговой ткани.

Также важное значение имеют большие одиночные инфаркты мозга; инфаркты мозга, даже небольшие, но в «стратегических» участках. Среди подобных «стратегических» зон следует отметить таламус, гиппокамп, угловую извилину и хвостатое ядро.

Для деменции с острым началом характерно возникновение КН на протяжении первого месяца (но не более трех месяцев) после первого или повторных инсультов. Мультиинфарктная сосудистая деменция является

преимущественно корковой, она развивается постепенно (на протяжении 3–6 месяцев) после серии малых ишемических эпизодов. При мультиинфарктной деменции происходит «аккумуляция» инфарктов в паренхиме головного мозга. Для субкортикальной формы сосудистой деменции характерно наличие АГ и признаков (клинических, инструментальных) поражения глубоких отделов белого вещества полушарий головного мозга. Субкортикальная деменция часто напоминает деменцию при БА. Само по себе разграничение деменции на кортикальную и субкортикальную представляется крайне условным, поскольку патологические изменения при деменции затрагивают в той или иной степени как подкорковые отделы, так и корковые структуры.

В последнее время акцентируется внимание на вариантах сосудистой деменции, непосредственно не связанных с церебральными инфарктами. Концепция «неинфарктной» сосудистой деменции имеет важное клиническое значение, поскольку у большей части этих больных ошибочно диагностируется БА. Таким образом, эти пациенты не получают своевременного и адекватного лечения, а сосудистое поражение головного мозга прогрессирует. Основанием для включения больных в группу «неинфарктной» сосудистой деменции является наличие продолжительного (более 5 лет) сосудистого анамнеза, отсутствие клинических и компьютерно–томографических признаков церебрального инфаркта.

Одной из форм сосудистой деменции является болезнь Бинсвангера (субкортикальная артериосклеротическая энцефалопатия). Впервые описанная Бинсвангером в 1894 г., она характеризуется прогрессирующей деменцией и эпизодами острого развития очаговой симптоматики или прогрессирующими неврологическими расстройствами, связанными с поражением белого вещества полушарий головного мозга. Ранее это заболевание относили к раритетным и диагностировали почти исключительно посмертно. Но с внедрением в клиническую практику методов нейровизуализации оказалось, что энцефалопатия Бинсвангера



встречается довольно часто. Она составляет около трети всех случаев сосудистой деменции. Большинство неврологов предполагают, что это заболевание следует считать одним из вариантов развития гипертонической ангиоэнцефалопатии, при котором наблюдается развитие диффузных и мелкоочаговых изменений, преимущественно в белом веществе полушарий, что клинически проявляется синдромом прогрессирующей деменции.

На основе круглосуточного мониторинга АД выявлены особенности течения АД у таких больных. Установлено, что у больных с сосудистой деменцией бинсвангеровского типа отмечаются более высокие показатели среднего и максимального систолического АД и выраженные его колебания на протяжении суток. Кроме того, у таких больных отсутствует физиологическое снижение АД в ночные часы и отмечаются значительные подъемы АД в утренние.

Особенностью сосудистой деменции является клиническое многообразие нарушений и нередкое сочетание нескольких неврологических и нейропсихологических синдромов у больного.

Для пациентов с сосудистой деменцией характерны замедление, ригидность всех психических процессов и их лабильность, сужение круга интересов. У больных отмечаются снижение когнитивных функций (памяти, внимания, мышления, ориентировки и др.) и трудности при выполнении функций в повседневной жизни и быту (обслуживание себя, приготовление еды, покупки, заполнение финансовых документов, ориентировка в новой обстановке), утрата социальных навыков, адекватной оценки своего заболевания. Среди КН в первую очередь следует отметить расстройства памяти и внимания, которые отмечаются уже на этапе начальной сосудистой деменции и неуклонно прогрессируют. Снижение памяти на прошлые и текущие события – характерный симптом сосудистой деменции, однако мнестические расстройства выражены более мягко в сравнении с деменцией при БА. Нарушения памяти проявляются главным образом при обучении: затруднены запоминание слов, визуальной информации, приобретение новых

двигательных навыков. В основном страдает активное воспроизведение материала, в то время как более простое узнавание относительно сохранно. На более поздних стадиях могут развиваться нарушения абстрактного мышления и суждений. Определяются выраженное сужение объемов произвольного внимания, значительные нарушения его функций – концентрации, распределения, переключения. При сосудистой деменции синдромы нарушения внимания носят модально–неспецифический характер и нарастают по мере прогрессирования цереброваскулярной недостаточности.

У больных сосудистой деменцией имеют место расстройства счетных функций, при прогрессировании заболевания достигающие степени акалькулии. Выявляются различные речевые расстройства, расстройства чтения и письма. Наиболее часто имеются признаки семантической и амнестической форм афазии (рис. 34).



Рисунок 34. Стадии течения деменции

Более чем у половины больных с сосудистой деменцией наблюдается так называемое эмоциональное недержание (слабодушие, насильственный плач),

у части больных – депрессия. Возможно развитие аффективных расстройств, психотической симптоматики.

### **Клинический пример**

*Пациент 82 лет направлена на госпитализацию врачом–психиатром. Самостоятельно жалоб не предъявляет.*

*Со слов родственников: снижение памяти на текущие события и события прошлых лет. Не узнает родных и близких. Собирает вещи, вяжет простыни в узлы, рвет наволочки. Пытается куда – то уйти, куда не объясняет.*

***Анамнез заболевания.** Изменения в психическом состоянии произошли около 1 года назад. Перенес несколько ТИА. Постепенно снижалась память, стал забывать текущие события. Перестал узнавать родных и близких.*

*Резко состояние ухудшилось три недели назад. Снижился сон. Стал собирать вещи в доме, рвать пододеяльники, наволочки. Вязать их в узлы. Пытался уйти из дома. Родственники обратились к врачу – психиатру.*

***Анамнез жизни.** Наследственность психопатологически не отягощена. Рожден шестым ребенком в семье. Раннее развитие без особенностей. Детский сад не посещал. Воспитывался родителями. В школу пошел с 8–ми лет. Окончил 7 классов общеобразовательной школы, ПТУ по специальности токарь. Во время Великой Отечественной войны находился в оккупации. Работал в колхозе разнорабочим. В 18 лет призван в ряды вооруженных сил. Служил в С.А. 2 года. Демобилизовавшись, работал в колхозе токарем. Трудовой стаж 40 лет. Пенсионер. Является ветераном труда, тружеником тыла. Инвалид 2 группы по общему заболеванию. Вдовец. Имеет троих детей. Проживает с дочерью.*

***Психический статус.** Двигательно спокоен. Мимика обеднена. Внешне неопрятен. Контакт доступен формально. На вопросы отвечает не всегда в плане заданного. Дезориентирован в местоположении, времени. В собственной личности ориентирован недостаточно. Речь тихая. Порой*

*невнятная с элементами паралогии. Эмоционально тускл. Ограничен. Мышление конкретное, замедленно. Интеллект резко снижен. Галлюцинаций и иллюзий не выявлено. Критика к своему состоянию отсутствует.*

**Данные объективного обследования.** *Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.*

**Клинический диагноз.** *Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция.*

**Рекомендации по лечению.**

*Таб. Memantini 10 мг, внутрь 1 неделя – ½ таб 1 р/д, 2 неделя - по 1 таб 1 р/д, в дальнейшем по 1 таб 2 раза в день;*

*Таб. Chlorprothixeni 25мг, по 1 таб 3 р/д.*

### **Клинический пример**

*Пациент 72 лет, направлен на госпитализацию врачом психиатром. Самостоятельно предъявляет жалобы на бессонницу. Со слов родственников у пациента отмечается выраженное снижение памяти, бессонница, плохая концентрация внимания; на периодически повторяющиеся состояния: когда может выйти на улицу и не найти дорогу обратно (несколько раз домой его возвращали соседи или прохожие), что и дома вынужден все записывать, т.к. часто забывает о том, что собирался на текущее время делать, не помнит адреса и телефоны своих знакомых.*

**Анамнез заболевания.** *Болен с 1986 года, когда получил ЧМТ (сотрясение головного мозга) при исполнении служебных обязанностей. Лечился стационарно и амбулаторно в ФКУЗ МСЧ МВД. После этого его периодически беспокоили тяжесть в голове, метеочувствительность и неустойчивость АД (в сторону повышения цифр). После увольнения периодически обращался с такими жалобами к неврологу и терапевту поликлиники МВД. Назначалось лечение (включающее в себя ноотропные, сосудистые и гипотензивные препараты), после чего наступало временное улучшение. В 1998 году впервые перенес ОНМК по ишемическому типу в*

правой СМА. В остром периоде заболевания лечился в нейрососудистом отделении БСМП г. Воронежа, затем (в периоды ухудшений связанных с усилениями головных болей, головокружений, повышенной астенизации и нарушения сна) лечился у невролога и терапевта поликлиники МВД с диагнозом: «ЦВБ, ДЭП 2, вестибуло – атаксические нарушения. ГБ 2, риск ССО 4». В 1996 году получил 3 группу инвалидности по военной травме бессрочно. С 2003 года впервые стал отмечать ухудшение памяти на текущие события: например, мог забыть о том, что только собирался сделать, подобные состояния отмечались не менее одного раза в 1,5 – 2 месяца. По данной причине впервые обратился к психиатру поликлиники МВД. Назначалось лечение: винпоцетин, Piracetami, актовегин. Принимал такие курсы лечения по 2 раза в год (в осенне – весенние периоды), отмечалось улучшение. С 2007 года впервые появились признаки нарушения памяти по типу фиксационной амнезии: например, мог проехать свою остановку, т.к. не узнавал ее, мог пойти в магазин и забыть дорогу домой обратно. Помимо этого, стал отмечать за собой несдержанность, раздражительность, появились придирчивость и обидчивость. Вновь обращался к психиатру, последним был выставлен диагноз: «Органическое поражение ЦНС сосудисто–травматического генеза, умеренно–выраженный психоорганический синдром, астено–эскилазивный вариант, умеренно–выраженные интеллектуально–мнестические нарушения». Назначалось лечение: Thioridazini, пронаран, Acidi nicotinoyl-gamma-aminobutyrici, Amitriptylini. После этого отмечалось временное улучшение. 06.05.2016 года выходя из дома нечаянно поскользнулся, ударившись боковой поверхностью туловища справа и правой височной областью головы. На месте ушибов образовались отеки и кровоподтеки, сопровождающиеся небольшой болезненностью. Через 2 дня боли на местах ушибов усилились, и по данной причине обратился к хирургу поликлиники МВД. На момент осмотра врачом–хирургом была замечена некоторая неадекватность в поведении больного: тот выглядел

растерянным, заторможенным, не всегда осознавал суть задаваемых ему вопросов, порывался выйти из кабинета в полураздетом виде – оставив при этом на кушетке свои личные вещи: рубашку, документы и ключи. По данной причине была собрана врачебная комиссия в составе: начальника поликлиники, терапевта, невролога и психиатра. Было принято совместное решение направить больного на консультацию в БСМП к нейрохирургу и травматологу, и в случае отсутствия выявления неотложной патологии данными специалистами направить его на стационарное лечение и обследование в КУЗ ВО «ВОКПНД», в связи с выявленными у больного признаками дементного синдрома. В БСМП был выставлен диагноз: «Ушибы, кровоподтеки мягких тканей головы, закрытый перелом 7 и 8 ребер справа». Сделано КТ головного мозга, заключение «Признаки кистозно–рубцово–атрофических изменений в правой затылочно–височной области. Смешанная гидроцефалия». Из БСМП бригадой СМП был доставлен в КУЗ ВО «ВОКПНД».

**Анамнез жизни.** Наследственность психопатологически не отягощена, родился от первой беременности, протекавшей без осложнений. Раннее развитие соответствовало возрасту. В детстве перенес скарлатину, ветряную оспу и простудные заболевания. Туберкулез, гепатит отрицает. Гемотрансфузий, переливаний эритроцитарной массы не было. Аллергологический анамнез не отягощен. В детстве ЧМТ, снохождений, сноговорений не было. Рос в полной семье. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо: лучше давались точные науки. По характеру был вспыльчив, быстро отходчив, среди сверстников в школе всегда пытался занимать лидирующее положение. Занимался спортом. После окончания 10 классов был призван в армию: с 1961 по 1964 гг. служил в Кремлевском полку. После демобилизации поступил в ВГУ и получил высшее юридическое образование. С 1973 по 1989 гг. служил в ОВД. В 1974 году вступил в брак, от брака единственная дочь. В 1992 году с женой развелся, с тех пор проживает один, и ни с кем из родни

не общается. Жилищно-бытовые условия расценивает как удовлетворительные.

**Психический статус.** В результате наблюдения за поведением больного выявлены симптомы расстроенного сознания: дезориентирован в месте и времени – считает, что находится в поликлинике МВД, и что сейчас: «июль 2013 года». В собственной личности ориентирован верно: верно называет свои ФИО, дату своего рождения и возраст. Осознает, что разговаривает: «с врачами» но подмечает, что: «врачи, наверное, новые» и ранее в поликлинике МВД «не работали». Не понимает, что попал в другое медицинское учреждение. Также не помнит, как приехал и в саму поликлинику МВД, и как был оттуда направлен в БСМП и далее доставлен в специализированное медицинское учреждение. Помнит только то, что он: «недавно ушибся» и у него «болел бок».

Внешний облик больного отражает моторную заторможенность, зажатость, неряшливость. В кабинет заходит шаркающей и неуверенной походкой, садится в согбенной позе. В контакт вступает неохотно. Выражение лица растерянное, взгляд испуганный, рот полуоткрыт. В процессе беседы часто отвлекается по пустякам: например, достает из кармана большую связку ключей, перебирает их, затем вновь лезет за чем-то в карман. Одет не по сезону: в меховую куртку и шапку-ушанку. Рубашка не стиральная, измятая, пуговицы в некоторых местах оторваны. Волосы не мытые и не расчесанные, не брит, ногти отросшие, края их надкусаны. Свои жалобы излагает пассивно, тяготеет к осмотру, иногда раздражается и говорит; «Ну что вы меня мучаете?», затем вновь продолжает нехотя излагать свои жалобы. Жалуется в основном на плохую память: «Все время все забываю».

Выявляется значительное снижение мнестических возможностей: значительное снижение объема и концентрации внимания, истощаемость, утомляемость, трудно сосредоточения, переключаемости. Значительно

*выраженно снижение памяти на текущие события, и события недавнего прошлого (в то время как опыт прошлых лет помнит хорошо).*

*Отмечается оскудение психики, снижение житейских навыков. Можно сделать вывод что в данное время имеется снижение интеллекта.*

*В ассоциативной сфере значительное снижение уровня обобщения, абстрагирования, конкретность, ригидность и тугоподвижность.*

*Настроение сниженное. Спонтанно аффектируется во время беседы. Эмоционально нивелирован.*

*За время пребывания в стационаре: больной оставался заторможенным, апатичным, равнодушным к своему внешнему виду, заинтересованности ни к чему не проявлял. Круг интересов ограничен своими физиологическими потребностями. Однако, в течение первых суток пребывания в стационаре вечером состояние больного изменилось: стал суетлив, беспокоен, подходил к постелям других больных, пытался залезать рукой под их подушки, объяснял, что ищет: «пенсию», которую от него «спрятали». После введенной ему инъекции галоперидол 1,0 и Chlorpromazine 2,0 внутримышечно успокоился и уснул. В последующие дни пребывания в стационаре галлюцинаторно-бредовых расстройств ни разу не выявлялось. В процессе дальнейшего лечения постепенно нормализовались сон, аппетит, поведение было формально-упорядоченное, при этом оставался несколько отрешенным, ни с кем не общался, критика к болезни отсутствовала. Ухудшений в соматическом состоянии не наблюдалось.*

**Данные объективного исследования.** Соматический статус: *Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, соответствует возрасту и полу. Нормостенической конституции. Аномалии развития отсутствуют. Нормально питания. Кожа обычной окраски, теплая, нормальной влажности тургор снижен (что соответствует возрасту). Подкожная жировая клетчатка однородной консистенции. Волосяной покров развит в соответствии с возрастом и полом. На коже волосистой части головы (височной области справа) небольшая отечность (болезненная*



на ощупь), а на коже области правой боковой поверхности туловища – кровоподтек синюшного цвета 7x15 см. (следствие ушибов от падения 06.05.2016г.). Волосы, ногти не изменены.

*Неврологический статус:* Речь не нарушена. Легкая асимметрия лица, зрачки равновеликие, движения глаз в полном объеме, нистагма нет. Легкая асимметрия носогубных, легкая девиация языка влево. Сухожильные рефлексы справа больше чем слева. Правосторонняя пирамидная недостаточность. Координаторные пробы выполняет неуверенно, с двух сторон. В позе Ромберга пошатывается. Дистальный гипергидроз.

*Клинический диагноз:* Деменция в связи со смешанными заболеваниями головного мозга (сосудисто–травматического генеза).

*Рекомендации по лечению:* таб. Promazini 25 мг, по 1 таб 2 р/д, капс. Rivastigmini 3мг, по 1 капс 2 р/д.

### **Клинический пример**

Женщина 74 лет направлена на госпитализацию в ПНД врачом–психиатром. Самостоятельно жалоб не предъявляет. Со слов дочери, пациентка тревожна, раздражительна, не спит ночами, видит галлюцинации в виде «чудовищ, открытого огня и умерших родственников».

*Анамнез заболевания.* Со слов дочери, длительное время страдает гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца (ИБС). 5 лет назад перенесла острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в вертебро–базилярном бассейне. Последние 8–10 лет жаловалась на повышенную утомляемость, особенно во второй половине дня: становилась как «выжатый лимон», стала плохо спать, просыпалась несколько раз за ночь. С трудом засыпала опять. Утром не чувствовала себя бодрой и отдохнувшей. Появились жалобы на головную боль, головокружения, стало трудно справляться с домашними обязанностями, быстро уставала, забывала текущие дела. Появилась несвойственная ей раздражительность, стала нетерпима к внукам, ссорилась с домочадцами, стали отмечаться

*вспышки гнева, появились эгоистические черты, обидчивость, снизилась критика, по несколько раз повторяла одно и то же, сердилась, когда ее не слушали и делали замечания, нарастали расстройства памяти, стала путать дни недели, даты, имена членов семьи, затем выходя из дома в магазин стала забывать обратную дорогу. Могла много раз за день принимать пищу, так как забывала об этом. Появились идеи ущерба, заявляла, что соседка заходила и украла ее платье.*

***Анамнез жизни.** Раннее развитие без особенностей. С 7 лет пошла в школу, училась хорошо. От сверстников в умственном и физическом развитии не отставала. Период полового созревания проходил без осложнений в возрасте 14–16 лет. Первые менструации появились в 14 лет, установились сразу, регулярные безболезненные, продолжительностью 27–29 дней. Было три беременности, 2 самопроизвольных аборта. После окончания школы поступила в институт, по специальности технолог. После окончания вуза работала начальником цеха на мясокомбинате. С 1992 по 1999 год работала зам. глав технолога. Работа не связана с производственными вредностями, но в течение многих лет жалуется на стрессовые и психоэмоциональные перенапряжения. Время наступления климакса – 52 года. Со слов больной время появления климакса проявлялся повышенным потоотделением, повышение АД не отмечает.*

*Живет в 2-х комнатной благоустроенной изолированной квартире со всеми коммунальными удобствами, вместе с мужем и сыном. Питание в течение жизни полноценное, но временами не регулярное, приходится питаться на работе всухомятку, предпочтение отдает мясным блюдам, копченостям, мучным изделиям. Спортом не занималась. Вредных привычек нет. Алкоголь употребляет 2–3 раза в год.*

***Психический статус.** Двигательно беспокойна, суетлива, перебирает руками складки одежды. Внешне неопрятна, не следит за личной гигиеной, не интересуется состоянием одежды и прически. Мимика живая, подвижная. Контакт доступен. дезориентирована в месте, времени и*

собственном возрасте из-за выраженного снижения памяти. Эмоционально лабильна, приветлива и благодушна, слезлива. Часто меняется настроение до раздражительности, капризности. Речь медленная, обстоятельная, многословная. Речь изобилует второстепенными деталями. Мышление ригидно, с бредовым компонентом. Периодически утверждает, что ее хотят отравить. Память резко снижена, преимущественно на текущие события. Внимание рассеянно, неустойчиво. Критика к своему состоянию снижена.

**Данные объективного исследования.** Неврологический статус. Больная в сознании, несколько заторможена, зрачки  $D=S$ , реакция зрачков на свет ослаблена. Движения глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Центральный парез лицевого нерва слева. Язык по средней линии. Симптомы орального автоматизма положительны. Сухожильные рефлексы оживлены  $D=S$ . Патологических стопных и менингеальных знаков нет. Чувствительные нарушения не предъявляет. . В позе Ромберга выраженное пошатывание. Атаксия при выполнении пальце-носовой пробы.

Дополнительные исследования: осмотр окулиста: гипертонический ангиосклероз сетчатки обоих глаз. УЗДГ брахиоцефальных артерий—признаки замедления кровотока по магистральным артериям, атеросклеротическое стенозирование внутренних сонных артерий. КТ головного мозга: лейкоареоз, заместительная смешанная гидроцефалия.

**Клинический диагноз.** Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция с преимущественно бредовыми симптомами.

**Рекомендации по лечению.** Р-р Cholini alfosceratis по 4 мл в/в, медленно;  
Таб. Memantini 10 мг, внутрь 1 неделя – ½ таб 1 р/д, 2 неделя - по 1 таб 1 р/д,  
в дальнейшем по 1 таб 2 раза в день;  
Таб. Thioridazini 10 мг, по 1 таб. 2 р/д.

## **Клинический пример**

*Пациентка 75 лет направлена на госпитализацию врачом–психиатром. Самостоятельно жалоб не предъявляет. Со слов родственников: снижение памяти на текущие события. Снижение сна. Увеличение аппетита. Заторможенность, слабость. Не узнает родных. Утверждает, что родственники хотят ее отравить.*

**Анамнез заболевания.** *В 2007 году перенесла ОНМК, находилась на стационарном лечении в неврологическом отделении ГБ № 1. Изменения в психическом состоянии после перенесенного ОНМК. Снизилась память на текущие события. Периодически не узнавала родных и близких. Резко состояние ухудшилось 4 недели назад. Стала утверждать, что родственники хотят ее убить, «подсовывают отравленную еду», забирают пенсию. По этому поводу неоднократно обращалась с письменными заявлениями к участковому сотруднику полиции. Рассказывала об избиениях соседям. В сопровождении родственников обратилась к врачу – психиатру.*

**Анамнез жизни.** *Наследственность психопатологически не отягощена. Роды и раннее развитие не известны. В школу пошла с 7–ми лет. Окончила 4 класса общеобразовательной школы. Во время Великой Отечественной войны проживала в Казахстане. После ВОВ вернулась в г. Старый Оскол, окончила курсы бухгалтеров. Работала бухгалтером на механическом заводе. Трудовой стаж 37 лет. Замужем. Имеет четверых детей. Проживает с семьей. Пенсионер.*

**Психический статус.** *Двигательно спокойна. Неопрятна, неухожена, непричесанна. Выражение лица страдальческое. Вербальному контакту доступна. Речь быстрая с элементами паралогии. На вопросы отвечает в целом в плане заданного. Частично ориентирована во времени. Дезориентирована в месте, собственной личности. Мышление с бредовым компонентом, замедлено, с элементами разорванности. Утверждает, что*

*«родственники хотят ее отравить.» Эмоционально лабильна. Настроение неустойчивое. Галлюцинаций и иллюзий не выявлено. Критика к своему состоянию отсутствует. Сон нарушен. Аппетит удовлетворительный.*

*Данные объективного обследования. Неврологический и соматический статусы без особенностей.*

*Клинический диагноз. Деменция в связи со смешанными заболеваниями, с другими симптомами преимущественно бредовыми.*

*Рекомендации по лечению. Таб. Memantini 10 мг, внутрь 1 неделя – ½ таб 1 р/д, 2 неделя - по 1 таб 1 р/д, в дальнейшем по 1 таб 2 раза в день. Таб. Risperidoni 2мг, по 1 таб 2 р/д. Таб. Trihexyphenidyli 2 мг, по 1 таб 1 р/д.*

## **17. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

В данную группу входят расстройства, тяжесть которых варьирует от неосложненного опьянения до выраженных психотических расстройств и деменции, но при этом все они могут быть объяснены употреблением одного или нескольких психоактивных веществ (ПАВ). Конкретное употребляемое вещество часто определяет всю клинику, например, картину интоксикации, психоза, хотя деменции в результате употребления различных веществ могут быть похожи. Выделяют расстройства вследствие употребления алкоголя (F10), опиоидов (F11), каннабиоидов (F12), седативных и снотворных веществ (F13), кокаина (F14), других стимуляторов, включая кофеин (F15), галлюциногенов (F16), табака (F17), летучих растворителей (F18), сочетанного употребления наркотиков и других ПАВ (F19), последнее подразумевает хаотичное употребление наркотиков.

Выяснить характер употребляемого ПАВ можно на основе заявления самого пациента, лабораторных анализов, объективных данных клинического исследования, наличия у пациента наркотиков, сообщений третьих лиц. Желательно получить данные из нескольких источников. При употреблении более чем одного типа ПАВ диагноз должен быть установлен в соответствии с наиболее важным из используемых веществ или наиболее часто употребляемым.

В патогенезе зависимости от ПАВ существует клиническое, биохимическое и социальное звено. В клиническое звено входит особенность эйфории, которая отличается у разных веществ, чем можно объяснить фиксацию на конкретном веществе и предпочтение наркотика, регулярность употребления, угасание первого эффекта и изменение толерантности, изменение форм потребления (например, от таблеток к инъекциям), исчезновение защитных реакций, обусловленное изменением форм опьянения, обсессивностью влечения и физической зависимостью.

Биохимическое звено определяется генетическими причинами, количеством конкретных рецепторов, с которыми связывается вещество, уровнем нейрогормонов. Социальное звено связано с ролью семьи, группы, социальной и экономической организацией, особой средой, например, богемой.

## **18. ОСТРАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПАВ**

Употребление ПАВ независимо от способа его введения приводит к развитию состояния острой интоксикации. Это состояние (синдром), возникающее после приема ПАВ и характеризующееся психическими и телесными нарушениями (симптомами), меняющимися во времени, различными в начале, апогее и на спаде интоксикации.

Среди психических расстройств при состояниях интоксикации выделяют расстройства сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения.

Прием любого ПАВ приводит к нарушению сознания различного типа и глубины: от сужения до различной степени помрачения. Возможен коллективный гипнотизм (при гашишизме), индивидуальное гипнотическое сознание, аутопсихическая дезориентировка.

Нарушения мышления определяются видом ПАВ и его дозой. Наиболее характерна кататимность мышления, снижение способности управлять активным вниманием, нарушение концентрации внимания, объективное снижение качества мышления, возможны бредовые идеи.

Расстройства восприятия выражаются обострением (при употреблении стимуляторов), избирательностью (опиаты), снижением (седативные препараты) и преобладают в зрительном, слуховом, тактильном и проприоцептивном анализаторе. Вкусовые и обонятельные нарушения встречаются редко. Характерна внушаемость данных переживаний, способность их направлять, «заказывать», кататимность отбора в восприятии.

Эмоциональные нарушения в состоянии острой интоксикации характеризуются протопатичностью эмоциональных переживаний, глубиной, что коррелирует с уровнем сознания. Наряду с этим каждому ПАВ свойственна специфическая структура эйфории.

Психические расстройства нередко доступны наблюдателю лишь частично, многие из них остаются в границах психики и о них можно судить только по рассказам пациента. В связи с этим различают субъективные, ощущаемые субъектом, и объективные, доступные регистрации со стороны, симптомы острой интоксикации.

Телесные (соматоневрологические) проявления острой интоксикации ПАВ представлены в основном вегетативной симптоматикой, характер которой определяется видом вещества и его дозой.

При употреблении большинства ПАВ возникает расширение зрачков. Лишь при введении опиатов и некоторых психоделических препаратов отмечается миоз. Гипотермия и бледность кожных покровов типичны для состояний интоксикации опиатами и психоделическими средствами. Повышенная теплопродукция, гиперемия, пото —, сало —, слюноотделение отмечаются при употреблении алкоголя, седативных средств, холинолитиков. Для всех ПАВ характерно снижение аппетита или полидипсия и гипербулия на выходе из интоксикации (особенно после гашишного опьянения).

Во всех случаях, за исключением интоксикации стимуляторами, кодеином и некоторыми психоделическими препаратами, нарушается моторика кишечника, снижается мышечный тонус, возбудимость, скорость и координация движений. При приеме всех ПАВ возникает тахикардия и подъем АД учащение дыхания.

Выход из состояния интоксикации обычно в сон, но лишь опиаты дают хороший освежающий сон, во всех остальных случаях сон тяжелый с чувством разбитости при просыпании. Только кодеин и стимуляторы в больших дозах сна не вызывают.



При всем многообразии психических расстройств, наблюдающихся в состоянии острой интоксикации ПАВ, диагноз острой интоксикации ПАВ может быть установлен при констатации следующих принципиальных ее характеристик:

- неуправляемость психической деятельности, неспособность к диссимуляции даже в ситуации экспертизы;
- диссоциация психической деятельности за счет разницы в темпах функций отдельных сфер психики (например, диссоциация восприятия и запоминания, понимания и способности верболизации);
- протопатичность ощущений (глубинность чувствований, их безотчетность, диффузность).

### **Клинический пример**

*Мужчина 18 лет доставлен бригадой СМП в наркологическое отделение БСМП. Жалоб самостоятельно не предъявляет, продуктивному контакту не доступен. Из анамнеза известно, что был на празднике у приятеля, найден на улице в бессознательном состоянии. Сильный запах алкоголя изо рта.*

**При поступлении:** *При поступлении: состояние тяжелое. Сознание – кома по шкале Глазко 6 баллов. Кожные покровы бледные, влажные, холодные на ощупь, видимых травматических повреждений нет. Мышечный тонус снижен, зрачки узкие со слабой реакцией на свет. Дыхание самостоятельное, ЧД – 16 в минуту, дыхание везикулярное проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, тахикардия. ЧСС – 110 уд/мин. АД – 90/50 мм рт ст. Сухожильные рефлексы снижены.*

#### **При лабораторном исследовании выявлено:**

1. *Определение концентрации этанола в биосредах методом ГЖХ – в крови – 4,5 г/л, в моче – 2,1 г/л.*

2. *Общий анализ крови: лейкоциты – 6,2 x 10<sup>9</sup>/л, эритроциты – 4,4 x 10<sup>12</sup>/л, гемоглобин – 143 г/л, ЦП – 0,9, лимфоциты – 39%, моноциты – 8%,*

палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 1%, СОЭ – 3 мм/ч.

3. Показатели гемодинамики: ЧСС – 110 уд/мин, АД ср. – 66,8 мм рт.ст., УОК – 45,08 мл, МОК – 4,508 л, ОПСС – 1183,9 дин • см/сек., ЦВД – 135 мм вод. ст.

4. ЭКГ – синусовая тахикардия, признаки умеренно выраженных метаболических изменений в миокарде.

5. КИГ: Мо – 0,64 сек, АМо – 23%, АХ – 0,14 сек, ИН – 128,34 усл. единиц – снижение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, симпатическая активность в пределах нормы.

6. Биохимическое исследование крови – без патологии.

**Лечебные мероприятия.** Очищение желудочно–кишечного тракта: зондовое промывание желудка, введение энтеросорбента – *Carbonis activati* – 0,5 г/кг массы тела. Внутривенная инфузионная терапия из расчета 7,0 мл/кг/ч. Внутривенно введено: *Hydrocortisoni* – 125 мг, лазикс – 2,0 мг. Через 8 часов состояние больного улучшилось. Пациент в сознании, адекватно реагирует на осмотр. Кожные покровы обычной окраски, ЧСС – 80 уд/мин, АД – 125/80 мм рт.ст., концентрация этанола в моче – 0,6 г/л, в крови – не обнаружен. Выписан домой на 3–й сутки в удовлетворительном состоянии.

## 19. СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ.

Среди психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ выделяют синдром зависимости, который по определению ВОЗ представляет собой «состояние периодической или хронической интоксикации, вызываемое повторным употреблением естественного или синтетического вещества». Зависимость характеризуется следующими признаками: 1) овладевающим желанием или непреодолимым влечением (компульсией) продолжать употребление данного вещества, добывая его любыми путями; 2) тенденцией увеличивать дозу, обнаруживая

рост толерантности; 3) возникновением «индивидуальных и социальных проблем», обусловленных злоупотреблением.

В соответствии с данным определением к синдрому зависимости относятся заболевания, традиционно определяемые в отечественной психиатрии и наркологии как алкоголизм, наркомании и токсикомании.

Алкоголизм, наркомании и токсикомании – это прогрессивные заболевания, возникающие в результате систематического злоупотребления алкоголем (при алкоголизме), наркотическими (при наркомании) или другими ПАВ, не включенными в список наркотиков (при токсикомании), и характеризующиеся формированием психической и физической зависимости от употребляемого вещества, патологическим влечением к его приему, изменением реактивности организма, абстинентными нарушениями и специфическими изменениями личности.

Для установления диагноза зависимости в любом ее варианте (алкоголизм, наркомания, токсикомания) необходимо наличие одного и более из следующих признаков: 1) синдром измененной реактивности организма к действию данного ПАВ (исчезновение защитных реакций, изменение толерантности, формы потребления и формы опьянения);

2) синдром психической зависимости (обсессивное влечение, ощущение психического комфорта в интоксикации);

3) синдром отмены (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт в интоксикации).

Толерантность к ПАВ определяется его минимальной дозой, способной вызвать желаемый психофизический эффект (состояние одурманивания, купирование абстинентных нарушений). Для синдрома зависимости характерно первоначально повышение толерантности к ПАВ. Это проявляется в необходимости увеличения доз ПАВ для достижения прежнего эффекта или в необходимости вводить данное вещество все большее число раз в течение суток. В связи с этим выделяют толерантность разовую (количество ПАВ, способного вызвать ожидаемый психофизический эффект

при однократном приеме) и суточную (общее количество принятого ПАВ в течение суток для поддержания желаемого психофизического состояния). Изменение разовой и суточной толерантности зависит от стадии заболевания. На 1–й стадии формирования синдрома зависимости отмечается рост и разовой, и суточной толерантности. На 2–й стадии – либо нарастает разовая при стабилизации суточной толерантности, либо, наоборот, стабилизируется разовая при значительном росте суточной (зависит от вида ПАВ). Для 3–й стадии развития синдрома зависимости, независимо от употребляемого ПАВ, отмечается снижение разовой толерантности и лишь затем суточной. Толерантность, как правило, снижается и после длительного периода воздержания от приема ПАВ (так называемое «омоложение наркомании») (рис. 35).

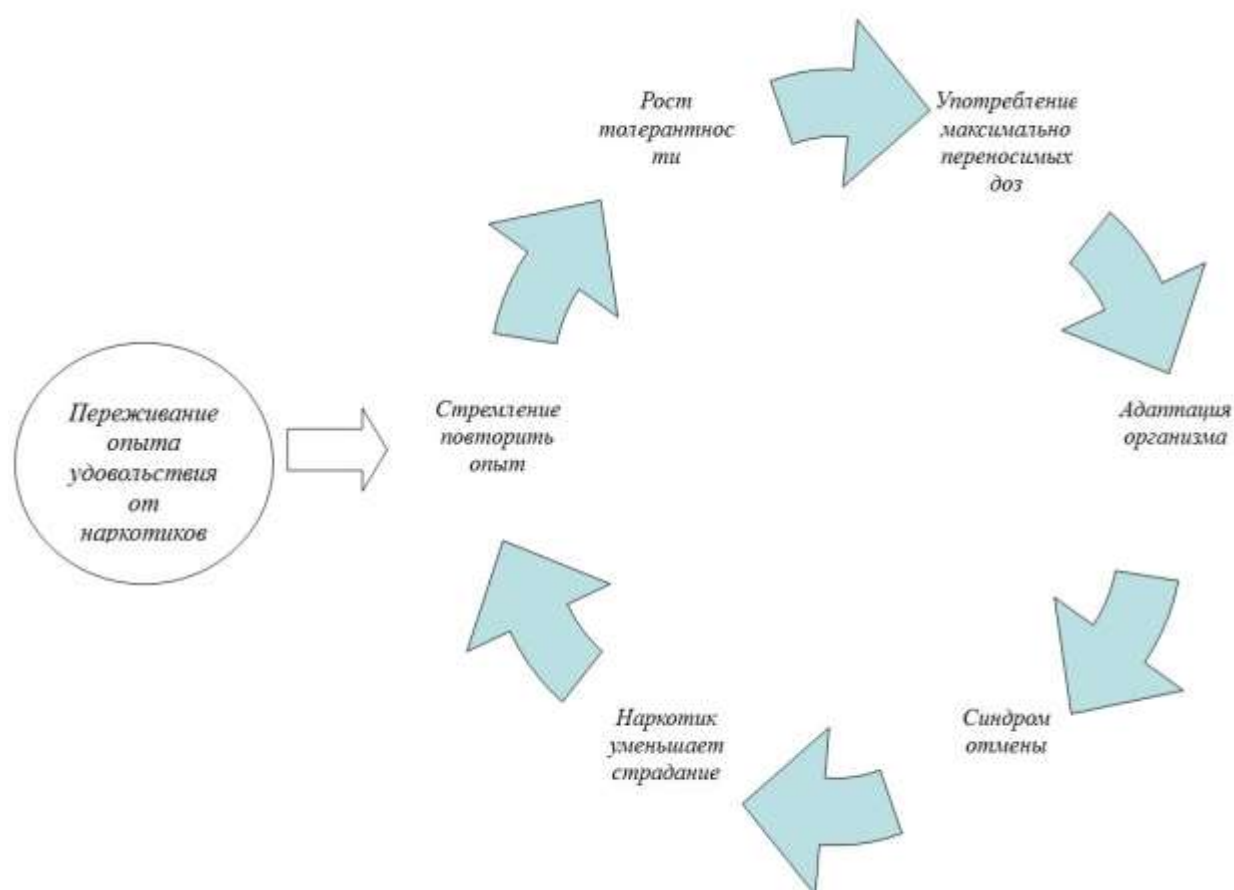


Рисунок 35. Как употребление наркотиков превращается из попытки получить удовольствие в деятельность направленную на то, чтобы избежать болезненной абстиненции.

Различные ПАВ обладают неодинаковой способностью повышать толерантность, что необходимо учитывать при выявлении данного синдрома. При опиомании, употреблении амфетаминов и галлюциногенов отмечается быстрое наращивание доз, при этом при опиомании переносимые дозы могут значительно превышать летальные для интактных индивидуумов. При употреблении кокаина рост толерантности отсутствует, при употреблении марихуаны он незначителен, при гашишемании толерантность возрастает лишь при длительном применении.

Психическая зависимость от ПАВ – состояние психического комфорта возможно только в состоянии опьянения, вне опьянения возникает раздражительность, пониженное настроение, постоянные мысли об употребляемом ПАВ. Субъективным проявлением психической зависимости является постоянное стремление больного к повторному употреблению ПАВ, что некоторыми авторами трактуется как обсессивное влечение. В отличие от невротических обсессий подобное влечение с овладевающим желанием не тяготит больных, они не стараются от него избавиться.

Синдром отмены – это группа симптомов, возникающих при полном или частичном прекращении употребления ПАВ, а также при неадекватной его замене. Он включает: физическую зависимость, физическое (компульсивное) влечение и абстинентный синдром (АС).

Физическая зависимость от ПАВ – вне состояния опьянения возникают тягостные физические ощущения, грубые соматические и неврологические расстройства, которые легко проходят при введении привычного ПАВ.

Физическое (компульсивное) влечение – выражается в неодолимом стремлении к наркотизации, по своей интенсивности достигает степени витальности, способно вытеснять другие витальные влечения (голод, жажду), определяет умонастроение больных, их аффективный фон, поведение, устраняет все противоречащие мотивы и контроль, заполняет собой все содержание сознания на момент своего появления. Комппульсивное влечение

может возникать вне интоксикации (так называемая сухая абстиненция), в состоянии опьянения и в структуре АС.

Абстинентный синдром (АС) – возникает после прекращения употребления ПАВ и включает психические, вегетативные и соматоневрологические нарушения, которые часто являются антиподами аналогичных проявлений в периоде острой интоксикации. Вместо эйфории, наблюдавшейся в опьянении, возникает тревога, вместо усиления активности – апатия и бездеятельность, вместо релаксации – беспокойство и бессонница, вместо миоза – мидриаз.

Для больных алкоголизмом и наркоманией характерно формирование специфических изменений личности: морально – этическая деградация, эгоизм, эгоцентризм с фиксацией интересов только на употреблении ПАВ, игнорирование интересов семьи, морально – нравственных ценностей и социально – ограничительных представлений. На отдаленных этапах хронического алкоголизма и наркомании в результате хронической интоксикации ПАВ появляются признаки органического (интоксикационного) поражения головного мозга с формированием в итоге органического слабоумия.

Сам факт употребления респондентом какого – либо ПАВ не является основанием для констатации у него синдрома зависимости. Из всех возможных мотивов употребления ПАВ с синдромом зависимости связаны только патологические мотивы, обусловленные наличием АС и патологического влечения к ПАВ. Все другие мотивы употребления ПАВ – традиционные, социально обусловленные, субмиссивные (подчинение давлению со стороны других людей или в референтной группе), гедонистические (стремление испытать чувство эйфории), псевдокультуральный тип мотива (стремление приспособиться к определенной группе лиц), мотив гиперактивации поведения и попытка купирования с помощью ПАВ различных субъективно неприятных и

тягостных психофизических расстройств (например, тревоги, депрессии, бессонницы) – к синдрому зависимости отношения не имеют.

Идентификация употребляемого ПАВ осуществляется на основе анамнестических данных, полученных как от самого лица, так и из других источников. Однако независимые от искренности респондента результаты можно получить лишь при биохимических исследованиях мочи, крови, при определении содержания в них алкалоидов алкоголя и других ПАВ. Подобные анализы проводятся методами газожидкостной хроматографии, радиоиммунохимических методов. Определенное значение имеет характерная для опийных наркоманов почти постоянная легкая гипергликемия, а для курильщиков гашиша, наоборот, гипогликемия. Однако следует помнить, что лабораторные методы исследования имеют лишь вспомогательное значение, поскольку сам факт обнаружения в организме респондента ПАВ не является основанием для постановки диагноза зависимости. Основным в диагностике синдрома зависимости остается метод клинического обследования пациента.

### **Клинический пример**

*Пациент 36 лет направлен на госпитализацию врачом–наркологом. Жалобы на влечение к алкоголю, общую слабость, головную боль, внутренний дискомфорт.*

***Анамнез заболевания.** На учете у нарколога с 2000г. По словам больного, к алкоголю пристрастился будучи в армии, выпивал тогда грамм 500 вина, от приема алкоголя чувствовал улучшение настроения, прилив сил, затем этого количества стало не хватать для достижения эффекта и вместе с вином употреблял грамм 100 водки. После армии стал употреблять с компанией 2–3 – раза в неделю примерно по 300мл. С 2005 года стал употреблять самостоятельно до 1 литра водки, чувствовал, что «без выпивки уже не может», утром «опохмелялся» пивом и водкой. Если не пьёт несколько дней, то чувствует себя очень плохо – «голова болит сильно,*

неприятные ощущения в животе, сердце болит, настроение очень плохое, сил нет, повышается давление, бессонница. Отмечает, что после употребления алкоголя сначала испытывает облегчение, прилив сил и настроения, а затем начинает ругаться с собутыльниками или родственниками, несколько раз пытался избить мать. Пьянство носит запойный характер, запои длятся около месяца, светлые промежутки – 3–4 дня. Толерантность более 1 литра водки. У больного сформированы основные симптомы и синдромы психофизической зависимости от алкоголя (утрата количественного и качественного контроля, рост толерантности к алкоголю, синдром отмены, амнестические формы опьянения). Последний раз лечение проводилось 4 года назад. По словам больного, после лечения тяги к алкоголю нет несколько месяцев. Решение выпить снова приходит «само собой» без каких – либо на то причин. Подобные срывы и запои происходят регулярно.

Последний запой начался неделю назад, по настоянию матери обратился в поликлинику по месту жительства, где участковым наркологом был направлен в ПНД.

**Анамнез жизни.** Воспитывался в полной семье со стабильным достатком, имеет брата (старшего), отношения в семье нормальные. В школу пошел вовремя, в физическом и умственном развитии не отставал от сверстников. Боязливость, снохождения, ночные страхи, энурез, капризность, заикания отрицает. Разведён, есть двое детей. Закончил 9 классов, образование средне–специальное по специальности электросварщик. Служил армии в танковых войсках. После службы в армии работал разнорабочим. Пробовал работать с другом в частном бизнесе, однако рассказывает о неудаче в этом деле. Затем часто менял место работы и так на протяжении многих лет был без постоянной работы. Отношения с начальниками складывались удовлетворительно. В коллектив входит хорошо. В связи с непостоянным и малым заработком начал употреблять



алкоголь. На фоне частых запоев возникали конфликты в семье, в результате жена подала на развод.

Болен гепатитом В, предположительно с 2000 года. Травм головы не было.

**Психический статус.** На момент курации сознание ясное, тяжело вступает в беседу, ориентирован в собственной личности, в месте и во времени. Ситуацию, речь и происходящие события понимает. Окружающие предметы узнаёт. Держится спокойно, заторможен в ответах на вопросы. В отношении алкоголя настроен агрессивно.

Восприятие без патологии (агнозии, синестезии, иллюзии, парейдолии, галлюцинации отсутствуют). Психосенсорных и оптико–вестибулярных расстройств, явлений дереализации и деперсонализации не выявлено.

Память плохая: прошлый опыт частично сохранен, запоминание и воспроизведение текущих и недавних событий резко снижены. Патологической продукции мышления (бредоподобные идеи, сверхценные идеи, навязчивые идеи и переживания, бредовые идеи) не выявлено. На контакт идёт, но ответы заторможены, жесты естественные; речь невыразительная, медленная; произвольные движения естественные, медленные. Критика к своему состоянию снижена.

**Данные объективного исследования. Соматический статус** без особенностей.

**Неврологический статус.** Черепно–мозговая иннервация: зрачки округлой формы, нормальной величины, реакция на свет, конвергенцию и аккомодацию положительная. Движение языка, глотание, фонация, зрение, слух, обоняние, вестибулярные пробы в норме.

Двигательные функции: движения головы, конечностей и туловища в полном объёме. Мышечный тонус снижен, координация движений не нарушена, синергии отсутствуют. Гиперкинезы и судорожные припадки отсутствуют. Сухожильные, периостальные и кожные рефлексы: живые, равномерные. Менингеальные симптомы отсутствуют, механическая

возбудимость мышц и нервных стволов в пределах нормы. Чувствительность: поверхностная и глубокая без патологии. Пальценосовая и пяточно–коленная пробы без особенностей. Неустойчив в позе Ромберга.

У больного имеется тремор рук.

**Клинический диагноз.** Синдром зависимости от алкоголя средней степени тяжести.

**Рекомендации по лечению.**

*R–p NaCl 0,9 % – 500мл, MgSO<sub>4</sub> 25% – 20мл в/в кап.*

*R–p NaCl 0,9% – 500мл, R–p Piracetami 20% – 10 мл в/в кап.*

*R–p Pyridoxini + Thiamini + Cyanocobalamini + Lidocaini в/м.*

*Таб. Carbamazepini 200мг, по 1 таб. 2 р/д.*

*Таб. Promazini 50мг, по 1 таб 1 р/д. Таб. Glycini 100мг, по 1 таб 3 р/д*

### **Клинический пример**

*Мужчина 32 лет направлен на госпитализацию в ПНД врачом–наркологом. На момент осмотра жалоб не предъявляет.*

***Анамнез заболевания.** Первый раз попробовал алкоголь в 16 лет, выпивал только по праздникам или значительным поводам. Регулярно алкоголь употреблять стал с 20 лет, после армии. Вначале пил по выходным практически каждую неделю с друзьями по 150 – 200 мл водки. После приема алкоголя становился общительным, смелым, отмечал весёлое настроение. Но позже стал замечать, что для этого требовалось больше алкоголя. С утра не помнил, чем заканчивались застолья. Когда не пил водку, отмечал подавленное настроение, упадок сил, частое сердцебиение, головокружение, головные боли. После сокращения с работы стал пить запоями по 3–4 дня, пока не заканчивались деньги. Занимал у друзей, соседей и продолжал выпивать дальше. Когда больной не принимал алкоголь, становился раздражительным, агрессивным. Последний раз пил 5 дней подряд, иногда не*

доходил до дома, утром просыпался на улице. Соседи забеспокоились и в связи с таким состоянием был направлен в ПНД.

**Анамнез жизни.** Со слов больного наследственность психопатологически неотягощена, наличие среди родственников алкоголиков, наркоманов отрицает, случаев суицида, хронических инфекционных заболеваний в семье не было. Родился в Воронеже в 1982 году от первой беременности, матери в тот момент было 33 года, о состоянии её здоровья в период беременности пациент не знает. Рос и развивался в соответствии с возрастом, в школу пошёл в 6 лет, закончил 11 классов. Отслужил в армии. После института работал на заводе рабочим. В данный момент проживает один. Не женат, детей нет. Из перенесенных заболеваний отмечает ветряную оспу, частые ОРЗ. Из вредных привычек – курит с 18 лет, алкоголизуется с 20 лет.

**Психический статус.** Внешне опрятен, сознание ясное, контакту доступен. Полностью ориентирован во времени, месте, окружающем и в собственной личности. Речь правильная, слегка замедленная, не путаная, выводы логичные, суждения правильные. Признаков патологической амнезии каких – либо событий из истории жизни больного, и фрагментов разговора с пациентом не наблюдается. В разговор вступает неохотно, на вопросы отвечает в плане заданного. Отмечает частые головные боли, не знает, с чем это связано. Обманов восприятия на момент осмотра не выявляются. Критика к своему состоянию отсутствует.

Больной не может воспроизвести события преалкоголизации и периода опьянения, однако прошлый опыт сохранен частично, запоминание и воспроизведение текущих и недавних событий на низком уровне. Тест с запоминанием десяти слов – низкий уровень запоминания. "Вытеснение", диффузные расстройства, конфабуляции, криптомнезии, гипермнезии не выявлены. Внимание больного быстро истощается, отмечается повышенной отвлекаемостью. Во время беседы отмечается подавленное настроение, его мало что интересует, планов на будущее никаких не

*строит. Интерес ограничивается только потребностью к алкоголю. Тесты на обобщение, установление сходства и различия, составление классификации положительные. В отделении пациент общается со всеми, разговаривает в основном на темы алкоголя.*

*Мышление замедленное, малопродуктивное, ответы односложные, в них отсутствуют развернутые определения и объяснения. На сложные вопросы ответить затрудняется. Со счётом не справляется, производит впечатление интеллектуально сниженного, речь тихая, замедленная. Затруднен процесс формирования умозаключений. На момент осмотра бредовых идей не высказывал.*

*Фон настроения снижен, пациент во время беседы быстро утомляется, мимика бедная, эмоционально снижен. Суицидальные мысли отрицает. В отделении ведёт себя хорошо, спокоен, неохотно идёт на контакт, во время беседы с врачом делится своими болезненными переживаниями. В отделении ничем конкретным не занимается, большую часть времени общается с соседом по палате. Все предписания врачей выполняет в полном объёме. Аппетит снижен, пациент отмечает патологическое влечение к алкоголю. Критика к своему заболеванию отсутствует.*

**Данные объективного исследования. Соматический статус** без особенностей.

**Неврологический статус.** Черепно–мозговая иннервация: зрачки округлой формы, нормальной величины, реакция на свет, конвергенция и аккомодация положительная. Движение языка, глотание, фонация, зрение, слух, обоняние в норме. Двигательные функции: движения головы, конечностей и туловища в полном объёме, замедлены. Мышечная сила снижена. Тремор рук. Сухожильные, периостальные и кожные рефлексы повышены. Чувствительность: боли в грудной клетке. Вегетативные расстройства: не выявлено. Менингеальные симптомы отсутствуют, механическая возбудимость мышц и нервных стволов повышена. Походка

шаткая, в позе Ромберга неустойчив, пальценосовую пробу выполняет медленно с интенцией.

**Клинический диагноз.** Синдром алкогольной зависимости 2 ст., непрерывное течение, высокая степень прогрессивности.

**Рекомендации по лечению.**

*Sol. Na Thyosulphatis 10.0 в\в;*

*Sol. NaCl 0.9%– 500.0 в\в;*

*Sol. MgSO4 25%– 20.0 в\в;*

*Sol. KCl 10.0 в\в;*

*P–p Solutionis Natrii chloridi compositae (Kalii chloridi+ Calcii chloridi+Natrii chloridi) 500.0 в\в;*

*Sol Vit. B12 500 в\м;*

*Vit. B6 2.0 в\м;*

*Vit. C 2.0 в\м;*

*P–p Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 2.0 в\м;*

*P–p Piracetami 5.0 в\в;*

*Таб. Carbamazepini 200мг, по 1 таб 4 р/д*

### **Клинический пример**

Пациентка 29 лет направлена на госпитализацию в ПНД врачом–психиатром. Самостоятельно жалоб не предъявляет.

**Анамнез заболевания.** Пациентка с 19 лет проживала в Мексике. Считает себя больной с 28 лет, когда, проживая в Мексике, приобщилась к употреблению кокаина. Родители употребления наркотиков не заметили, употребление наркотиков обнаружил тренер по каратэ – до, о чем он тут же сообщил родителям. Родители решили направить пациентку на принудительное лечение от наркомании. Пациентка лечилась от наркозависимости в Германии. Несмотря на проводимое лечение, больная быстро находила знакомых, с которыми снова начинала употреблять

кокаин. Если пациентке не удавалось найти наркотического вещества – возникало тяжелое депрессивное состояние, сопровождающееся общей слабостью, депрессией, желанием срочно ввести очередную дозу наркотика. В этом состоянии у пациентки возникали чувства ненужности, нежелания жить, идеи самообвинения и самоуничижения, что приводило к суицидальному поведению. Со слов больной – она совершила в общей сложности 6 неудачных попыток суицида (повешение, неоднократное вскрытие вен верхних и нижних конечностей, употребление больших доз лекарственных средств, нанесение удара штопором в височную область). Первая попытка суицида была в 24.04.2009 года после очередной попытки «завязать» с наркотическими препаратами, когда пациентка выпила 300 таблеток какого – то лекарства (названия точно не помнит), после чего она была доставлена в токсикологический центр, после чего была направлена в психиатрическую больницу, где находилась около 4 – х месяцев. Несмотря на пребывание в психиатрической больнице продолжала употреблять наркотические препараты, которые ей передавали знакомые. После выписки продолжала употреблять наркотические препараты, затем опять «перегибалась», в декабре 2011 года – вновь попытка суицида (вскрыла вены), после чего была вновь направлена на лечение в психиатрическую больницу. В феврале 2012 года у больной возникли боли в правой подвздошной области, по поводу чего больная была доставлена в хирургическое отделение с диагнозом «Острый аппендицит». На операционном столе было обнаружено поражение правого яичника, в результате у больной был удален правый яичник. Спустя некоторое время больная была вновь доставлена в психиатрическую больницу для лечения наркомании. В психиатрической больнице около 2–х месяцев назад пациентка познакомилась с молодой женщиной, которая также употребляет наркотические препараты. Каждый день до сегодняшнего момента пациентка со своей новой соседкой употребляют в 21–00 крепко заваренный чай («чефир»), под действием которого ночью у них возникают галлюцинации в виде «чертиков»,

«барабашек», которые приходят к ним и «приносят дозу». Галлюцинации красочные, их видят обе пациентки, разговаривают с ними в течение всей ночи, утром пациентки ложатся спать, причем спят в течение всего дня, а просыпаются вечером, чтобы вновь пить крепко заваренный чай.

**Анамнез жизни.** Со слов больной, родители и близкие родственники психически здоровы. Наличие среди родственников случаев самоубийств, алкоголиков, наркоманов, больных сифилисом и другими хроническими инфекционными заболеваниями, обменными расстройствами отрицает.

Родилась в г. Воронеже в 1978 году срочными родами от первой беременности (матери 28 лет). О состоянии здоровья матери во время беременности и течении родов больная не знает.

Развивалась правильно. Носовые кровотечения, снохождения, ночные страхи, энурез, судорожные явления при высокой температуре отрицает. Воспитывалась в обеспеченной семье с родителями, отношения в семье нормальные. В школе училась хорошо, но часто сбегала с уроков. Часто конфликтовала с учителями. Помимо школы занималась в музыкальной школе в течение 7 лет. Увлекалась карате. Из перенесенных заболеваний – редкие ОРЗ.

Месячные с 12 лет, установились сразу, по 28 дней, безболезненные, умеренные. Половая жизнь с 18 лет, без особенностей, беременности и аборт отрицает. Из вредных привычек – курит, периодически употребляет кокаин.

**Психический статус** Пациентка полностью ориентируется в собственной личности, месте нахождения, лицах, ситуации, календарном времени. Она в состоянии решать мыслительные задачи, речь ее правильная, не путаная, выводы логичные, суждения правильные, т.е. мышление не фрагментарное. Признаков патологической амнезии каких-либо событий из истории жизни больной, и фрагментов разговора с пациенткой не наблюдается.

*Пациентка рассказывает, что после употребления «чефира» она и ее подруга четко видят появление «чертика» и «барабашек», причем не только их видят, но и слышат их и разговаривают. Данные персонажи появляются для того, чтобы «принести кокаин». Данные галлюцинации очень яркие, пациентка описывает «чертика» как 20–сантиметровое существо, на голове у которого имеется лысина и маленькие рожки, что отличает его от «барабашек». А оцупь «барабашки» «пушистые и теплые» в отличие от «холодных» «чертиков». В момент появления «чертиков» и «барабашек» пациентка твердо уверена, что другие люди их также видят, поэтому во время галлюцинаций ведет себя так, словно данные персонажи полностью реальны. Вне употребления «чефира» пациентка обманы отрицает, поведением не обнаруживает.*

*Заключение: экзогенные истинные зрительные, слуховые и тактильные галлюцинации индуцированного характера.*

*Память со слов больной стала несколько ухудшаться, в то же время прошлый опыт сохранен, запоминание и воспроизведение текущих и недавних событий в норме. Амнезии, "вытеснение", диффузные расстройства, конфабуляции, криптомнезии, гипермнезии не выявлены.*

*Тест с запоминанием десяти слов. Уровень запоминания слов высокий.*

*Внимание не страдает, однако, от проведения теста, заключающегося в отнимании от ста семи, пациентка отказалась, мотивируя это тем, что уже проводила недавно этот тест и результаты ей не понравились, к тому же пациентка негативно относится к математике.*

*В разговоре с пациенткой обращает на себя внимание тот факт, что беседа проходит с полным взаимопониманием. Больная правильно понимает и интерпретирует вопросы, ответы ее логичны. Словарный запас удовлетворительный, понимание символики слова, пословиц, поговорок, метафор в норме. Тесты на обобщение, установление сходства и различия, составление классификации без отклонений.*



*Исходя из анамнестических данных можно заметить, что обучалась пациентка хорошо, хотя и не любила математику. Со слов больной, она свободно говорит на русском и тайском языках (однако, на просьбу произнести что-либо на тайском, больная выдала фразу на английском языке, после же того, как ей сказали, что это английский – она быстро исправилась и произнесла фразу на непонятном языке).*

*Словарный запас пациентки достаточный, она свободно пользуется причастными и деепричастными оборотами; в то же время создается впечатление, что за последний период жизни пациентка мало общается и практически не получает информации о происходящих событиях в стране и в мире. Каких-либо других увлеченностей, несвязанных с работой массажиста, в процессе общения выявить не удалось: не обнаружилось особой любви к кино, театру, заинтересованности в политике, общедоступных знаний по медицине и т.д. Из способов досуга пациентка предпочитает чтение литературы различного жанра (детективы, фантастика). К сожалению, возможности провести тесты для определения интеллектуального коэффициента (IQ) нет. Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что интеллект пациентки сохранен.*

*Пациентка в беседе правильно использует термины, обозначающие конкретные предметы, лица, разговор не переключается только на использование этих терминов. Больная с легкостью и правильно использует абстрактные понятия и формулировки. Мысли, высказываемые ею последовательны, не прерываются, логическая цепочка прослеживается от предложения к предложению. Больная не акцентируется на каких-то незначимых обстоятельствах, а также не склонна к немотивированному разговору об идеалистическом. Отвечая на вопросы, одинаковые ответы не используются. Мысли больной идут с нормальной скоростью, пациентка успевает полностью обдумать каждую мысль, мыслительный процесс не представляется чем-то таким, над чем следует затрачивать какую-то*

дополнительную энергию, он не в тягость. Суждения, высказываемые в беседе логичны, правильно сформулированы.

Настроение пациентки хорошее, в то же время отмечается легкая возбудимость пациентки – так, на смех рядом общающейся со студентами молодой пациентки, страдающей шизофренией с маниакально–депрессивно–бредовым синдромом, возникла резко негативная реакция – пациентка громко крикнула «Что ты гонишь, даун». Сразу после этой фразы пациентка как ни в чем не бывало продолжила общение.

В свободное время пациентка в отделении читает книги. Своим пребывание в течение уже 5 месяцев пациентка не тяготится, аргументируя это тем, что если бы сейчас она не находилась здесь, она бы вероятнее всего сейчас бы кололась, а она решила вылечиться от своего недуга, поэтому и продолжает лечиться в психиатрической больнице. Пациентка соблюдает все предписания врачей, получает перорально и парентерально лекарственные препараты. После лечения собирается возобновить работу массажисткой, чтобы потом вернуться в Тайланд.

Аппетит сохранен, пациентка отмечает, что за время пребывания она набрала около 8 килограмм. Изменения влечений в половой сфере с пациенткой не обсуждался. Мысли о суициде в последнее время отсутствуют, пациентка связывает это с длительным (около 1 месяца) воздержанием от приема наркотических препаратов.

Пациентка критически относится к своему заболеванию, пытается избавиться от этой пагубной привычки, прислушивается к совету обратиться к опытному психотерапевту, в то же время отмечается некий пессимизм по поводу своей дальнейшей жизни.

**Данные объективного исследования.** Неврологический статус без особенностей. Соматический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Синдром зависимости от кокаина, II стадия, активная зависимость с психотическими эпизодами, суицидальное поведение.

### **Рекомендации по лечению.**

*Таб. Amitriptylini 25мг, по 1 таб. 3 р/д,*

*таб. Carbamazepini 200 мг, по 1 таб. 3 р/д,*

*таб. Risperidoni 2 мг, внутрь по 1 таб. 1 р/д.*

### **Клинический пример**

*Мужчина 28 лет направлен на госпитализацию участковым врачом психиатром с жалобами на легкие боли в мышцах, тошноту, плохой сон и настроение.*

***Анамнез заболевания.** Употребляет героин с лета 2010г. Начинал с ингаляционного введения препарата в компании друзей. «Сразу кайф не уловил», почувствовал тошноту и головокружение, но курить «за компанию» не бросил. Уже через 2 месяца перешел на внутривенное введение по настойчивому совету «друзей», после чего быстро сформировалась физическая зависимость с клиникой опиоидного АС. Другие наркотики употреблял крайне редко, в основном анашу несколько раз. В последнее время предпочитает опий – сырец. За последний год трижды лечился от наркотической зависимости: в феврале, мае и августе 2015г, по настоянию родителей частным образом со слабым эффектом. Сам больной признается, что особого энтузиазма к лечению нет. За медицинской помощью обращался лишь для снятия симптомов «ломки» и один раз «когда закончились деньги на дозу». По данным медицинской документации, абстинентные проявления у данного больного проявлялись в тревоге, раздражительности, беспокойстве и дисфории. Затем появлялась зевота, чихание, слезотечение, зуд в носу и насморк. Зрачки расширены, тахикардия и тремор конечностей. Нестерпимые боли в конечностях, пояснице. Просил немедленно сделать «лекарство, чтобы ломка прошла». Однако, несмотря на проведенное лечение, спустя месяц вновь сорвался. Летом 2015г в крови выявлены маркеры вирусного гепатита С, по поводу чего стал принимать адеметианин, делает инъекции препарата пегинтрон, но нерегулярно. С*

сентября 2015г. ежедневно вводит в вены раствор опия – сырца или героина от 1 до 4 раз в сутки. За истекший год мать пациента отмечает значительные изменения в его характере. Стал замкнутым, лживым, совсем перестал контактировать с родственниками, однако часто брал в долг у матери, мотивируя тем, что нет денег на питание. Мать подозревала, что больной использует деньги на покупку дозы, но все равно помогала, из чувства жалости. Однако, в течение последних 2 месяцев на подобные просьбы сына стала сама приносить ему продукты питания, в деньгах отказывала. Это отразилось на его отношении: перестал общаться с матерью, проявлял агрессию, из дома стали пропадать ценные вещи. В клинику поступил по настоянию родителей, формально соглашаясь с необходимостью лечения.

**Анамнез жизни.** Со слов больного, родился в семье предпринимателей, родители и близкие родственники психически здоровы. Наличие среди родственников случаев самоубийств, алкоголиков, наркоманов, больных сифилисом и другими хроническими инфекционными заболеваниями, обменными расстройствами отрицает.

Родился в 1989 году срочными родами от первой беременности (матери 27 лет). О состоянии здоровья матери во время беременности и течении родов не знает. Раннее развитие без особенностей. Носовые кровотечения, снохождение, ночные страхи, энурез, судорожные явления при высокой температуре отрицает. Воспитывался в обеспеченной семье с родителями, отношения в семье нормальные.

Учеба давалась хорошо, но к выполнению домашнего задания относился негативно и легкомысленно. По характеру был общительным, активным, упорным в достижении целей, агрессивно отстаивал свою точку зрения, поэтому часто конфликтовал с одноклассниками. Ходил в музыкальную школу, занимался игрой на гитаре. По окончании II класса поступил в институт на юридический факультет, откуда был отчислен с третьего курса за неуспеваемость.

*Из перенесенных заболеваний – редкие ОРЗ, гайморит.*

*Два года назад попал в ДТП на мотоцикле, получил ЗЧМТ, с неоднократной потерей сознания, тошнотой и рвотой. После чего стал отмечать периодические головные боли, резкие колебания АД и пульса.*

*Из вредных привычек – курит, употребляет опий–сырец («ханка»), героин, несколько раз вводил внутривенно вещества на основе маковой соломки сомнительного происхождения.*

**Психический статус.** Пациент полностью ориентируется в собственной личности, месте нахождения, лицах, ситуации, календарном времени. Он в состоянии решать мыслительные задачи, хоть и не проявляет к ним интереса, речь правильная, не путаная, выводы логичные, суждения правильные, т.е. мышление не фрагментарное. Признаков патологической амнезии каких–либо событий из истории жизни больного, и фрагментов разговора с пациентом не наблюдается.

*Четко описывает истинные форму и размеры предметов окружающей обстановки. На момент осмотра обманов восприятия не выявляет. Описывает ощущения от введения наркотического препарата как "тепло, поднимающееся волнообразно от живота к голове и вызывающее в голове легкие приятные толчки".*

*Запоминание и воспроизведение текущих и недавних событий в норме. Амнезии, «вытеснение», диффузные расстройства, конфабуляции, криптомнезии, гипермнезии не выявлены. Тест с запоминанием десяти слов выполняет хорошо. Внимание не страдает, однако, при проведении теста, заключающегося в отнимании от ста семь пациент не справляется из–за отсутствия заинтересованности, «мне без разницы».*

*Больной правильно понимает и интерпретирует вопросы, ответы логичны. Словарный запас удовлетворительный, понимание символики слова, пословиц, поговорок, метафор в норме. Тесты на обобщение, установление сходства и различия, составление классификации без отклонений.*

*Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что трудностей в учебе у пациента не было, однако со временем возникли пробелы в образовании из-за частых прогулов.*

*Словарный запас достаточный, свободно пользуется причастными и деепричастными оборотами, умеет грамотно выражать свои мысли и переживания; в то же время, общий кругозор и уровень знаний текущей обстановки в обществе и событий в мире довольно ограничен.*

*Круг интересов ограничен, указывает что большая часть времени уходит на поиск денег на дозу. Тест на определение уровня IQ не проводился.*

*Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что интеллект пациента сохранен.*

*Пациент в беседе правильно использует термины, обозначающие конкретные предметы, лица, разговор не переключается только на использование этих терминов. Легко обобщает и оперирует абстрактными понятиями. Мысли, не прерываются, логическая цепочка прослеживается от предложения к предложению. Не акцентируется на каких-то незначимых обстоятельствах, а также не склонна к немотивированному разговору об идеалистическом. Отвечая на вопросы, одинаковые ответы не используются. Мысли больного идут с нормальной скоростью, пациент успевает полностью обдумать каждую мысль, мыслительный процесс не представляется чем-то таким, над чем следует затрачивать какую-то дополнительную энергию, он не в тягость. Суждения, высказываемые в беседе логичны, правильно сформулированы.*

*Беседует неохотно. Фон настроения снижен. Проявляет беспокойство по поводу возникновения «ломки». Говорит, что последнюю инъекцию опия – сырца сделал вечером на кануне поступления. Если предоставляется возможность, больной разговаривает по телефону, либо читает СМС-сообщения. Интересы к чтению литературы, спорту, трудотерапии не проявляет. Своим пребыванием в стационаре в течение 2 дней не тяготится. Пациент соблюдает все предписания врачей, получает*

перорально и парентерально лекарственные препараты. После лечения собирается возобновить жизнь с родителями. Критика к заболеванию снижена, формально соглашается с необходимостью лечения, обещает «исправиться».

Сон и аппетит достаточный. Изменения влечений в половой сфере с пациентом не обсуждался. Мысли о суициде категорически отрицает, агрессивные тенденции поведения не выявляет. В поведении напряжен, легко аффектируется. Смотрит в сторону. Несмотря на довольно грамотные и полноценные ответы, в ходе беседы явно прослеживается нежелание пациента вести диалог, безразличие к происходящему. Свою болезнь не отрицает. На приглашение к беседе с куратором неохотно соглашается. Лечение принимает.

**Данные объективного исследования.** Неврологический статус без особенностей. Соматический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Синдром зависимости от опиоидов, II стадия, активная зависимость с систематическим употреблением.

**Рекомендации по лечению.** Таб Carbamazepini 200мг, по 1 таб 3 р/д.

Таб. Clonidini 150мг, по 1 таб 3 р/д.

P–P Chlorpromazini 2,5%–1мл в/м.

P–p Tramadoli 5%–2мл в/м.

Психотерапевтическая коррекция.

## 20. ДЕЛИРИЙ

Делирий – состояние помрачения сознания, сопровождающееся истинными зрительными, слуховыми галлюцинациями и иллюзиями. Обязательным компонентом делирия является образный бред и психомоторное возбуждение, по сюжету связанные с галлюцинациями. Ориентировка в месте и времени на период делирия утрачивается. Характер галлюцинаций часто устрашающий, сами видения очень правдоподобные,

объёмные, подвижные, реалистичные. Чаще всего объектом галлюцинаций выступают животные.

Вызвать наплыв галлюцинаций может любое воздействие, приводящее к нарушению работы мозга. Наиболее подвержены таким воздействиям дети и старики. У первых делирий вызывает любое интенсивное воздействие – шок, ожоги, сильное повышение температуры тела. У людей пожилого возраста любая тяжелая соматическая патология также может вызвать делирий.

В целом причины делирия можно разделить на следующие основные группы:

- Неврологические заболевания, сопровождающиеся очаговой симптоматикой и изменениями в спинномозговой жидкости: менингит разной этиологии; кровоизлияния в мозг или под мозговые оболочки; опухоли, аневризмы сосудов и травмы височных и ствольных отделов мозга. Частой причиной делирия данной группы являются последствия гипертонической болезни.
- Хирургические и соматические заболевания без явной неврологической симптоматики: тяжелые инфекционные болезни, сопровождающиеся высокой температурой (малярия, сепсис, тифы, пневмония); переохлаждение; повышение уровня гормонов щитовидной железы; тяжелая недостаточность внутренних органов; посткоматозный и послеоперационный делирий.
- Острая интоксикация, синдром отмены и состояния после судорожных припадков: алкогольная и лекарственная абстиненция (особенно седативных препаратов); передозировка лекарств (различные стимулирующие препараты и растительные алкалоиды, гормоны); послеприпадочные галлюцинаторные синдромы.
- Все перечисленные причины стимулируют ствол мозга и продолговатый мозг, которые являются одними из самых древних отделов головного мозга. Этим вызван устрашающий характер галлюцинаций и частое их возникновение в тёмное время суток или во время засыпания.



Наиболее вероятно возникновение делирия при сочетании нескольких причин, например, гипертермия при обширных ожогах у детей или послеоперационное состояние у пожилого человека с гипертонической болезнью и атеросклерозом.

Все проявления делирия можно разделить на психические и соматические.

Основные соматические симптомы, помимо проявлений основного заболевания, следующие: перепады АД,

- слабость,
- тремор конечностей,
- потливость,
- тошнота или рвота,
- повышенная частота сердцебиения,
- неустойчивая походка,
- колебания температуры тела.

Психические симптомы делирия гораздо разнообразнее и лучше изучены. Галлюцинации возникают в вечерние и ночные часы или при переходе от сна к бодрствованию, в том числе ранним утром. Иногда они воспринимаются больным как продолжение кошмарных снов.

Начало делирия всегда острое, с паники и тревоги, сопровождающейся психомоторным возбуждением и описанными выше соматическими нарушениями. Больные сохраняют осознание собственной личности, однако дезориентированы в пространстве и времени. Дезориентировка во времени обычно ограничивается периодом от нескольких дней до месяца в прошлом или будущем.

Пациенты демонстрируют лёгкую внушаемость, веря всему, что им говорят окружающие или медперсонал. Так, больной может держаться за несуществующую верёвку, которую ему якобы дал врач, смотреть выключенный телевизор. Зрительные образы появляются в форме галлюцинаций, иллюзий или парейдолий. Поведение больного во время

наплыва галлюцинаций определяется их содержанием. Чаще всего это бегство, защита, борьба, поиск, нападение, характерные для профессии больного действия. Взгляд больного не фиксирован, он следит за передвижением мнимых противников и не реагирует на реальных людей и объекты. Характерен растерянный и блуждающий взгляд.

Эмоциональное состояние неустойчиво, наблюдаются резкие перепады настроения, не адекватные действительности. Бредовые идеи при делирии не систематизированы и формируются под влиянием галлюцинаций. Обычно это бред преследования, отношения, воздействия, включающий магические или фантастические элементы.

Снижение двигательной активности, появление мелких обирающих движений руками, смена внятной громкой речи бормотанием – признаки ухудшения состояния. Они свидетельствуют о переходе делирия в более тяжелые формы помрачнения сознания – аменцию или кому.

Обычно не вызывает сложности непосредственно постановка диагноза «делирий». Симптомы его явные и очень характерные. Несколько сложнее выяснить непосредственную причину делирия, так как опросить больного не представляется возможным. Информацию о предшествующем состоянии пациента можно получить у лечащего врача или родственников. Наиболее распространённый алкогольный делирий можно заподозрить по информации об употреблении больным алкоголя и выраженному психомоторному возбуждению, вызванному многочисленными устрашающими галлюцинациями. Симптомы делирия на фоне употребления других психоактивных веществ различны и зависят от конкретного препарата (рис. 36).

При инфекционных заболеваниях наблюдается постепенное ухудшение состояния – на первых этапах это минимальные нарушения, такие как сонливость, головные боли, ночные кошмары. Они сменяются состоянием оглушенности с нарушением запоминания, восприятия, затруднением речи. При ухудшении состояния развивается делирий, который может смениться

аменией или комой. Психические заболевания в остром периоде, в частности шизофрения, также часто сопровождаются обилием зрительных и слуховых галлюцинаций. При этом преобладают слуховые галлюцинации, сопровождающиеся развёрнутым бредом. Спутанность и бессвязность мышления определяются бредовым компонентом, а не нарушением сознания, как при делирии.

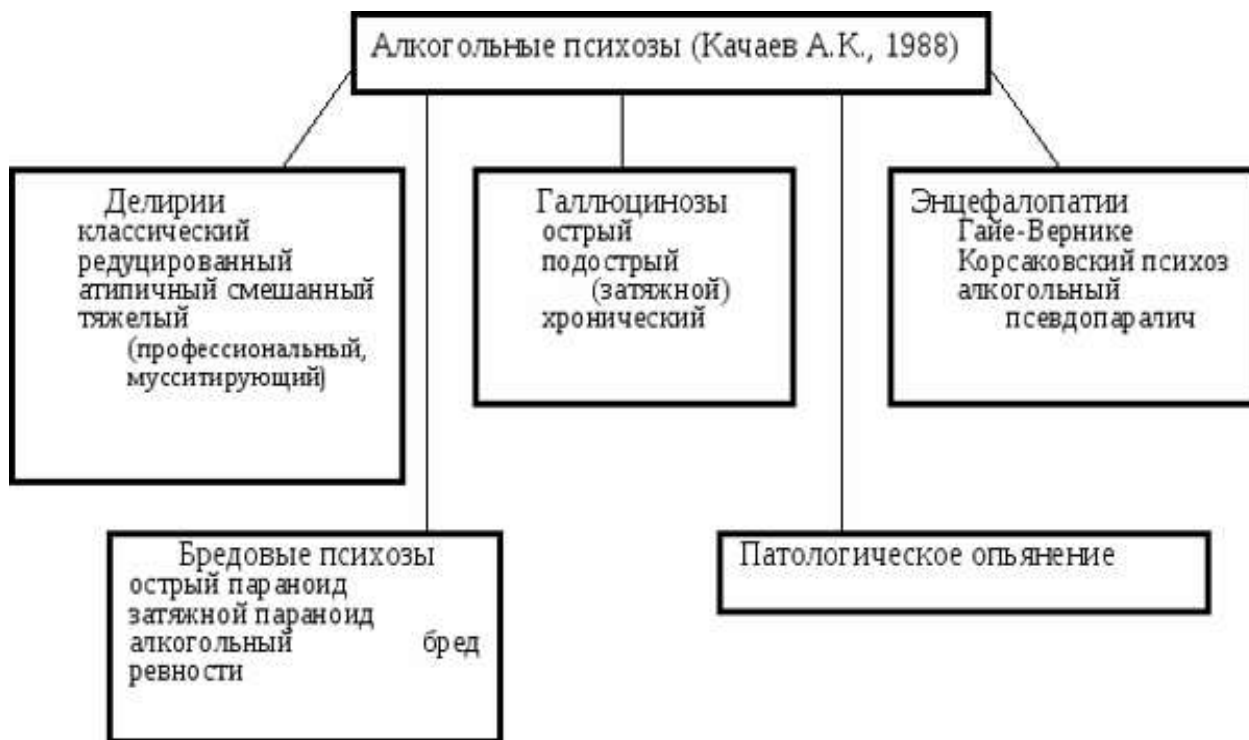


Рисунок 36 Алкогольные психозы

### Клинический пример

*Мужчина 42 лет доставлен бригадой СМП в приемное отделение ПНД. Самостоятельно жалоб не предъявляет.*

***Анамнез заболевания.** Впервые попробовал алкоголь в возрасте 17 лет. До 37 лет спиртное употреблял эпизодически, постепенно утрачивая количественный и ситуационный контроль, наблюдались амнезии опьянения, суточная толерантность возросла до 1-го литра крепких алкогольных напитков. С 40 лет сформирован алкогольный абстинентный синдром (ААС)*

в форме соматовегетативных и неврологических расстройств: слабости, тремора, сердцебиения, отсутствия аппетита, головной боли, раздражительности, отсутствия сна.

Пьянство носило псевдозапойный характер, запои от нескольких дней до недели (между сменами), со светлыми промежутками несколько месяцев. Толерантность до 2 литров водки или самогона в сутки.

Последний запой около месяца, находясь отпуске, пил ежедневно до 1,5–2л. водки. Последний прием спиртного за 2 дня до настоящего поступления. Психическое состояние изменилось 2 февраля, когда появилась тревога, не находил себе места, казалось, что за ним наблюдают, «видел прозрачных людей», которые лезли к нему в постель, а все о чем он думал показывали по телевизору. В связи с таким состоянием бригадой СПП направлен на лечение в психиатрический стационар.

**Анамнез жизни.** Родился в многодетной семье третьим ребенком. Наследственность психопатологически не отягощена Раннее развитие без особенностей, серьезными заболеваниями не болел. Рос подвижным, общительным ребенком. В школе учился охотно, при удовлетворительной успеваемости окончил 10 классов средней школы. Служил в армии. После увольнения работал на разных работах (слесарь, водитель), в настоящее время работает распиловщиком в мебельном цеху. Женат, имеет двух взрослых детей, проживает с женой.

Перенесённые заболевания: ОРВИ, грипп. Курит с 17 лет. Венерические заболевания, гепатит – отрицает. Гемотрансфузий, переливаний эритроцитарной массы не было. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Психический статус.** Пациент правильно ориентирован в собственной личности, в месте и времени дезориентирован: считает, что он находится у друга в гостях, в окружающих его пациентах «узнает» знакомых. Путается в текущей дате, год называет правильно. Внешний облик больного опрятный.

*Больной суетлив, напряжен, тревожен. Постоянно оглядывается, вздрагивает, выкрикивает что-то непонятное, обирается, стремится куда-то бежать, не корригируется. На некоторые вопросы отвечает по существу, переключается, не отрицает алкоголизации, наличие запоев, бессонницы. Рост толерантности. Однако в основном в малопродуктивен. Свои жалобы излагает активно. Жалобы на тревогу, страхи, депрессивное настроение, тремор, жажду, нарушение сна.*

*Заключение: экзогенные истинные зрительные, слуховые галлюцинации.*

*В целом память грубо не снижена, однако оценить ее не представляется возможным из-за нарушения сознания. Внимание неустойчивое, больной постоянно отвлекается, хотя понимает обращенную к нему речь и задаваемые вопросы. Устный счёт не нарушен (но считает медленно), потери школьных и житейских навыков и знаний нет. Можно сделать вывод, что интеллект в данное время соответствует полученному образованию и предполагаемому жизненному опыту. Мышление конкретное.*

*Настроение больного на момент беседы тревожное, аффективно крайне неустойчивое, пациент возбужден, не критичен к своим переживаниям. Не отрицает, что видел «каких-то прозрачных людей» которые «пугали» его, он и сейчас их боится. Больной суетлив в пределах постели, напряжен, тревожен.*

**Данные объективного исследования.** *Соматический статус без особенностей.*

**Неврологический статус.** *Зрачки, глазные щели симметричные. Отмечается установочный горизонтальный нистагм. Выражен тремор пальцев рук. Со стороны всех пар черепно-мозговых нервов очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Лицо симметричное. Движения во всех конечностях в полном объёме. Чувствительность не нарушена. Пальценосовую пробу выполняет с интенцией.*

**Клинический диагноз.** *Синдром отмены алкоголя с делирием. Синдром зависимости от алкоголя II ст.*

### **Рекомендации по лечению.**

*P–p Na Cl 0,9% – 400,0 ml; P–p Thiamini 5% – 4,0 ml; P–p Acidi ascorbinici 5 % – 5,0 ml; P–p MgSO4 25% – 10,0 ml – в/в капельно 1 раз в сутки. P–p Dextrosi 10% – 200,0 ml; P–p K Cl 5% – 4,0 ml; Инсулин – 4 ED – в/в капельно 60 мл/мин 1 раз в сутки. P–p Dextrosi 5% – 400,0 ml; P–p Riboflavini 1 % – 4,0 ml – в/в капельно 60–80 мл/мин 1 раз в сутки.*

*P–p Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 0,1% – 2 ml – внутривенно и внутримышечно в составе капельницы.*

*P–p Haloperidoli 5mg – 1 ml в/м.*

### **Клинический пример**

*Пациент 49 лет направлен на госпитализацию в ПНД участковым психиатром. Самостоятельно жалоб не предъявлял. Отмечались зрительные галлюцинации: совершал какие-то действия в вымышленными предметами.*

***Анамнез заболевания.** На протяжении двух лет активно злоупотреблял алкогольными напитками. Четкую причину злоупотребления алкоголем при сборе анамнеза выявить не удалось. Сам пациент вербализировать причину не может, но указывает на многочисленные жизненные проблемы, которые кажутся ему неразрешимыми.*

*После очередного многодневного запоя пациент поступил в ОНД с предварительным диагнозом: Алкогольный психоз. В момент поступления пациент был дезориентирован во времени и окружающей обстановке. Больного преследовали зрительные галлюцинации: совершал какие-то действия в вымышленными предметами. Ранее на учете не состоял. Фактов употребления психотропных препаратов установлено не было.*

***Анамнез жизни.** В срок первым ребенком в семье. Рос в благополучной, полноценной, материально обеспеченной семье. В удовлетворительных бытовых условиях. Рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников в развитии не отставал. В школу пошел с семи лет, закончил 8*

классов в дневной школе и 10 в вечерней. Прошел срочную службу в танковых войсках ВС РФ. Затем работал трактористом. Женат, в настоящее время жена подала на развод. Не имеет места жительства, как следствие неудовлетворительные бытовые и санитарные условия. Перенесенные заболевания: ветряная оспа 1979 – закрытая ЧМТ (ДТП). 1996 – сотрясение головного мозга (драка).

Наличие сифилиса, патологии обмена веществ, венерических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез: не отягощен. Факт аллергических реакций на лекарственные средства, продукты питания и другие факторы отрицает. Вредные привычки: курит сигареты без фильтра приблизительно по 0.5 пачки в день с 11 лет. Злоупотребляет алкоголем (в анамнезе факты запоя). Фактов употребления наркотических веществ установлено не было.

**Психический статус.** Двигательно ослаблен, но неусидчив, суетлив. Пациент плохо ориентирован в себе, в окружающем пространстве, ситуации, календарном времени. На все вопросы отвечает медленно, задумываясь перед ответом. Пациент находится в ясном сознании, полностью не ориентирован: может назвать своё имя, определить себя в пространстве, называет сегодняшнюю дату, определяет время своего пребывания в стационаре. Плохо ориентирован в событиях недавнего времени. Демонстрирует сохранность прежних знаний, ориентирован в простейших жизненных ситуациях. Хорошо помнит события большой давности и ключевые моменты жизни. Плохо воспроизводит недавние события. Кратковременная память сохранена. Способность к запоминанию снижена. Конфабуляции, криптомнезии, гипермнезии не выявлены. Интеллект соответствует полученному образованию. Мышление непоследовательное. Не понимает условного смысла поговорок. Какие-либо патологические мысли пациент отрицает. Бредовых идей не высказывает.

Внешне пациент держится спокойно, на вопросы о самочувствии, настроении отмечает «нормально, как обычно». Настроение за время беседы не менялось. Эмоциональное огрубление. Снижение побуждения и

интересов. Социальная дезадаптация. Выраженная алкогольная заинтересованность.

Суицидальные мысли отрицает. Зрительные галлюцинации, видит «рой бабочек». Пытается поймать их. Критика к своему заболеванию отсутствует.

**Данные объективного исследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Состояние отмены алкоголя с делирием. Алкогольный амнестический синдром. Синдром зависимости от алкоголя II ст.

**Рекомендации по лечению.**

*P-p Natrii thiosulfatis 10.0 в\в;*

*P-p NaCl 0.9%– 500.0 в\в;*

*P-p MgSO4 25%– 20.0 в\в;*

*P-p KCl 10.0 в\в;*

*P-p Solutionis Natrii chloridi compositae (Kalii chloridi+ Calcii chloridi+Natrii chloridi) 500.0 в\в;*

*P-p Vit. B12 500 в\м;*

*P-p Vit. B6 2.0 в\м;*

*P-p Vit. C 2.0 в\м;*

*P-p Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 2.0 в\м;*

*P-p Piracetami 5.0 в\в;*

*Таб. Carbamazepini ретард 400мг, по 1 таб 2 р/д.*

## **21. АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

Корсаковский синдром сочетает в себе расстройство памяти относительно текущих событий (иначе говоря, фиксационная амнезия), нарушение ориентировки во времени, местности и наличие ложных воспоминаний. Возникает при тяжелых интоксикациях, хронической



алкогольной интоксикации, дефиците витамина В, инфекционных заболеваниях, разных видов гипоксии, опухоли головного мозга, ОНМК, при получении ЧМТ.

Расстройство памяти на настоящие события имеет патопсихологическую основу, заключающуюся в нарушении их удержания и репродукции. Большая роль в патогенезе отведена двустороннему поражению структур лимбической системы мозга, в дефиците витамина В в организме, который за счет нарушений метаболизма приводит к морфологическим изменениям структур мозга, особенно сводов и сосочковых тел.

Больные с подобным расстройством памяти на реальные события мгновенно забывают содержание только что сказанных слов, спустя пару минут не помнят, кто к ним обращался, из – за чего могут много раз здороваться с теми же людьми, задавать одинаковые вопросы, не могут сказать, что они только что делали, что ели, неделями повторно читают одну и ту же книгу, тут же забывая о том, что прочитали. Происходит резкое нарушение словесной памяти, в меньшей степени – образной. Не так сильно нарушается эмоциональная память, поэтому больной совершенно не помнит содержание неприятного события и приходит в плохое настроение в обстановке, где оно происходило, или при виде лица, которое имеет к нему отношение.

При этом память на далекие события жизни нередко остается сохранной, а некоторые воспоминания о давно минувших событиях отличаются особой яркостью. Хотя события, которые непосредственно предшествовали заболеванию, что часто охватывает недели, месяцы и даже годы, полностью выпадают из памяти больного, что говорит о наличии ретроградной амнезии различной длительности.

Характерное для Корсаковского синдрома расстройство ориентировки во времени, окружении и месте выражено в разной степени. Бывает очень резкое нарушение ориентировки во времени, когда больные зачастую не способны назвать не только число, день недели и месяц, но и время года.

Нарушение ориентировки в местности также в большинстве случаев имеет неточный характер. Больные с крайне тяжелыми расстройствами не ориентируются даже в окружающей обстановке, не могут найти свою койку, путь в столовую, пройти в туалет.

Более типично замещение пробелов памяти на настоящие события воспоминаниями о реальных событиях, которые происходили в прошлом. Если больные давно находятся в поликлинике, они могут говорить о том, что недавно «вернулись с работы», «были в гостях у знакомых». Для данного вида ложных воспоминаний есть термин «псевдореминисценция». Реже больные во время расспроса о текущей жизни выдают вымышленные, фантастические истории: «путешествовал по США», «встречался с индийским гуру», «летал на космическом корабле». Такие обманы памяти называются конфабуляциями. Поскольку больные с Корсаковским синдромом внушаемы, им можно задавать наводящие вопросы, тем самым вызывая у них ложные воспоминания. Обильный наплыв конфабуляций с глубокой дезориентировкой и бессвязным мышлением при отсутствии помрачения сознания называется конфабуляторной спутанностью. Она присуща больным с сенильной деменцией, обозначаемой как хроническая пресбиофрения Вернике.

Некоторым больным с Корсаковским синдромом присуще ложное узнавание, когда окружающих они воспринимают как людей, с которыми встречались ранее. Но в большинстве случаев им свойственна интеллектуальная недостаточность, выражаемая в слабой продуктивности и монотонности суждений, в зависимости их впечатлений, неспособности отмечать противоречия в своих высказываниях, обнаруживать несовместимость ложного воспоминания с реальностью. Однако некоторые больные отличаются сообразительностью и в конкретных ситуациях могут умело замаскировать дефекты памяти.

У многих больных отмечается выраженное снижение уровня волевой активности, в связи с чем, они предоставлены сами себе и могут очень долго

бездействовать. Чаще это лица пенсионного возраста. Они имеют апатический фон настроения, но люди помоложе обычно более активны. У больных Корсаковским синдромом сознание зачастую не помрачено. Вместе с тем заболевание может сочетаться с состоянием помраченного сознания, с явлением делирия, которое сопровождается беспокойным передвижением ночами.

Корсаковский синдром имеет возрастные особенности, поэтому детям ложные воспоминания не присущи или же они слабо выражены. В старческом возрасте очень интенсивны расстройства ориентировки, причем часто нарушена ориентировка в окружении, когда ложные воспоминания замещают пробелы памяти событиями прошлого, когда бывают частые ложные узнавания.

Длительность зависит в основном от характера главного заболевания. Как правило, Корсаковский синдром – это относительно стойкое хроническое состояние. Но бывают случаи транзиторного Корсаковского синдрома – при алкогольном делирии, после отравления окисью углерода или ЧМТ. Алкогольный Корсаковский синдром возникает остро, после того, как больной выходит из состояния помрачения сознания, и возможно длительное течение (2–15 лет) с медленным обратным развитием, что приводит к интеллектуальной недостаточности: нарушение памяти, снижение активности и апатическое или апатико – эйфорическое настроение.

Корсаковский синдром в случае с тяжелой гипоксией головного мозга может развиваться остро, вслед за помрачением сознания. В этом случае срок обратного развития синдрома более кратковременный (несколько недель – 2–3 года). Чаще встречается интеллектуально–мнестическое снижение, в редких случаях болезнь может закончиться полным выздоровлением (рис. 37).

После ЧМТ Корсаковский синдром развивается также остро, после состояния помрачения сознания. Исходное полное выздоровление встречается редко, зачастую происходит развитие стойкого психоорганического синдрома.

Оно зависит от вида основного заболевания и обладает симптоматическим характером. Врачи часто рекомендуют препараты, которые стимулируют обменные процессы в мозге (витамины, ноотропы). При Корсаковском синдроме, который развился в результате авитаминоза В<sub>1</sub>, назначают внутримышечные инъекции этого витамина, диету, которая богата белками и бедна углеводами (чтобы уменьшить потребность в витамине В<sub>1</sub>).

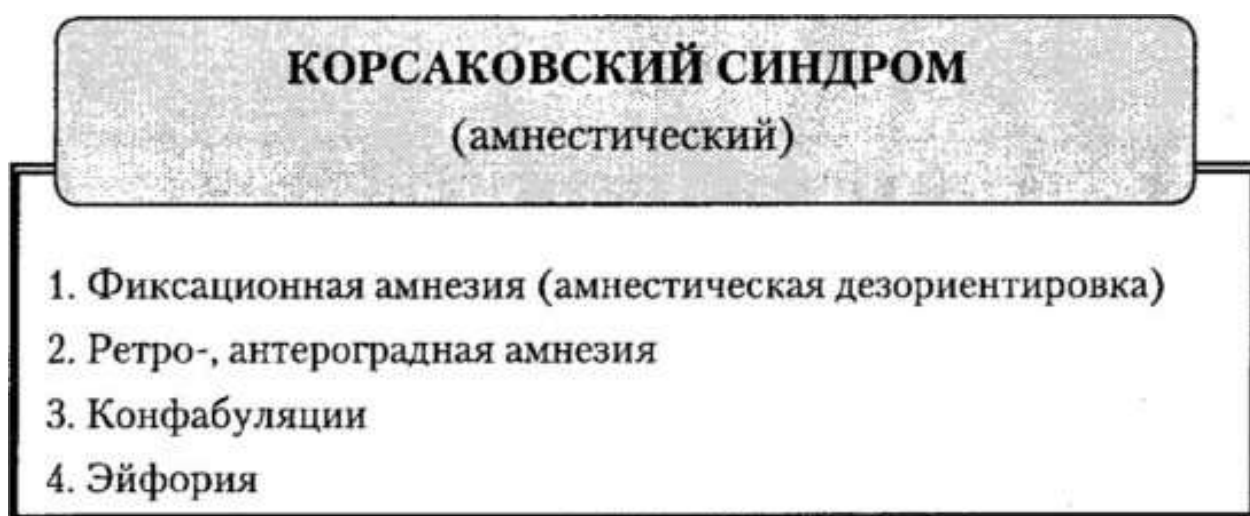


Рисунок 37 Симптомы Корсаковского синдрома

В большей части случаев прогноз серьезный, ведь стойко нарушается психическая деятельность, включая интеллектуально – мнестическое расстройство, резко снижающее возможность социально реадaptироваться. В отдельных случаях, при посттравматическом и иногда постгипоксическом Корсаковском синдроме, есть возможность выздороветь без ярко выраженных интеллектуальных расстройств.

#### **Клинический пример**

*Мужчина 52 лет направлен на госпитализацию в ПНД участковым врачом психиатром. Самостоятельно жалоб не предъявляет. Со слов супруги: не ориентируется во времени, снижение памяти.*

**Анамнез заболевания.** На протяжении двух лет активно злоупотреблял алкогольными напитками. Четкую причину злоупотребления алкоголем при сборе анамнеза выявить не удалось. Сам пациент вербализировать причину не может, но указывает на многочисленные жизненные проблемы, которые кажутся ему неразрешимыми. После очередного многодневного запоя пациент обратился за помощью в КУЗ ВО «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер», корпус 2. Где был направлен на стационарное лечение в отделение №13. С предварительным диагнозом: Алкогольный психоз. В момент поступления пациент был дезориентирован во времени и окружающей обстановке. Больного преследовали зрительные галлюцинации: совершал какие – то действия с вымышленными предметами. Пациенту была оказана своевременная квалифицированная медицинская помощь, состояние стабилизировалось: появилась ориентация во времени и пространстве, зрительные галлюцинации исчезли. В настоящее время пациент предъявляет жалобы на головную боль и снижение памяти, особенно на недавние события, ключевые моменты жизни воспроизводит удовлетворительно. Ранее на учете не состоял. Фактов употребления психотропных препаратов установлено не было.

**Анамнез жизни.** Родился 27.04.1963 в Воронежской области. В срок, желанным первым ребенком в семье. Вскармливание грудное. Рос в благополучной, полноценной, материально обеспеченной семье. Родители внимательно относились к воспитанию сына. В удовлетворительных бытовых условиях. Рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников в развитии не отставал. В школу пошел с семи лет, закончил 8 классов в дневной школе и 10 в вечерней. Прошел срочную службу в войсках ВС РФ. Женат, в настоящее время жена подала на развод. Не имеет места жительства, как следствие неудовлетворительные бытовые и санитарные условия. К религии относится спокойно. Отклонений в сексуальной жизни не отмечает. К своей госпитализации относится спокойно. Отмечает

хорошую работу персонала клиники и доброжелательное отношение к пациентам.

Из перенесенных детских инфекций указывает на ветряную оспу и паротит. 1976 – сотрясение головного мозга (упал с кедра). 1979 – закрытая ЧМТ (дорожно–транспортное происшествие). 1981 – сотрясение головного мозга (драка), экстренная аппендэктомия. 1986 – закрытая ЧМТ (дорожно–транспортное происшествие). 1996 – сотрясение головного мозга (драка).

Наличие сифилиса, патологии обмена веществ, венерических заболеваний отрицает. Контузий не было. Вакцинация в детском возрасте по календарю.

Психиатрический анамнез: ранее на учете не состоял.

Аллергологический анамнез: не отягощен. Факт аллергических реакций на лекарственные средства, продукты питания и другие факторы отрицает.

Курит сигареты без фильтра приблизительно по 0,5 пачки в день с 11 лет. Злоупотребляет алкоголем (в анамнезе факты запоя). Фактов употребления наркотических веществ установлено не было.

**Психический статус.** Больной выглядит аккуратно одетым, причёсанным, чисто выбритым. Участвует в хозяйственных мероприятиях (уборка территории). Принимает пищу аккуратно, тщательно пережёвывая. Бессонницы нет (на фоне лечения). С пациентами в отделении общается, хорошо адаптирован в отделении. Во время беседы пациент спокоен, хорошо понимает вопросы. При разговоре не производит лишних движений. Во время беседы смотрит на куратора, хорошо реагирует на изменения настроения разговора, на некоторые вопросы реагирует улыбкой. Пациент плохо ориентирован в себе, в окружающем пространстве, ситуации, календарном времени. На все вопросы отвечает медленно, задумываясь перед ответом.

В разговоре пациент отрицает наличие любых видов галлюцинаций, иллюзий; ощущения дереализации и деперсонализации не отмечается; расстройства чувствительности не наблюдаются.

*Внешне пациент держится спокойно, на вопросы о самочувствии, настроении отмечает «нормально, как обычно». Настроение за время беседы не менялось. Сам пациент не отмечает колебаний настроения в течение суток. В разговоре о своём пребывании в стационаре пациент проявляет абсолютное понимание необходимости данного пребывания, но отмечает желание поскорее вернуться домой. Пациент отрицает наличие суицидальных мыслей. В разговоре немногословен. Речь нормальная, последовательная, контекст беседы сохранён. Пациент весь период беседы не отвлекался на другие раздражители. Необычных ритмов и акцентов не наблюдается. Ответы неточные, узко по теме.*

*Мышление непоследовательное. Не понимает условного смысла поговорок. Какие – либо патологические мысли пациент отрицает. Испытывает трудности работы с математическим материалом. Удовлетворительно выполняет лишь задания с простейшими арифметическими операциями.*

*Пациент находится в ясном сознании, полностью не ориентирован: может назвать своё имя, определить себя в пространстве, называет сегодняшнюю дату, определяет время своего пребывания в стационаре. Плохо ориентирован в событиях недавнего времени. Во время беседы пациент плохо удерживает внимание и концентрируется на заданном вопросе. Перед ответом думает и часто ошибается.*

*Демонстрирует сохранность прежних знаний, ориентирован в простейших жизненных ситуациях. Хорошо помнит события большой давности и ключевые моменты жизни. Плохо воспроизводит недавние события. Кратковременная память сохранена. Способность к запоминанию снижена. Уровень интеллекта в пределах нижней границы возрастной нормы. Iq=81. Осуществляет арифметический счет, читает правильно и понимает прочитанное, исторические события не помнит.*

*Своё настоящее состояние пациент оценивает критически, считает, что необходимо пройти лечение.*

*Эмоциональное огрубление. Снижение побуждения и интересов. Социальная дезадаптация. Выраженная алкогольная заинтересованность.*

*Данные объективного исследования. Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.*

*Клинический диагноз. Синдром зависимости от алкоголя 2 ст. Состояние отмены алкоголя с делирием. Алкогольный амнестический синдром.*

**Рекомендации по лечению.**

*P–p Diazepamі 0,5% в/м*

*p–p Kalii chloridi+Calcii chloridi+Magnii chloridi+Natrii hydrocarbonatis+Natrii chloridi+Povidoni 400, в/в кап*

*P–p Dextrosi 5% 800,0; P–p. Vit. C 5% – 3,0;*

*P–p Cocarboxylasi 2,0 – в/в кап*

*P–p Droperidoli 0,25% – 5,0 в/м при возбуждении*

*P–p Piracetami 20% – 5,0 в/м*

*P–p Vit B6 5% 1мл в/м*

*P–p Vit B1 2,5% 1мл в/м*

**Клинический пример**

*Мужчина 48 лет доставлен бригадой СМП в приемное отделение ПНД. Пациент самостоятельно жалоб не предъявляет. Со слов супруги, непреодолимая тяга к алкоголю, помрачение сознания, снижение памяти.*

*Анамнез заболевания. На учете у нарколога с 1999 года. По словам больного, к алкоголю пристрастился, выпивая в компании друзей с 24 лет, выпивал тогда грамм 500 вина, от приема алкоголя чувствовал улучшение настроения, прилив сил, затем этого количества стало не хватать для достижения эффекта и вместе с вином употреблял грамм 100 водки. Затем стал употреблять самостоятельно 2–3 – раза в неделю примерно по 300мл со временем количество выпитого доходило до 1 литра водки. Чувствовал, что «без выпивки уже не может», утром «опохмелялся» пивом и водкой.*



*Если не пил несколько дней, то чувствует себя очень плохо. Отмечал, что после употребления алкоголя сначала испытывает облегчение, прилив сил и настроения, а затем теряет контроль над выпитым и выпивает большое количество, как заканчивается пьянка не помнит. Несколько раз случалась «белая горячка», больной видел крыс, ящериц, которые находились у него в комнате, он их пытался ловить, «хотел выкинуть в окно, чтобы больше не приходили», также слышал голоса соседей за стеной, которые обсуждали план убийства больного. Пьянство носит запойных характер, запои длятся около 3 недель, светлые промежутки – 2–3дня. Толерантность 300–500г. водки. У больного сформированы основные симптомы и синдромы психофизической зависимости от алкоголя (утрата количественного и качественного контроля, уменьшение толерантности к алкоголю, синдром отмены, амнестические формы опьянения). Последний раз лечение проводилось месяц назад. Дома не удержался, практически сразу начал употреблять спиртное, ушел из дома на несколько дней, вернулся, рассказывал жене, что не мог вспомнить дорогу домой.*

*Жена вызвала скорую помощь, которая доставила больного в ПНД.*

**Анамнез жизни.** *Воспитывался в полной семье со стабильным достатком, отношения в семье нормальные. В школу пошел вовремя, в физическом и умственном развитии не отставал от сверстников. Боязливость, снохождения, ночные страхи, энурез, заикания отрицает. Разведён, есть сын. Закончил 10 классов, образование высшее по специальности преподаватель биологии. После службы в армии работал в школе 2 года, затем начал частное предпринимательство, периодически в компаниях начал употреблять алкоголь.*

*Гепатиты, венерические болезни, туберкулез отрицает. В 2000г. и 20020г. были ЧМТ, лечился по данному поводу в стационаре.*

**Психический статус.** *Двигательно спокоен, отмечается тремор кистей рук. За внешним видом не следит. Вербальному контакту доступен. Недостаточно ориентирован в месте, времени собственной личности. На*

вопросы отвечает в целом в плане заданного. В беседе пассивен. Память на недавние события грубо снижена. Мышление непоследовательное. Эмоционально лабилен. Настроение обычное. Раздражителен. Сон, аппетит удовлетворительные.

**Данные объективного исследования.** Соматический статус без особенностей.

**Неврологический статус.** Черепно–мозговая иннервация: зрачки округлой формы, нормальной величины, реакция на свет вялая, анисокория.

Движение языка, глотание, фонация, зрение, слух, обоняние, вестибулярные пробы в норме.

**Двигательные функции:** движения головы, конечностей и туловища в полном объёме. Мышечная сила снижена, координация движений не нарушена, синергии отсутствуют. Гиперкинезы и судорожные припадки отсутствуют. Сухожильные, периостальные и кожные рефлексы: живые, равномерные. Менингеальные симптомы отсутствуют, механическая возбудимость мышц и нервных стволов в пределах нормы. Чувствительность: поверхностная и глубокая без патологии. Пальценосовую пробу выполняет с дрожанием. Неустойчив в позе Ромберга

**Клинический диагноз.** Алкогольный абстинентный синдром тяжелой степени тяжести у личности с синдромом зависимости от алкоголя 3 ст. Корскаковский синдром.

**Рекомендации по лечению.**

*P–p. NaCl 0,9 % –500,0; MgSO4 25%–20,0 в/в кап*

*P–p. NaCl 0,9%– 500,0; Piracetami –10,0 в/в кап*

*P–p. Vit B1 – 3,0 в\в кап*

*P–p. Vit B6 – 3,0 в\в кап*

*P–p. Vit B12 – 500 в\м*

*P–p. Vit C – 3,0 в\м*

*P–p. Natrii thiosulfatis – 10,0 в\в струйно*

*Таб. Carbamazepini ретард 200 мг, по 1 таб. 3 р/д*

*Таб. Promazini 50 мг 1р/д*

*Таб. Glycini 100мг, по 1 т 3 раза в день*

## 22. ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения – это психотическое расстройство личности или группа расстройств, которая связана с распадом мыслительных процессов и эмоциональными реакциями. Для расстройств личности характерны фундаментальные расстройства в мышлении, восприятии, сниженный или неадекватный аффект. А слуховые галлюцинации, фантастический, параноидный бред, дезорганизованность речи, мышления и нарушение работоспособности являются самыми частыми проявлениями заболевания. Частота заболевания, что у мужчин и женщин одинаковая, однако, женщины имеют тенденцию к позднему возрастному началу. Болезнь шизофрения имеет многообразную симптоматику, что в свою очередь послужило возникновению дебатов о едином заболевании или комплексе отдельных синдромов. Сама этимология слова, включающая в понимание расщепление рассудка, вызывает путаницу, поскольку заболевание принимают за раздвоение личности.

Почему возникает шизофрения? Этот вопрос интересует небезразличных людей к своему здоровью, имеющих в роду такие отклонения. Есть мнение, что болезнь шизофрения передается по наследству. Генетическая причина шизофрении кроется в группе генов, которым необходимо сложиться определенным образом для возникновения предрасположенности к заболеванию. Однако существуют и другие сторонники, опровергающие версию наследственности. Достаточно вспомнить факты из истории, связанные с Гитлером, когда он из соображений искоренения дурной наследственности уничтожил, а также кастрировал всех шизофреников, однако это не остановило заболевание и через несколько поколений все вернулось в процентном соотношении на прежний уровень.

Социальные проблемы: развод, безработица, бездомность, бедность также провоцируют повторные эпизоды заболевания. Среди больных шизофренией повышен риск суицидов, а проблемы со здоровьем укорачивают продолжительность жизни заболевших.

Причины шизофрении остаются до конца не изученными, однако болезнь имеет много гипотез о предполагаемых причинах происхождения.

В настоящее время особый интерес вызывает дофаминовая теория шизофрении. Согласно этой гипотезе, продуктивная симптоматика заболевания ассоциируется с таким фактором, как длительное повышение в стриатуме мозга уровня дофамина. Известно, что у здорового человека этот показатель является нормальным.

Чтобы выяснить причины шизофрении, основателям данной теории пришлось рассматривать проблему с другой стороны. Они выяснили, как воздействуют нейролептики, подавляющие продуктивные признаки недуга.

Как выяснилось, для всех нейролептиков характерно общее свойство, выраженное в понижении в человеческом мозгу потока нейромедиаторов, относящихся к системе поощрения, и прежде всего, это касается серотонина и дофамина. Для типичных антипсихотиков характерна блокировка одновременно ряда нейромедиаторов системы, то есть, серотонина, дофамина, гистамина. Но в первую очередь, важнейшей оказалась блокировка дофамина.

Практически у всех наркотических препаратов имеется объединяющее свойство, они способны косвенно или прямо увеличивать в мозгу поток таких нейромедиаторов системы поощрения. Установлено, что если БП лечат с применением большой дозы L-Дофа, то некоторые пациенты приобретают симптомы, которые характерны для шизофрении.

### **Симптомы шизофрении.**

**Эмоциональные нарушения.** У большинства больных шизофренией заболевание начинается с чувственной тупости. Вначале ослабевают эмоции по отношению к самым близким людям – родителям, жене, мужу, детям.

Довольно часто не просто ослабевают чувства, а развивается эмоциональная неадекватность. Проявляется она в выраженном несоответствии между качеством эмоции и характером вызвавшего ее раздражителя. Появляются беспочвенная злоба, раздражение, агрессия к

самым дорогим людям. Хотя взаимоотношения со знакомыми, друзьями, с людьми, не требующими духовной близости, могут оставаться на прежнем уровне.

Начальные признаки также могут проявляться в виде утраты свойственных ранее больным увлечений и интересов. А новые увлечения (хобби) не появляются. Такие люди ничем не заняты: бесцельно где-то бродят или сидят дома.

Могут ослабевать и низшие инстинктивные чувства. Больные становятся менее чувствительными к голоду, они могут пропустить обед, ужин не потому, что не голодны, а потому что утрачивают интерес к еде. Они становятся неопрятными, могут длительно носить одну и ту же одежду (грязную, порванную). Если в семье и ранее были проблемы, скандалы, то начальные признаки шизофрении в форме чувственной тупости могут стать незамеченными.

И лишь тогда, когда появляются бредовые идеи в высказываниях, когда больной начинает говорить с невидимым собеседником, когда под действием императивного голоса может нанести вред себе или окружающим, только тогда родные замечают, что их сын (муж) серьезно болен. Хотя первые признаки шизофрении и можно было бы заметить раньше.

В тех семьях, где до болезни в отношениях царили взаимопонимание, любовь и забота, внезапная агрессия обращает на себя внимание.

***Нарушение мышления.*** Обманы восприятия. Иногда эмоциональные нарушения развиваются спустя некоторое время от начала заболевания. При этом вначале появляются более грозные первые симптомы шизофрении – бред и галлюцинации.

Среди основных тематик бредовых идей, присущих шизофрении, преобладают бред воздействия, преследования и отношения.

*Бред воздействия* проявляется тем, что больной рассказывает, что кто – то с помощью невидимых лучей, токов, волн, радиации, колдовства руководит его мыслями, эмоциями. Больной приводит все новые и новые

доводы, все менее убедительные. Тематика бредовых идей зависит от субкультуры, к которой относится больной, от времени, в котором он живет (в средневековье среди бредовых идей воздействия преобладало колдовство, в наше же время на больных «влияют» с помощью мобильных телефонов, спутника, телевизора).

*Бред преследования* отличается заумностью и неопределенностью. Больной шизофренией рассказывает, что его преследуют какие – то террористические группы, таинственные организации, но конкретных преследователей он в большинстве случаев не называет.

Описывая первые симптомы шизофрении, нельзя не упомянуть галлюцинации. Для данного заболевания характерны слуховые вербальные галлюцинации в виде голоса, отдающего приказания (императивные галлюцинации), комментирующих голосов. Такие симптомы как бредовые идеи или галлюцинации трудно не заметить. И больной попадает в поле зрения психиатров.

***Неврозоподобные симптомы.*** Иногда дебют (начало) шизофрении проявляется obsessions (навязчивыми мыслями), compulsions (навязчивыми действиями), фобиями (навязчивыми страхами), ипохондрическими жалобами, деперсонализацией или дисморфоманией. Такие симптомы могут быть свойственны вялотекущей шизофрении.

Отличительная черта obsessions – большая сила принуждения. Больные могут часами совершать нелепые ритуалы, не стесняясь окружающих.

Фобии при шизофрении утрачивают эмоциональный компонент, больные могут спокойно, без волнений рассказывать о своих страхах. Помимо этого могут быть нелепые страхи (например, боязнь отдельных букв).

Ипохондрические жалобы при шизофрении довольно фантастичны: больные «ощущают» как «кровь движется по сосудам», как «кишки в животе сбились в комок».

Деперсонализация проявляется тем, что больные жалуются на изменение самого себя – «не такой, как был раньше». Иногда деперсонализация проявляется болезненным бесчувствием – «разучился чувствовать».

В редких случаях первыми признаками могут быть кататонический ступор или кататоническое возбуждение.

Первые симптомы шизофрении могут быть разнообразными, но в большинстве случаев все-таки имеются характерные изменения поведения, которые близкие люди могут и должны заметить.

*В развитии заболевания можно выделить несколько этапов:*

- начало;
- дальнейшее течение, продолжающееся месяцы и даже годы, включающее период(ы) развернутых клинических проявлений, а также период(ы) ремиссии;
- конечное состояние (степень нарушений через десятки лет).

На начальном этапе симптомы болезни крайне разнообразны. Как правило, это тревога, необоснованные страхи, растерянность, сниженное настроение, астенические расстройства. Симптомы заболевания могут появиться внезапно или развиваться постепенно – в течение месяцев и лет.

В ходе дальнейшего развития болезни возможны непрерывный, периодический и приступообразно–поступательный типы её течения.

Если заболевание протекает непрерывно, у больного человека длительное время отмечаются те или иные позитивные симптомы, на фоне которых постепенно нарастают негативные изменения. Однако в ходе лечения можно добиться ослабления расстройств, уменьшения их выраженности и при таком варианте течения болезни.

В случае приступообразного течения шизофрении имеют место периоды обострения (приступы) и периоды ремиссии, когда симптоматика существенно ослабевает и даже полностью отсутствует. В этом случае в периоды ремиссий больной в той или иной степени сохраняет способность вести прежний образ жизни, выполнять семейные обязательства, работать.



Прием лекарственных препаратов позволяет существенно увеличить длительность ремиссий, уменьшить число и тяжесть обострений.

Следует заметить, что довольно большое число людей, перенесших в течение жизни всего один приступ болезни, в последующем сохраняет прежний уровень работоспособности и адаптации.

Примерно у 15% больных шизофренией отмечается периодический тип течения заболевания. В этом случае оно проявляется исключительно приступами продуктивных расстройств, вне которых не обнаруживается каких-либо симптомов психического расстройства. Можно сказать, что это один из наиболее благоприятных вариантов течения шизофрении.

Важно отметить тот факт, что неблагоприятные формы течения шизофрении чаще встречаются в случаях, когда её начало пришлось на детский и ранний подростковый возраст. При начале заболевания в пожилом возрасте, напротив, преобладают более благоприятные формы.

К сожалению, сегодня не найдено средство, которое могло бы излечить шизофрению полностью. Однако примерно у 30% заболевших развивается длительная, стабильная ремиссия – период улучшения. Можно даже сказать, что они выздоравливают и не чувствуют себя больными долгие годы.

В 30% случаев болезнь принимает хронический характер. Для таких больных характерны частые её обострения, постепенное утяжеление расстройств, что приводит к утрате работоспособности и нарушению социальной адаптации.

Треть больных занимают промежуточное положение. Для них характерны умеренные расстройства и периодическое обострение заболевания – через месяцы, а иногда и годы. В периоды между приступами многие такие пациенты могут научиться справляться с заболеванием и восстановить большинство навыков (рис. 38).



Рисунок 38 Динамика негативных расстройств при шизофрении

Всем больным шизофренией необходимо проведение медикаментозного лечения. С внедрением в клиническую практику современных психотропных препаратов значительно изменились представления о прогнозе этого

заболевания. Например, доказано, что частота неблагоприятных форм его течения сократилась с 15 до 5%. Среди пациентов, получающих медикаментозное лечение, рецидивы заболевания отмечаются примерно у 40%, а среди не получающих лечения – у 80%.

Важными составляющими успеха в преодолении болезни являются создание благоприятного микроклимата в окружении больного человека, а также его собственная активная позиция в процессе лечения – это прежде всего умение замечать первые симптомы обострения болезни и принимать необходимые меры. Постепенно к больному могут вернуться такие качества, как уверенность в себе, инициативность, навыки общения, способность решать финансовые и бытовые вопросы.

### **Клинический пример**

*Мужчина 27 лет доставлен бригадой СМП в приемное отделение ПНД. Со слов матери, нарушился сон, стал раздражительным, агрессивным, периодически появляются галлюцинации – видит «чертей».*

***Анамнез заболевания.** Впервые состояние изменилось в декабре 2009 года: появилась бессонница, не мог работать, тяжело было сосредоточиться. Решил, что ему надо лечиться фруктами. На протяжении года отмечались колебания настроения, много курил, начал алкоголизироваться, считал, что люди за его спиной перешептываются о нем, высказывал идеи преследования, говорил, что «от электроприборов идет излучение», был агрессивным, избил мать и сестру, ломился к соседям. В связи с таким состоянием по СПП был госпитализирован в ВОКПНД, где находился с 05.12.2010 по 21.01.11гг. с диагнозом: Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения. Аффективно–параноидный синдром. Тип ремиссии–неполная.*

*После выписки чувствовал себя удовлетворительно. Диспансер не посещал, поддерживающего лечения не принимал. Проживал с матерью, нигде не работал. Состояние вновь изменилось: стал раздражительным,*

конфликтным, появился страх, не открывал двери, говорил, что путаются мысли, высказывал суицидальные мысли. Проходил стационарный курс лечения в ВОКПНД с 29.06.14 по 01.09.2014гг. с диагнозом Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения, аффективно–параноидный синдром. Тип ремиссии–неполная. После выписки чувствовал себя удовлетворительно. Диспансер не посещал, поддерживающего лечения не принимал. Проживал один. Вновь проходил стационарное лечение в психиатрическом стационаре с 29.01.1015 по 02.03.2015гг, с диагнозом: Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения. Аффективно–бредовый синдром. Тип ремиссии–неполная. Появилась гиперактивность, не мог управлять своими мыслями, был агрессивен к родным, сообщал, что его накрывает электромагнитной волной, «я не могу работать, так как у меня кости слабые...». Следующая госпитализация с 25.07.2016 по 30.08.2016гг. У больного нарушился сон, выходил голым в подъезд, пытался уйти из дома, говорил о «черте» с диагнозом: Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения, параноидный синдром. Тип ремиссии–неполная. С 12.02.2013 по 22.03.2013гг находился в КУЗ ВО «ВОКПНД» с диагнозом: Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения. Параноидный синдром. Стал тревожен, суеверен, уходил из дома, стал заявлять, что хочет стать камикадзе и захватить мир. С 24.04.2013 по 07.06.2013гг с диагнозом: Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения. Параноидный синдром. Уходил из дома, был агрессивен, оголялся на улице, появились «голоса» внутри головы. С 06.02.2014 по 20.03.2014гг. с диагнозом: Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения. Параноидный синдром. Нарушился сон, уходил из дома, бродяжничал, угрожал матери расправой. С 29.07.2014 по 10.08.2014гг. с диагнозом: Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения, аффективно–параноидный синдром. Тип ремиссии – неполная. Стал раздражительным, нарушился сон, уходил из дома, бродяжничал, раздевался на улице, приставал к прохожим, разговаривал сам с собой, за

внешним видом не следил. Настоящая госпитализация с 08.12.2014 г. в связи с обострением аффективно-бредовой симптоматики: нарушился сон, стал агрессивным, возбужденным, подозрительным, стал уходить из дома, угрожал матери, дома устроил погром, стучался к соседям. В связи с таким состоянием была вызвана СПП. Был госпитализирован в КУЗ ВО «ВОКПНД» корпус №1, отделение №1.

**Анамнез жизни.** Воспитывался в полной семье со стабильным достатком, отношения в семье нормальные. В школу пошел вовремя, в физическом и умственном развитии не отставал от сверстников. Боязливость, снохождения, ночные страхи, энурез, заикания отрицает. Разведён, есть сын. Закончил 10 классов, образование высшее по специальности преподаватель биологии. Служил в армии. После службы в армии работал в школе 2 года, затем начал частное предпринимательство, периодически в компаниях начал употреблять алкоголь. Гепатиты, венерические болезни, туберкулез отрицает. В 2000 г и 2002 г были ЧМТ, лечился по данному поводу в стационаре.

**Психический статус.** В результате наблюдения за поведением больного синдромов расстроенного сознания не выявлено. Правильно ориентирован в собственной личности (ФИО, возраст, профессия), в месте (город, учреждение, где находится), времени (число, месяц, год) и окружающем (с кем беседует и кто её окружает). Больной контактен, хорошо понимает обращённую к нему речь и задаваемые вопросы, на которые отвечает неохотно, часто отвлекается на малозначимые темы.

Внешне формально опрятен. На беседу в комнату пришел самостоятельно, разговаривает неохотно, напряжен, подозрителен, суетлив, сидя на стуле меняет позы. В разговор вступает неохотно.

Умеренное снижение памяти. Хотя сам больной отмечает некоторое снижение памяти в последнее время на недавние события, но лишь на мелкие и незначительные, при этом память на прошлые события не изменена.

*Устный счёт не нарушен (но считает медленно), оскуднения психики, сужения кругозора, потери школьных и житейских навыков и знаний нет. Можно сделать вывод, что интеллект в данное время соответствует полученному образованию и предполагаемому жизненному опыту.*

*На момент осмотра фон настроения с аффективными колебаниями. Эмоционально неустойчив. Мышление с соскальзываниями. Негативистичен по отношению к матери. Коррекции не поддается. Суицидальные мысли на момент осмотра отрицает. Планов на будущее не строит. Тяготеет к нахождению в стационаре.*

**Данные объективного исследования.** *Соматический статус без особенностей.*

**Неврологический статус.** *Черепно–мозговая иннервация: зрачки округлой формы, нормальной величины, реакция на свет сохранена. Движение языка, глотание, фонация, зрение, слух, обоняние, вестибулярные пробы в норме. Двигательные функции: движения головы, конечностей и туловища в полном объёме. Мышечная сила сохранена, координация движений не нарушена, синергии отсутствуют, Гиперкинезы и судорожные припадки отсутствуют. Сухожильные, периостальные и кожные рефлексы: живые, равномерные. Менингеальные симптомы отсутствуют, механическая возбудимость мышц и нервных стволов в пределах нормы. Чувствительность: поверхностная и глубокая без патологии. Пальценосовую пробу выполняет с дрожанием. Неустойчив в позе Ромберга.*

**Клинический диагноз.** *Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения. Аффективно–бредовый синдром.*

**Рекомендации по лечению.**

*Режим ограничительный*

*P–p Haloperidoli 2.0 в/м 2 p/д(утро, на ночь)*

*P–p Chlorpromazini 2.0 в/м 2 p/д(утро, на ночь)*

*P–p Diphenhydramini 1.0 в/м 2p/д(утро, на ночь)*

*P–p Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 2.0 в/м на ночь*

## Клинический пример

*Больной поступил в ВОКПНД 6.04.2015г. по «скорой помощи». За помощью обратилась двоюродная сестра пациента вследствие его неадекватного поведения, которое заключалось в том, что в течение недели перед поступлением он был агрессивен, много выпивал, конфликтовал с родственниками, подозревал их в том, что они хотят его выселить, лишит квартиры. Сестра пациента пригласила его в гости, отвлекла внимание, заинтересовав детскими фотографиями и вызвала «скорую».*

***Анамнез заболевания.** В 1996 году во время работы начальником геодезической партии испытывал выраженное чувство вины, достигающее до суицидальных мыслей в связи с тем, что его заработная плата была выше, чем у коллег, в то время как обязанности менее обременительны (по его мнению). Однако до попыток суицида дело не дошло – останавливала любовь и привязанность к бабушке.*

*Пациент считает себя больным с 1998, когда впервые попал в психиатрический стационар. Это произошло в городе Новокузнецке, куда больной приехал «на заработки». У него кончились деньги, и чтобы купить билет домой, он хотел продать свою черную кожаную сумку, однако на рынке ее никто не купил. Идя по улице, у него появилось ощущение, что его преследуют, он «увидел» троих мужчин, которые «следили за ним, хотели отобрать сумку». Испугавшись, больной побежал к милиционерскому участку и нажал кнопку вызова милиционера. Появившийся сержант милиции слежки не заметил, велел пациенту успокоиться и вернулся в отделение. После четвертого вызова милиции больного забрали в отделение и «стали бить». Это послужило толчком для начала аффективного приступа – пациент начал драться, кричать.*

*Вызванная психиатрическая бригада доставила больного в стационар. По дороге он дрался также с санитарями. В психиатрической больнице г. Новокузнецка он пробыл полгода, после чего «самостоятельно» (по мнению больного) отправился в Томск. На вокзале пациента встречала бригада*

*скорой помощи, доставившая его в областную психиатрическую больницу, где он пробыл еще год. Из препаратов, которыми проводилось лечение, пациент помнит один Chlorpromazini.*

*Со слов пациента, после смерти бабушки в 2002 году он уехал в город Бирюсинск Иркутской области к проживавшей там родной сестре. Однако во время, одной из ссор с сестрой что – то произошло (пациент уточнять отказался), что привело к выкидышу у сестры и госпитализации больного в психиатрическую больницу г. Бирюсинска, где он пробыл 1,5 года. Проводимое лечение указать затрудняется. Следует отметить, что по признанию пациента он «много пил, иногда был перебор».*

*Следующие госпитализации в стационар – в 2012 году. Со слов пациента, во время одного из конфликтов с дядей он в порыве гнева заявил ему: «А можно и топориком по голове!». Дядя очень испугался и потому «лишил меня прописки». После пациент очень жалел о сказанных словах, раскаивался. Пациент считает, что именно конфликт с дядей явился причиной госпитализации. В апреле 2015 года – настоящая госпитализация. Со слов родственников удалось выяснить (по телефону), что состояние пациента изменилось за 1 месяц до госпитализации: он стал раздражительным, активно занялся «предпринимательской деятельностью». Устроился на работу дворником в кооператив и собирал с жильцов по 30 руб. в месяц, подрабатывал грузчиком в магазине, причем неоднократно брал продукты домой. Не спал ночами, на просьбы родственников обратиться к врачу раздражался и уходил из дома. Скорая помощь была вызвана двоюродной сестрой пациента, так как в течение недели перед поступлением он стал суетливым, много выпивал, стал конфликтовать с родственниками, обвинять их в том, что его хотят выселить из квартиры. При поступлении в ТОКПБ высказывал отдельные идеи отношения, не мог объяснить причину своей госпитализации, заявлял, что согласен находиться в стационаре несколько дней, интересовался*



сроками госпитализации, так как хотел продолжать трудовую деятельность (не со всех собрал деньги).

**Анамнез жизни.** Пациент был желанным ребенком в семье, о перинатальном периоде и раннем детстве сведения отсутствуют. До поступления в техникум жил в поселке Слобода Бобровского района Воронежской области. Из друзей помнит «Кольку», с которым пытается поддерживать отношения до сих пор. Предпочитал игры в компании, курил с 5 лет. В школу пошел вовремя, любил математику, физику, геометрию, химию, по другим предметам получал «тройки» и «двойки». После школы с друзьями «ходил пить водку», на следующее утро «болел с похмелья». В компании проявлял стремление к лидерству, был «заводилой». Во время драк испытывал физический страх боли. Бабушка воспитывала внука не очень строго, физических наказаний не применяла. Объектом для подражания был родной дядя пациента, геодезист–топограф, который впоследствии повлиял на выбор профессии. После окончания 10 классов поступил в геодезический техникум. В техникуме учился хорошо, свою будущую профессию любил.

Стремился быть в коллективе, старался поддерживать с людьми хорошие отношения, однако с трудом контролировал чувство гнева. Старался доверять людям. «Я человеку верю до трех раз: раз меня обманет – прощу, второй раз обманет – прощу, третий обманет – я уже буду думать, что он за человек». Пациент был поглощен работой, настроение преобладало хорошее, оптимистическое. В общении с девушками были трудности, но о причинах этих трудностей пациент не рассказывает.

Начал работать с 20 лет по специальности, работа нравилась, в трудовом коллективе отношения были хорошие, занимал небольшие руководящие должности. В армии не служил по причине туберкулеза легких. После первой госпитализации в психиатрический стационар в 1984 году многократно менял место работы: работал продавцом в хлебном магазине, дворником, мыл подъезды. В браке не состоял, сначала (до 26 лет) считал «что еще рано», а после не женился по причине (со слов больного) – «что

толку дураков плодить?». Постоянного сексуального партнера не имел, к теме секса отношение настороженное, обсуждать отказывается.

Интереса к религии не проявлял. Однако в последнее время стал признавать наличие «высшей силы», Бога. Считает себя христианином.

Криминальных поступков не совершал, к суду не привлекался. Наркотики не употреблял. Курит с 5 лет, в дальнейшем – по 1 пачке в день, в последнее время – меньше. До госпитализации активно употреблял алкоголь. Проживал в двухкомнатной квартире с племянницей, её мужем и ребенком. Любил играть с ребенком, присматривать за ним, с племянницей поддерживал хорошие отношения. Конфликтовал с сестрами. Последний стресс – ссора с двоюродной сестрой и дядей перед госпитализацией по поводу квартиры, переживает до сих пор.

**Психиатрический статус.** Внешний вид соответствует возрасту. Следит за собой: выглядит опрятно, аккуратно одет, волосы причесаны, ногти чистые, гладко выбрит. Пациент легко вступает в контакт, словоохотлив, улыбчив. Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени и собственной личности. Во время беседы смотрит на собеседника, проявляя интерес к разговору, немного жестикулирует, движения быстрые, несколько суетливые. С врачом дистантен, в общении приветлив, охотно разговаривает на различные темы, касающиеся его многочисленных родственников, отзывается о них положительно, кроме дяди, с которого в детстве брал пример и которым восхищался, но в дальнейшем стал подозревать в плохом отношении к себе, стремлении лишить его жилплощади. О себе рассказывает избирательно, почти не раскрывает причин госпитализации в психиатрический стационар. В течение дня читает, пишет стихи, поддерживает хорошие отношения с другими пациентами, помогает персоналу в работе с ними.

Расстройств восприятия в настоящий момент не выявлено. Настроение ровное, в процессе беседы улыбается, говорит, что чувствует себя хорошо.

*Речь ускоренна, многословна, артикулирована правильно, грамматически фразы построены верно. Спонтанно продолжает беседу, соскальзывая на посторонние темы, обстоятельно их развивая, но не отвечая на заданный вопрос.*

*Мышление характеризуется обстоятельностью (масса малозначимых подробностей, деталей, не относящихся к непосредственно заданному вопросу, ответы пространны), соскальзываниями, актуализацией второстепенных признаков. Например, на вопрос «Почему дядя хотел лишит Вас прописки?» – отвечает: «Да, он хотел убрать мой штамп в паспорте. Ты знаешь, штамп прописки, он такой, прямоугольный. А у тебя какой? Первая прописка у меня была в ... году по ... адресу». Для ассоциативного процесса характерна паралогичность (так, например, задание «исключение четвертого лишнего» из списка «лодка, мотоцикл, велосипед, тачка» исключает лодку по принципу «отсутствия колес»). Переносный смысл пословиц понимает правильно, сам использует их в своей речи по назначению. Содержательные расстройства мышления не выявляются. Внимание концентрировать удается, но легко отвлекаем, не может вернуться к теме разговора. Краткосрочная память несколько снижена: не может вспомнить имени куратора, тест «10 слов» воспроизводит не полностью, с третьего предъявления 7 слов, через 30 мин. – 6 слов.*

*Интеллектуальный уровень соответствует полученному образованию, образу жизни, который заполнен чтением книг, сочинением стихов о природе, о маме, смерти родственников, про свою жизнь. Стихи грустные по тональности.*

*Самооценка снижена, считает себя неполноценным: на вопрос, почему не женился, отвечает, – «что толку дураков плодить?»; в отношении своего заболевания критика неполная, убежден, что в настоящее время лечение ему уже не нужно, хочет домой, работать, получать зарплату. Мечтает поехать к отцу в Абхазию, которого долго не видел, подарить ему*

мед, кедровые орехи и так далее. Объективно возвращаться больному некуда, так как родственники лишили его прописки и продали квартиру, в которой он жил.

**Данные объективного исследования.** Соматический статус без особенностей.

**Неврологический статус.** Травм черепа и позвоночника не было. Обоняние сохранено. Глазные щели симметричны, ширина в пределах нормы. Движения глазных яблок в полном объеме, нистагм горизонтальный мелкоамплитудный. Чувствительность кожи лица в пределах нормы. Асимметрии лица нет, носогубные складки и углы рта симметричны. Язык по средней линии, вкус сохранен. Расстройств слуха не выявлено. Парезов, параличей, атрофий мышц нет. Выраженных экстрапирамидных расстройств не выявлено. Рефлексы с двуглавой и трехглавой мышц плеча, коленный и ахиллов сохранены, равномерны, немного оживлены. Брюшные и подошвенные рефлексы не исследовались. Чувствительная сфера: болевая и тактильная чувствительность на руках и теле сохранена. Суставно – мышечное чувство и чувство давления на верхних и нижних конечностях сохранено. Стереогноз и двумерно – пространственное чувство сохранено. Походка с открытыми и закрытыми глазами ровная. Тест Ромберга отрицательный. Пальценосовая проба: мимопадания нет. Потливость ладоней. Дермографизм красный, нестойкий.

**Клинический диагноз.** Параноидная шизофрения, тип течения эпизодический с нарастающим дефектом, неполная ремиссия.

**Рекомендации по лечению.**

Режим ограничительный

Таб. Olanzapini 5 мг, по 1 таб. 2 р/д

Таб. Carbamazepini 200 мг, по 1 таб. 2 р/д

Р-р Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 2.0 в/м на ночь

## Клинический пример

*Женщина 29 лет доставлена бригадой СПП в ПНД. Со слов матери последний месяц пациентка стала агрессивной, чрезмерно раздражительной, стала утверждать, что родственники хотят ее выселить, обворовать.*

***Анамнез заболевания.** Состояние изменилось заметно около месяца назад: нарушился сон, спала по 4 часа в сутки, стала раздражительной, конфликтной, одевалась легко не по погоде и куда – то уходила, алкоголизировалась, брала у матери деньги и бесконтрольно их тратила, угощала друзей. К матери проявляла агрессию, кидалась драться, выдвигала нелепые обвинения, что та хочет ее убить. Мать вызвала участкового сотрудника полиции, после чего пациентка была госпитализирована по СПП.*

***Анамнез жизни.** Психопатологическая наследственность – неотягощена. Беременность у матери протекала без особенностей. Родилась в Воронеже, в семье была единственным ребенком, воспитывалась матерью и отчимом. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. Посещала детские дошкольные учреждения. Была активной, общительной, упрямой, имела много подруг и знакомых. В школу пошла в 7 лет, закончила 10 классов. Успеваемость средняя, увлекалась спортом. После школы поступила в институт, но бросила учиться на третьем курсе. Работала продавцом, но на одном месте долго не удерживалась, возникали частые конфликты с сотрудниками. С подросткового возраста с матерью часто конфликтует, убегала из дома, выпивала алкоголь, пробовала легкие наркотики. Замужем не была, детей не имеет, но дважды жила с мужчиной в гражданском браке, расставания сильно переживала. На лечении в психиатрическом стационаре находилась четыре года назад, после выписки вернулась на работу, чувствовала себя хорошо, первое время принимала поддерживающее лечение, длительное время сохранялась ремиссия. В течение последнего полугодия после расставания с сожителем проживает с матерью, перестала работать.*

*Перенесенные заболевания: детские инфекции. Менструации с 13 лет, цикл установился сразу, регулярные, безболезненные. Начало половой жизни с 15 лет.*

**Психиатрический статус.** Внешне малоопрятна, ярко одета, на лице нелепый макияж, вычурна. Беспокойна, держится надменно, демонстративно. Всесторонне ориентирована верно. Эмоционально неустойчива, легко аффектируется, с ходу угрожает врачу судом, многоречива. Фон настроения повышен. В беседе держится без чувства дистанции, расторможена, охотно рассказывает о своей сексуальной жизни. Называет себя «великой спортсменкой», т.к. в детстве занималась гимнастикой. Речь ускорена по темпу, на вопросы отвечает не всегда в плане заданного, перескакивает с темы на тему. Обвиняет мать в плохом к ней отношении, нецензурно оскорбляет ее, считает, что «она с отчимом в заговоре, хотят избавиться от меня, чтобы забрать мою комнату и пить с ним...» При расспросе признается, в вечернее время бывают наплывы мыслей, что «меня могут убить, мысли путаются, обо всем сразу». Суицидальные мысли отрицает. Злоупотребление алкоголем отрицает. Мышление ускорено по темпу, непоследовательное, паралогичное, с резонерством. Сведения из направления отрицает, во всем обвиняет мать. Критика к своему поведению, состоянию и заболеванию полностью отсутствует.

**Данные объективного исследования.** Соматический статус без особенностей.

**Неврологический статус.** Зрачки D=S, реакция на свет сохранена. Нарушений двигательных функций, дрожи, судорог и других произвольных движений нет. Нарушения кожной чувствительности, боли по ходу нервных стволов, корешковых болей нет. Грубой неврологической симптоматики: диплопии, асимметрии носогубных складок, расстройства глотания, девиации языка не выявляется. Менингеальных симптомов нет, ПКП выполняет с интенцией. Сухожильные рефлексы D=S.

**Клинический диагноз.** Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип.

**Рекомендации по лечению.**

Таб. Quetiapini 200мг, по 1 таб 2 р/д

Таб. Carbamazepini 200мг, по 1 таб 3 р/д

Р-р Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 2.0 в/м на ночь

**Клинический пример**

Девочка 10 лет направлена бригадой СПП на стационарное обследование и лечение в КУЗ ВО ВОКПНД, детское отделение, в связи с выраженными нарушениями поведения.

**Анамнез заболевания.** Со слов матери, проблемы с поведением дочери появились в пятилетнем возрасте. Девочка стала раздражительной, агрессивной, не реагировала на замечания. Била стекла, бросала в окружающих различные предметы. Была агрессивна по отношению к себе: выдергивала волосы на голове, царапала и кусала себя. Обратились к детскому психиатру. В связи с таким состоянием больная впервые была госпитализирована в ВОКПНД, детское отделение. С диагнозом «Шизофрения, детский тип, кататонический синдром», больная всего 7 раз находилась на стационарном лечении в психиатрической больнице. Последняя госпитализация в 2016 году. После выписки проживала с матерью и бабушкой, наблюдалась психиатром по месту жительства, получала поддерживающее лечение, однако дома адаптироваться не смогла, практически на второй день пребывания дала резкое психомоторное возбуждение: металась по комнатам, опрокидывала всё на пол, кидала вещи, попадавшие под руку, пыталась побить стекла в окнах, сопровождая свои действия пронзительным криком, визгом, крайне агрессивно вела себя в отношении матери – кусала, била, царапалась, а также предельно агрессивно действовала по отношению к парализованной бабушке, которой намеренно стремилась наносить удары по лицу. Практически не спала,

*отказывалась от приема лекарств, выплёвывала их. В связи с ухудшением в состоянии, выраженными нарушениями поведения осмотрена психиатром СПП и направлена на стационарное обследование и лечение.*

**Анамнез жизни.** *Достоверных данных об отягощенной психопатологически наследственности не имеется. Родилась от первой и единственной беременности, протекавшей с анемией, кольпитом, гестозом, на фоне хронического токсоплазмоза. Угроза прерывания во второй половине беременности. Роды самостоятельные, быстрые. Родилась с однократным обвитием пуповины вокруг шеи. Вес при рождении – 3020 грамм, длина – 52 см. 7–8 баллов по шкале Апгар. К груди приложена сразу, грудь взяла активно. Выписана из роддома на 7–е сутки. При выписке была сделана БЦЖ. Раннее развитие соответствовало возрасту и полу. Ходить начала с 1,2 месяца, речь с 1,1 месяца. Со слов матери, характеризовалась как тихой, послушной, застенчивой, вела себя спокойно. Перенесенные заболевания: ОРВИ.*

**Психиатрический статус.** *Внешне не опрятна. Заходит в кабинет, спонтанно называет вслух предметы которые видит, нелепо смеётся. Не удерживается на одном месте, постоянно перемещается, активно противодействует, не реагируя на замечания и ограничения. Внезапно начинает пытаться разорвать на себе одежду, действуя руками и зубами. Отсутствует чувство дистанции, окружающих называет на «ты», бесцеремонно пытается подойти, схватить за одежду. Контакт носит малопродуктивный характер, на вопросы отвечает по своему усмотрению, порой совершенно не в плане заданного, при этом периодически что – то выкрикивает, сопровождая подобное нелепым смехом. Речь ускорена по темпу, порой невнятная, отмечается нарушение звукопроизношения, выражены проявления эхолалии. Лексический запас крайне беден, ограничен рамками бытового общения. Любая деятельность малопродуктивна, инструкции практически не выполняет, способности их усвоить не обнаруживает, полностью оставаясь безучастной. Читать не умеет,*



*берёт книгу, начинает её листать, механически переворачивая страницы, увидев рисунок пытается его скомкать и вырвать. Пытается рисовать, но кроме кругов на альбомном листе ничего не продуцирует, в конечном итоге и его разрывает. Игровой или целенаправленной познавательной деятельности не прослеживается. Выявить наличие обманов восприятия не представляется возможным. Мышление инертное с явлениями соскальзывания. Критического отношения к своему состоянию нет. К госпитализации отношение равнодушное, профиль больницы не осмысливает*

**Данные объективного обследования.** *Соматический статус без особенностей.*

*Неврологический статус. Зрачки, глазные щели D=S. Движения глазных яблок в полном объёме. Ослаблена конвергенция. Лёгкая асимметрия оскала зубов и носогубных складок. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексy без убедительной разницы сторон, D=S. Парезов, параличей нет. Нарушения чувствительности не выявляется. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет. Менингеальных знаков нет.*

**Клинический диагноз.** *Шизофрения, детский тип, кататонический синдром.*

**Рекомендации по лечению.**

*Режим лечебно-охранительный.*

*Таб. Risperidoni 2 мг, по 1 таб 2 p/d*

*Таб. Carbamazepini 200 мг, по 1/2 таб 2 p/d*

*Таб. Acidi nicotinoyl-gamma-aminobutyrici 50 мг, по 1/2 таб 2 p/d*

*P-p Diphenhydramini 1%-1,0 мл, в/м по 1 мл 2 p/d №5*

### **Клинический пример**

*Пациентка 19 лет направлена врачом-психиатром на госпитализацию в ПНД с жалобами на беспричинную тревогу, страх, периодически – неадекватное поведение.*

**Анамнез заболевания.** Впервые оказалась на лечении в психиатрическом стационаре в 2010 году, когда начались изменения в поведении: стала возбужденной в школе, без причины хохотала, оголялась, сексуально домогалась одноклассницу. С 2010 года оформлена 2 группа инвалидности по психическому заболеванию. По рекомендации участкового психиатра дома принимала таблетки нантарид (типичные нейролептики не переносит). Состояние ухудшилось около месяца назад, перестала учиться, стала крайне рассеянной, жаловалась матери на страх смерти, конца света, нарушился сон. В колледже начала вести себя неадекватно, проявляла агрессию к другим студентам, выдвигала им нелепые обвинения, без видимой причины смеялась, дурачилась, снимала бюстгалтер во время занятий вокалом, после чего преподаватель вызвала мать. В связи с развившемся состоянием пациентки мать обратилась за помощью в психоневрологический диспансер, после чего пациентка была госпитализирована.

**Анамнез жизни.** Беременность у матери протекала без осложнений. Родилась в Воронеже, в семье была единственным ребенком, воспитывалась без отца. В развитии немного отставала, но в школу пошла с 7 лет, училась плохо, не справлялась с программой, закончила 10 классов, после чего поступила в музыкальный колледж, где по настоящее время учится. По характеру была добродушной, открытой, инфантильной, но имела мало подруг. Проживает вдвоем с матерью, других родственников не имеет, отношения очень близкие, гиперопекаема матерью. Психопатологическая наследственность – отягощенность не известна, мать больной выросла в детском доме, своих родных не знает.

**Психиатрический статус.** Внешне малоопрятна, одежда небрежная, волосы растрепаны. Суетлива, возбуждена, размахивает руками, вскакивает со стула, демонстрирует песню при упоминании о ее учебе. В отделении дурашлива, сексуально расторможена, пристаёт с объятиями к санитарке восточной национальности, выделяет ее, делает комплименты.

*Всесторонне ориентирована верно. Эмоционально неустойчива, то хохочет, то становится напряженной, угрюмой. Взгляд тревожный, испуганный. В беседе многоречива, рассказывает про знакомого по имени Богдан, что «поменялась с ним душами, а свою душу еще отдала маме», считает что вокруг все про нее говорят, «я чувствую, что мы все можем умереть», также утверждает, что другие люди могут на нее воздействовать гипнозом. Наличие «голосов» отрицает, но признается, что «мысленно общаюсь с Богом, он успокаивает, что все будет хорошо». На задаваемые вопросы отвечает часто не по существу, «соскальзывает» на сторонние темы. Наличие суицидальных мыслей отрицает. Мышление малопродуктивное, нецеленаправленное, ускорено по темпу, паралогичное, с элементами разорванности. Критика к своему поведению, состоянию и заболеванию отсутствует, но частично осознает болезненность своих переживаний, просит помощи в лечении.*

***Данные объективного обследования.*** Соматический статус без особенностей.

*Неврологический статус. Зрачки D=S, реакция на свет сохранена. Нарушений двигательных функций, дрожи, судорог и других произвольных движений нет. Нарушения кожной чувствительности, боли по ходу нервных стволов, корешковых болей нет. Грубой неврологической симптоматики: диплопии, асимметрии носогубных складок, расстройства глотания, девиации языка не выявляется. Сухожильные рефлексы D=S. Менингеальных симптомов нет, КП не выполняет по психическому состоянию.*

***Клинический диагноз.*** Гебефреническая шизофрения.

***Рекомендации по лечению.***

*Таб. Olanzapini 5 мг, по 1 таб 2 p/d*

*Таб. Carbamazepini ретард 200мг, по ½ таб 2 p/d*

### **Клинический пример.**

*Мужчина 35 лет направлен участковым психиатром в недобровольном порядке на госпитализацию в ВОКПНД.*

***Анамнез заболевания.** Пациент болен с 1994 года, когда был впервые госпитализирован в психиатрическую больницу с диагнозом – невротическое состояние (депрессивно–ипохондрический синдром) у акцентуированной личности в пубертате. В дальнейшем неоднократно госпитализировался в психиатрическую больницу как добровольно, так и в недобровольном порядке по статье 29 а, в, находился на диспансерном наблюдении. Во вторую госпитализацию был поставлен диагноз Шизофрения. Описаны три суицидальные попытки. Последняя госпитализация 19.12.12г. Доставлен в ПНД нарядом милиции, которую вызвала мать, так как у пациента ухудшилось состояние, со слов матери “бегал с ножом... сегодня решил жениться, вчера увидел в окно, что девушка делает ему знаки... пошел разбираться... делать харакири”. При осмотре участковым психиатром был аффективно заряжен, возбужден, злобен, высказывал угрозы убийства. Направлен в недобровольном порядке на госпитализацию в ВОКПНД.*

*В ВОКПНД при осмотре возбужден, негативен к осмотру, угрожал расправой. Мышление не последовательно по типу разорванности, высказывания нелепы «С вами фашисты, а со мной Аллах... Сестра возлюбленная – ты язычница... Мусульмане меня спасут... Я жениться собрался, а вы ее укрываете... Мне все говорят». Темп мышления ускорен, критика отсутствует. Настроение менялось от благодушного до злобно – раздражительного. На фоне терапии улучшение: маниакальное состояние сменило фазу депрессии, бредовых идей не высказывал.*

***Анамнез жизни.** Родился в 1980 году в городе Воронеже, был первым ребёнком в семье, 2 роды (1 беременность закончилась выкидышем). До года часто болел простудными заболеваниями. С детства тихий, неласковый, педантичный, любил играть один. Наследственность психопатологически неотягощена. Материальное положение в семье, жилищно–бытовые условия*

неудовлетворительные. Моральная атмосфера в семье неблагоприятная, отношения между родственниками холодные. Живет с матерью, без отца. В детском саду вел себя однообразно: мог целый день смотреть в окно, 1 раз простоял у стола воспитателя. Не терпел, когда к нему прикасаются. Любил конструкторы, гулял мало (бывало, сидел дома целыми днями). Школьный возраст: учился удовлетворительно. Был замкнутым, не общительным, друзей среди сверстников было мало, учиться не нравилось, было не интересно. Закончил 10 классов. Общался только с мамой, внешкольных увлечений не было. Читал мало. В 3 классе перенес ЧМТ (упал и ударился затылком о камень), в дальнейшем не обследовался. Трудовую жизнь не вел инвалид 2 группы. С 1994 года. Сейчас живёт вдвоём с мамой. Перенесённые заболевания: ОРВИ, грипп, ангина. Вредные привычки – курение. Туберкулёз, гепатит – отрицает. Гемотрансфузий, переливаний эритроцитарной массы не было. Аллергологический анамнез спокойный.

**Психиатрический статус.** В результате наблюдения за поведением больного синдромов расстроенного сознания не выявлено. Правильно ориентирован в собственной личности (ФИО, возраст, профессия), в месте (город, учреждение, где находится), времени (число, месяц, год) и окружающем (с кем беседует и кто её окружает). Больной контактен, хорошо понимает обращённую к нему речь и задаваемые вопросы, на которые отвечает медленно, конкретно и обстоятельно. Поведение, контактность больного:

Внешний облик пациента обычный, спокойный, опрятный. На беседу в комнату пришел самостоятельно, разговаривает неохотно, во время беседы сидит ссутулившись и не меняя позы, навязчивых движений нет, выраженных жестикulyций нет, выражение лица спокойное, взгляд осмысленный, сосредоточенный, слушает сосредоточенно, не отвлекается, понимает содержание всех вопросов. На вопросы общие и касающиеся заболевания отвечает по существу (на некоторые вопросы о заболевании отказался отвечать), симуляции или диссимуляции нет. Свои жалобы

излагает активно и обстоятельно. Жалобы на тревогу, страхи, депрессивное настроение (равнодушие, тяжесть на душе, нет интересов), нежелание ничего делать, «все надоело», снижение памяти. В общем память снижена. Хотя сам больной отмечает некоторое снижение памяти в последнее время на недавние события, но лишь на мелкие и незначительные, при этом память на прошлые события не изменена. Устный счёт не нарушен (но считает медленно), оскуднения психики, сужения кругозора, потери школьных и житейских навыков и знаний нет. Можно сделать вывод, что интеллект в данное время соответствует полученному образованию и предполагаемому жизненному опыту. Настроение больного на момент беседы пониженное, тоскливо тревожное, в течение суток отмечает незначительное улучшение к вечеру. Пациент отмечает равнодушие, тяжесть на душе, нет интересов, нет желания ничего делать, «все надоело». В последнюю неделю сон не нарушен (на фоне лечения), до этого страдал бессонницей. Аппетит хороший, физиологические отправления в норме. Величина зрачков нормальная, кожа и слизистые нормальной влажности. Повышения АД не бывает, пульс не учащён. Суицидальные намерения описаны 3 раза. Частым и долгим пребыванием в дневном стационаре тяготеет. Реакция на все вопросы адекватная, вопросы о прошлом, семье не вызывают эмоций. Подозрений на диссимуляцию не возникает. Оттенок настроения как правило тоскливо-тревожный. Поведение больного спокойное, двигательного беспокойства нет, выражение лица спокойное, ходит и сидит ссутулившись, в отделении общается с некоторыми больными.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение. Депрессивный синдром.

**Рекомендации по лечению.**

Таб. Trifluoperazine 5 мг, по ½ таб 3 р/д

*Таб. Trihexyphenidyl 2 мг, по 1 таб 1 р/д утром*

*Таб. Imipramini 25 мг, по 1 таб 2 р/д утро, обед*

*Таб. Bromdihydrochlorophenylbenzodiazepini 1 мг, по 1 таб 1 р/д вечером*

### **Клинический пример**

*В ПНД поступила пациентка 42 лет с жалобами на бессонницу, тревожность, чувство страха за свою жизнь и здоровье. При расспросе удалось выяснить, что больную беспокоят голоса, которые звучат «внутри головы». Но при разговоре на эту тему больная замыкается, уходит от ответов, утверждая, что ей трудно говорить об этом, что этот разговор может ей повредить. Настроение больной при этом меняется (ухудшается), на лице появляется выражение страдания, больная стремится быстрее закончить разговор на эту тему, начинает рассказывать о другом. При очередной попытке расспросить больную о голосах она заявила, что ее никакие голоса не беспокоят, хотя накануне утверждала обратное. Исходя из изложенного, можно сделать вывод о большой актуальности этих переживаний для больной.*

***Анамнез заболевания.** О времени появления голосов и о каких – либо изменениях их в процессе существования больная сообщить отказывается. Считает себя больной с 8–летнего возраста, когда была сильно напугана. После этого у больной появилась бессонница (примерно 10 дней больная вообще не спала). Больная лечилась в ВОКПНД. В дальнейшем было еще несколько госпитализаций, сроком от 1 до 6 месяцев, больная неоднократно лечилась и в Борисоглебском психоневрологическом диспансере. Точные причины госпитализаций или события, предшествующие им, больная не сообщает, говорит, что «заболела», ничего не уточняя. Чем лечилась в больнице, не помнит.*

*Тремор верхних конечностей появился у больной 2 месяца назад, когда она обратилась к психиатру по месту жительства с жалобами на «голоса». Врач сделал ей инъекцию какого–то лекарства (больная не знает, какого),*

после чего и появилось это расстройство. По направлению психиатра больная поступила для лечения в Воронежскую клиническую областную психиатрическую больницу.

**Анамнез жизни.** Больная – единственный ребенок в семье, родилась от 4 беременности (все предыдущие заканчивались искусственными абортами), беременность протекала нормально, роды срочные. Травм при родах не было. Но уже в роддоме у больной обнаружили какой – то «шум в сердце». Дальнейшее исследование не проводилось. Держать головку, сидеть, стоять, ходить, говорить начала вовремя. В детский сад пошла с 3 лет, посещала его охотно, отношения с воспитателями и с детьми были хорошими. Активно общалась с детьми, участвовала в подвижных играх (они нравились ей больше, чем спокойные). В школу пошла с 7 лет. Учиться нравилось, успеваемость была хорошей. Любимыми предметами в школе были физкультура и пение. Оценки по этим дисциплинам всегда были хорошими. Плохо давались точные науки – алгебра, геометрия, по ним больная успевала средне. Училась в музыкальной школе по классу фортепиано, окончила 4 класса, не смогла продолжать обучение из – за болезни. В школе по – прежнему предпочитала активные игры, было много подруг (в основном среди ровесниц), была общительна, в группе детей могла и командовать и подчиняться. В старших классах успеваемость ухудшилась, так как из – за болезни стало трудно учиться. Окончила 10 классов, работала няней в детском саду. Потом поступила в ПТУ, училась на контролера ОТК, но обучение не закончила. К получению специальности относилась равнодушно, дальнейшая работа ее не интересовала. Периодически употребляла спиртные напитки (примерно с 15 лет), иногда были запои продолжительностью до 3 дней. Неоднократно в состоянии опьянения получала травмы головы, сознание не теряла. Не употребляет спиртное уже около года. Курила 8 лет, до 5 сигарет в день, количество выкуренных сигарет резко возрастало во время употребления спиртного. Перестала курить незадолго до поступления в больницу. Наркотиков не



употребляла. Живет в гражданском браке с 24 лет. Мужу 31 год, работает трактористом. В состоянии алкогольного опьянения иногда бьет жену. Половая жизнь с мужем больную не удовлетворяет (так как муж использует извращенные формы полового акта, что неприемлемо для больной). Больная тяжело переживает эту ситуацию, говорит об отвержении к половой жизни, но в то же время утверждает, что любит мужа, хочет жить с ним и дальше, иметь от него второго ребенка. Мастурбацию отрицает. Сыну больной 8 лет, учится во 2 классе, успевает средне, увлекается танцами. Больная демонстрирует привязанность к сыну, озабочена его здоровьем, успехами в школе, скучает по нему. Деда и бабушку со стороны отца больная не помнит. Дед со стороны матери был вспыльчивым, раздражительным человеком с трудным характером. Несколько лет назад он умер от паралича. Бабушка со стороны матери была доброй, отзывчивой, хорошо относилась к больной. Страдала сахарным диабетом. Мать больной добрая, спокойная, неконфликтная, отношения с матерью у больной хорошие. 2 года назад мать больной перенесла операцию на желчных путях. Отец больной злоупотреблял алкоголем, ушел из семьи, когда больной было 3 года. О болезнях матери и отца больная не осведомлена. Брат матери погиб в состоянии алкогольного опьянения (отравление угарным газом в гараже). Психическими, венерическими заболеваниями никто из семьи и ближайших родственников не страдает. Бытовые условия, в которых живет больная, она описывает как хорошие: отдельная благоустроенная квартира, семья среднего достатка, муж работает. Росла больная в деревне, условия жизни были также удовлетворительными. Из медицинской документации выяснено, что больная поступила по направлению из диспансерного отделения КУЗ ВО «БПНД» не только для лечения, но и для медицинской экспертизы (для решения вопроса об инвалидности). Больная демонстрирует двойственное отношение к данной ситуации: в одной из бесед с лечащим врачом она утверждает, что инвалидность ей необходима, в другой – что она может работать, «только

*работы нет». Больная состоит на учете в Службе занятости населения г. Борисоглебска. В остальном данные субъективного анамнеза совпадают с объективными.*

**Психический статус.** *Больная опрятна в прическе, одежде, пользуется косметикой. В разговоре участвует пассивно, в основном отвечает на поставленные вопросы, встречных вопросов не задает, интереса к беседе не проявляет, не пытается выяснить что – либо о своей болезни. В отделении в основном одинока, с больными общается редко, большую часть времени бесцельно ходит по коридору. Часто упоминает о том, что скоро ее должны выписать, что очень хочет домой, соскучилась по сыну, по мужу, хочет жить вместе с ними. В дальнейшем планирует завести еще одного ребенка (хочет родить девочку). Планы больной не соответствуют реально существующей жизненной ситуации. Поведение больной во время беседы несколько скованное. Ориентация больной во времени, пространстве и собственной личности сохранена. Больная отчетливо представляет себе место своего нахождения, правильно его называет, правильно указывает год, месяц и число (ориентируется в календарном времени), узнает кураторов при повторных посещениях. Признаков фрагментарности мышления не выявлено. Симптомов выключения сознания также не отмечено: больная реагирует на раздражители обычной силы, понимает обращенные к ней вопросы разной степени сложности, реагирует на них адекватно. Сонливости нет. В сфере восприятия у больной отмечаются расстройства: она слышит «голоса, звучащие внутри головы». От дальнейших расспросов на эту тему больная уклоняется. Из истории болезни выяснено, что голоса имеют императивный характер, «приказывают, управляют, говорят гадости». При попытке детализации ощущений больной она замыкается, говорит, что ей тяжело и неприятно говорить на эту тему. На предложение описать (на бумаге) или нарисовать «голоса» больная ответила отказом. О времени первого появления «голосов» и каких-либо изменениях их в процессе существования больная не сообщает.*

*Гипер – и гипестезий при обследовании не обнаружено. Жалоб на необычные ощущения во внутренних органах больная также не предъявляла. Больная оценивает себя как внимательного человека, считает, что способна читать и работать в любой обстановке. Признаков истощаемости внимания не отмечено (беседы с больной продолжались до 1 часа и больная не проявляла усталости). Но при беседе выявляется патологическая прикованность больной к собственным переживаниям, проявляющаяся длинными паузами в разговоре при ожидании ответа больной на поставленный вопрос. При повторно заданном вопросе следует достаточно быстрый ответ. Больная оценивает свою память как «среднюю», лучше развита у нее моторная и зрительная память. События своего детства и юности помнит хорошо. Базовые знания сохранены: больная без колебаний называет имя матери, сына, их возраст, даты их рождения. Псевдореминисценций и конфабуляций больная не демонстрирует. Основной тип мышления у больной – конкретный: больная в разговоре пытается сводить все ответы на вопросы к конкретным предметам, вещам, действиям. Имеется расстройство мышления по темпу: оно замедлено. Речь больной обеднена, замедлена, ответы на вопросы односложные, после долгой паузы. После установления контакта больная стала реагировать на вопросы более оживленно, ответы на вопросы стали более развернутыми, полными, но замедленность мышления сохранялась. В речи также отмечались частые соскальзывания, особенно в начале разговора. Например, на вопрос «Вы единственный ребенок в семье?» больная отвечала: «Я ходила к своему врачу, он мне поставил укол», то есть, соскальзывание имело вид «ответов мимо». Патологической обстоятельности, резонерства, персевераций в речи не отмечено. Глубина суждений, высказываемых больной в беседе, недостаточна. Суждения больной касаются в основном бытовых проблем, отношений с мужем, ребенком, матерью. Эти простые рассуждения больная ведет правильно, не высказывая паралогичных идей. Больная склонна к навязчивым сомнениям и действиям: рассказывает, что иногда по много*

раз перепроверяет, закрыт ли кран, взята ли с собой необходимая вещь и все равно потом волнуется, не забыла ли что – то сделать. Фобий выявить не удалось, сверхценных идей в разговоре больная не высказывала. При беседе больная говорит тихим голосом, хотя голосовая функция не нарушена (в отделении говорит голосом обычной громкости). На вопрос о причине этого больная ответила, что «если говорить громко о моей болезни, то меня услышат те голоса, что звучат у меня в голове». Также во время разговора неоднократно высказывала мысли о том, что разговор с кураторами о ее болезни навлечет на нее какие-то неприятности (какие – сообщить отказывается). Разубедить больную в этих утверждениях невозможно. На вопрос о том, что общего и в чем разница между собакой и кошкой, больная отвечала, что «у кошки глаза зеленые и блестящие, а у собаки щенки». Пояснить свой ответ больная не смогла. На вопрос «что общего между яблоком и грушей?» больная отвечала, что «яблоко круглое, зеленое, желтое, красное, груша продолговатая, желтая, зеленая». Различия между мухой и самолетом больная видит в том, что «самолет возит пассажиров, а муха садится на сладкое». По результатам этого исследования можно заключить, что у больной нарушена способность выделять признаки предметов, на основании которых осуществляется их сравнение. Больная использует для сравнения предметов совершенно разные характеристики. Смысл выражения «золотые руки» больная поясняет правильно. Выражение «рубашка-парень» больная поясняет так: «это человек, родившийся в рубашке». На вопрос о том, что означает пословица «куй железо, пока горячо», больная ответила: «пока не закончено одно дело, не следует начинать другого». При сборе анамнеза больная не употребляла общие и профессиональные понятия, ее суждения и умозаключения касались только бытовых, домашних проблем, были поверхностными, без попыток анализа ситуаций. Легко воспринимались только относительно простые вопросы, на них давались простые, поверхностные, конкретные ответы. Сложно сформулированные вопросы, касающиеся отдельных деталей,

воспринимались с трудом, их приходилось повторять или упрощать. Запас общежитейских знаний у больной низкий: она назвала очень мало названий городов, рек, государств (так, из рек были названы Лена, Волга и почему-то Обское море). Знает фамилию нынешнего президента России, но о политической ситуации в мире не осведомлена (хотя утверждает, что интересуется политикой, смотрит программы новостей). Такой уровень интеллекта можно объяснить недостаточным образованием больной, отсутствием профессии (соответственно, и профессиональных знаний), окружением больной и низким уровнем культуры в ее семье. С другой стороны, подобная картина может наблюдаться при аутистических чертах личности, тогда это объясняется игнорированием реально происходящих событий. Свое настроение в данный момент больная оценивает как хорошее, хотя при поступлении предъявляла жалобы на снижение настроения, тревожность, чувство страха за свою жизнь и здоровье. Больная подвержена колебаниям настроения, воспринимает все «слишком близко к сердцу», в конфликтных ситуациях не пытается защищаться, а отмалчивается или плачет (последнее гораздо чаще). С началом лечения отметила, что стала гораздо спокойнее реагировать на конфликтные ситуации. Не злопамятна, легко прощает нанесенную обиду, свой характер определяет как «добрый, покладистый». Колебания настроения в зависимости от времени суток больная не отмечает. Суицидальных мыслей никогда не возникало. Мимика у больной малоактивная, жестикуляции практически нет, при разговоре больная всегда принимает одну и ту же позу: сидит, положив локти на стол. Эмоции выражены слабо, предмету беседы в основном адекватны, но иногда больная беспричинно смеется при ответе на какой-либо вопрос. При наблюдении больной вне ситуации курации отмечено, что больная больше времени проводит в коридоре, чем в палате, мало общается с другими больными, чаще сидит одна или ходит по коридору. Отношение к работе у больной неопределенное (в беседе она высказывает противоречивые

суждения на эту тему). ЛТМ при больнице не посещает, в отделении не помогает обслуживающему персоналу. К своим болезненным переживаниям (псевдогаллюцинациям) относится критично, воспринимает их как проявление болезни. Бредовые же идеи воспринимает некритично.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей.

**Неврологический статус.** Реакция зрачков на свет живая, одинаковая с обеих сторон, анизокарии нет. Нистагма не обнаружено, конвергенция сохранена. Поля зрения не сужены. Объем движений глазных яблок полный. Больная жалуется на слияние букв перед глазами при чтении, видит лишь крупные буквы. Определение остроты зрения не проводилось из-за отсутствия необходимых таблиц. Правая глазная щель несколько шире левой. Углы рта симметричны, носогубные складки выражены одинаково с обеих сторон. Мимика сохранена. Язык по средней линии, глотание не нарушено. Объем активных и пассивных движений во всех суставах полный, в одноименных суставах амплитуда движений одинакова. Тонус мышц нормальный. Нарушений тактильной, болевой и температурной чувствительности не обнаружено. Сухожильные и периостальные рефлексы сохранены, одинаково выражены с обеих сторон. Патологических рефлексов и менингеальных знаков не выявлено. В позе Ромберга больная устойчива, отмечается выраженный тремор верхних конечностей большой амплитуды. Координационные пробы (пальце – носовую и пяточно – коленную) выполняет свободно.

**Клинический диагноз.** Шизофрения, параноидная форма, эпизодическое течение со средней прогрессивностью, галлюцинаторно-параноидный синдром.

**Рекомендации по лечению.**

Таб. Haloperidoli 5 мг, по 1 таб 3 p/d

Таб. Trihexyphenidylī 2 мг, по 1 таб 1 p/d утром

Таб. Acidi gammaaminobutyrici 250 мг, по 1 таб 3 p/d

### **Клинический пример.**

*Мужчина 30 лет направлен бригадой СПП на стационарное лечение в ПНД в недобровольном порядке с жалобами на голоса в голове, нарушение сна.*

***Анамнез заболевания.** Пациент болен с 2008 года, когда был впервые госпитализирован в психиатрическую больницу с диагнозом – острое полиморфное психотическое расстройство, в связи с галлюцинаторно–параноидной симптоматикой. В дальнейшем неоднократно госпитализировался в психиатрическую больницу как добровольно, так и в недобровольном порядке по статье 29 «а, в», амбулаторное лечение не принимал. При повторной госпитализации в 2010 году выставлен диагноз «шизофрения». В дальнейшем неоднократно поступал на стационарное лечение 1–2 раза в год. Предыдущая выписка – 12.03.2015. Доставлен в больницу скорой помощью по вызову матери, в связи с тем, что стал сам с собой разговаривать, тревожен, подозрителен, заявляет, что его хотят убить, стал агрессивен к матери, угрожает ей физической агрессией. При осмотре врачом скорой помощи был аффективно заряжен, возбужден, злобен, высказывал угрозы самоубийства. Направлен в стационар в недобровольном порядке.*

*При осмотре в приемном отделении был возбужден, негативистичен, подозрителен, сопротивлялся осмотру. Мышление непоследовательно по типу разорванности, высказывания нелепы, паралогичны, «Они вас всех убьют, они все знают, следят за нами, прослушивают». Сообщил, что слышит «голоса» в голове, угрожающие ему, «дающие советы». Критика отсутствует. Настроение неустойчиво.*

***Анамнез жизни.** Родился в 1985 году в Тамбовской области, единственным ребёнком в семье. В детском возрасте часто болел простудными заболеваниями, по характеру формировался малообщительным, любил играть один. Психопатологически отягощённую наследственность отрицает. Материальное положение в семье,*

*жилищно–бытовые условия неудовлетворительные. Моральная атмосфера в семье неблагоприятная, отношения между родственниками конфликтные. Школьный возраст: учился удовлетворительно. Был замкнутым, необщительным, имел мало друзей. Закончил 10 классов СОШ. Каких–либо увлечений не было. Дальнейшего образования не получал, не работал, находился на попечении матери. С 2010 года – инвалид 2 группы по психическому заболеванию. Живет с матерью, без отца (развелись). Перенесённые заболевания: ОРВИ, грипп, ангина. Вредные привычки – курение. Туберкулёз, гепатит – отрицает. Гемотрансфузий, переливаний компонентов крови не было. Аллергологический анамнез без особенностей.*

**Психический статус.** *В результате наблюдения за поведением больного, клинического осмотра синдромов расстроенного сознания не выявлено. Правильно ориентирован в собственной личности (ФИО, возраст, профессия), в месте (город, учреждение, где находится), времени (число, месяц, год) и окружающем (с кем беседует и кто его окружает). Доступен словесному контакту, правильно понимает обращённую к нему речь и задаваемые вопросы, дает ответы по существу. Внешне больной двигательльно спокоен, неопрятен. На беседу пришел самостоятельно, разговаривает неохотно, во время беседы гипомимичен, двигательльно монотонен, навязчивых движений нет, выраженных жестикующий нет, выражение лица напряженное. На вопросы отвечает неохотно, односложно, свои переживания стремится в полном объеме не раскрывать. В беседе выраженных нарушений памяти и интеллекта не выявлено. Уровень запоминания не снижен. Абстрагирование не затруднено. Интеллект соответствует полученному образованию и предполагаемому жизненному опыту. Настроение больного на момент беседы пониженное, подозрителен, аффективно напряжен, испытывает тревогу. Свое состояние объясняет тем, что опасается за свою жизнь. Амбивалентен, в то же время заявляет, что хочет себя убить. Волевые побуждения снижены, отмечает, что ничем не хочет заниматься, планов на будущее не*



*строит. Сообщает о наличии «голосов», которые слышит внутри головы: «Говорят мне, что делать, комментируют мои действия, иногда угрожают, что убьют». Другие расстройства восприятия отрицает, при осмотре активно не выявляет. Мышление непоследовательное, с чертами разорванности, суждения паралогичны. Высказывает неконкретные бредовые идеи преследования, считает, что его «убьют», но кто и по каким причинам, не поясняет. Свои идеи объясняет наличием «голосов» в голове. Критики нет. В отделении держится обособленно, замкнут, малообщителен, подозрителен, напряжен, иногда сам с собой разговаривает. Бездеятелен, пассивен. Агрессивных, суицидальных тенденций активно не проявляет. Сон неустойчив, аппетит в норме. Пребыванием в стационаре не тяготится.*

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Шизофрения, параноидная форма, непрерывно–прогредиентное течение, галлюцинаторно–параноидный синдром.

**Рекомендации по лечению.**

Таб. Olanzapini 10 мг, по 1 таб 2 р/д

Таб. Carbamazepini ретард 200мг, по 1 таб 2 р/д

Р–р Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 2.0 в/м на ночь

**Клинический пример.**

*Женщина 32 лет направлена на госпитализацию в ПНД с жалобами на сильное чувство страха, появившееся около месяца назад (с начала мая). Страх связан с уверенностью больной, что она подвергается преследованию группой мужчин в черных куртках с целью убить её. Пациентка ощущает злобную настроенность по отношению к ней окружающих её людей: соседей, кондуктора в общественном транспорте, соседей по работе. Пациентка уверена в том, что её хотят «убрать» с работы большинство*

её коллег. Также больную беспокоит выраженная слабость во всех мышцах, что не позволяет ей выполнять всю работу по дому.

**Анамнез заболевания.** Пациентка считает, что основой её заболевания является страх, который она испытывает из-за угрозы окружающих убить её. Целью данной госпитализации по её мнению является терапия, направленная на «успокоение нервов», снятие страхов. Со слов больной, чувство страха появилось и стало нарастать около месяца назад. Больная рассказывает, что в один из дней ей позвонили в квартиру и когда она открыла дверь, там никого не было. Она собралась и пошла к родственникам, встретившись на лестничной площадке с группой подростков, одетых странным образом: в черные джинсы, кепки и спортивные штаны с лампасами. Когда она прошла мимо них, то обратила внимание, что трое из парней пошли вслед за ней до самой остановки. У больной сразу возникло чувство, что её преследуют. На остановке уже сидело двое людей, одетых также, и больная поняла, что эти все люди следят за ней и «сдают, как по смене» её друг другу. Когда приехал автобус, двое мужчин вошли за ней. В автобусе перед больной встал человек, который держал перед её лицом пилку, от чего она испытывала огромный ужас и воспринимала это как знак угрозы ей, опасности, ощущение, что ее собираются убить. Мужчина с пилкой проехал с ней две остановки и еще через остановку больная вышла. Сразу за ней стали следить люди из машины, всё также одетые. Пациентке удалось скрыться дворами, вслед она услышала как один мужской голос кричал «убей её». Когда больная пришла к родственникам и рассказала им о случившемся, они пытались её успокоить, переубедить, предлагали поехать отдохнуть к матери в Асино. С этого дня больная отмечает, что чувство страха постоянно преследует её, она постоянно думает о тех людях, которые преследуют её, хотя она сама не понимает, почему её хотят убить. Пациентка съездила к матери (всегда, когда больная говорит о доме родителей, она говорит как о доме матери) на несколько дней, однако эта поездка принесла только

разочарование, так как они поссорились с матерью. Это произошло из – за того, что мать, узнав, что дочь преследуют, оскорбляла ее, говорила, что она алкоголичка и связалась с наркоманами. Пациентка не знает чем вызваны эти слова, но подозревает, что кто – то с её работы звонил матери и наговорил ей это, хотя, со слов больной, это неправда. После того как пациентка вернулась в Томск, её продолжали преследовать. Это проявлялось тем, что в автобусе кондуктор не хотел брать у неё деньги, и не обращал на неё внимание, а потом соседи за стенкой говорили, что «кто она такая, в автобусе деньги предлагает, а воры ее не признали». Так же она слышала из–за стенки «ее не признают ни воры, ни наркоманы». Это был мужской голос, но не похожий на голоса людей, которые живут за стеной. В автобусе к ней подходил мужчина, что больную очень напугало, и демонстрировал ей наколку на руке, говорил, что «он только что вышел, сидел ни за что, они все ему должны». Пациентка отнесла эти слова на свой счет. Как выяснилось из расспроса, больную стали беспокоить голоса на улице во дворе, раздающиеся из–за гаражей и окликающие ее по имени: «Ира!». Это мужские голоса, больше похожие на молодые, «юношеские». На работе, когда больная ведет урок, в кабинет заглядывают посторонние мужчины, не знакомые ей. Это представители все той же группировки, которая преследует ее. На работе у пациентки практически все ее окружение хочет ее увольнения. Это связано с тем, что жена директора «метит» на ее место. Больной делают намеки, знаки, дающие понять, что ей надо уволиться, что все хотят чтобы она ушла. Отношения с коллегами стали ухудшаться в течение последнего учебного года, но наибольшее давление больная испытывает в течение последнего месяца. В основном причина несогласия кроится в разнице возрастов – большинство её коллег пенсионного возраста хотят удержаться на своих местах и не дают ей «ходу» по профессиональной лестнице. Коллеги подговаривают школьников отказываться от неё. Один класс полностью подал заявление об отказе от преподавателя. Если в колледж приходят какие –нибудь сведения о

конкурсах, стипендиях, то больной никто эту информацию не рассказывает, ей приходится все «добывать» самой.

Больная отметила, что в последнее время она приходит с работы измотавшаяся, усталая, на работе тяжело переносит занятия, по дому в состоянии сделать только самое необходимое. Большую часть времени дома больная лежит на кровати, в голове в основном мысли о преследовании и конфликтах на работе. Мысли идут своим чередом, не спешат, не медленные, одна мысль не наслаивается на другую, пациентка успевает обдумать каждую мысль. Пациентка считает, что у неё не ухудшилась память, она запоминает и воспроизводит информацию также легко и просто, как и раньше. Больную стала беспокоить рассеянность внимания, она не может сосредоточиться на каком-либо одном предмете, вопросе. К тому же в последнюю неделю до госпитализации у больной появилось чувство «замирания» перед тем, как она собирается что-нибудь записать, пациентка на несколько секунд (3–4) застывает и затем продолжает делать то, что собиралась. Больная говорит, что это нечувство мышечного оцепенения, а мгновенной несобранности, пациентка не забывает что хотела сделать, а как бы не может абсолютно сосредоточиться. Такие «приступы» происходят не более 1 раза в день и больная говорит, что никто из окружающих не смог их еще заметить кроме неё самой. После начала терапии в стационаре эти замирания больше не наблюдались. Больная жалуется, что за последний месяц похудела на 5 кг. Связывает это с ухудшением аппетита в последний месяц.

**Анамнез жизни.** Пациентка является третьей из трех дочерей. Родилась от третьей беременности, в срок. Роды проходили естественным путем. Новорожденная, вероятно, имела кефалогематому, так как мать рассказывала больной, что у неё были синяки над глазами, на лбу. Вскармливание естественное, до какого возраста не знает. Детство прошло в городе Асино. Росла и развивалась соответственно возрасту, однако отмечает, что в один год говорила гораздо лучше других детей

*этого возраста. Ходить начала относительно поздно в 1г. и 3мес. В дошкольном возрасте в детский сад не ходила, отмечает некоторую отгороженность от внешнего мира, в основном общалась в пределах семьи. Играла в куклы. С трех лет проявляла способность к музыкальным искусствам, охотно пела, знала много песен.*

*В школу пошла с 7 лет. К этому возрасту уже умела читать, имела много друзей, так как любила гулять на улице. В школе дружила со своими одноклассниками, училась без троек. Особых талантов к предметам школьной программы не проявляла, но училась без напряжения. Одновременно с общеобразовательной школой посещала музыкальную. Играла на скрипке. Отмечает у себя проявления мечтательности, стеснительности.*

*В семье отношения были нормальными. Пациентка редко вспоминает об отце во время разговора. Однако говорит, что отношения с отцом были лучше, чем с матерью. В отношениях с матерью постоянно присутствовало некоторое недопонимание, как уже сказано выше, больная считает, что мать не может смириться что дочери растут и у них появляется своя точка зрения, порой отличающаяся от точки зрения матери. На вопрос хочет ли больная быть похожей на свою мать пациентка ответила отрицательно, она не считает свою мать женщиной, приближенной к идеалу. На счет отца больная также говорит, что, несмотря на любовь к нему, не считает его идеальным мужчиной.*

*После окончания школы пациентка переехала в г. Томск для дальнейшего получения образования в томском музыкальном училище. Училась хорошо, отношения с другими студентами и преподавателями были нормальными. После окончания училища поехала учиться в г. Кемерово в институт искусств. Училась на музыкально–педагогическом факультете.*

*Отношения и коллегами и преподавателями нормальные. На выпускном курсе стала свидетелем кражи одной из соседских комнат в общежитие. Это очень напугало её. В комнату к ней зашел мужчина – по–видимому,*

*один из преступников, в черных очках, который попросился пожить у пациентки, она отказала ему и тогда он попросил у нее воды.*

*Когда больная набирала воду в стакан, мужчина подошел к ней и подставил нож к горлу. Пациентка закричала и мужчина выбежал. После этого случая больная испытывала такой страх в течение примерно месяца, какой сравним с её настоящим состоянием. Больная говорит, что оправиться ей помог непродолжительный отдых дома у родителей и заботы, связанные с наступлением сессии. Пациентка не отмечает ощущения какого-либо преследования после этих событий, как это отмечено сейчас.*

*После окончания института приехала в Томск). Устроилась в колледж культуры преподавателем. Обучает игре на скрипке. До начала этого года больная говорит, что отношения в коллективе были нормальными. В течение последнего года, когда на работе произошли те изменения, которые отражены в анамнезе заболевания, пациентке приходилось много работать, говорит, что у неё даже не было выходных, работала с утра до вечера без выходных.*

*В 1990 году выходила замуж, развелись через полтора года. Говорит, что разошлись мирно. Подробности о периоде замужества, разводе, муже не сообщает. В настоящий период времени имеет интимную связь с мужчиной, замужества не хочет, говорит, что любит жить одна. Пациентка проживает в общежитие, собственной квартиры нет.*

*Сведений о детских инфекциях не получено. Пациентка отмечает, что всегда болела очень редко простудными заболеваниями, росла здоровой. Детские прививки все сделаны по возрасту, медотводов не было. Период полового созревания протекал без особенностей, задержки или ускорения полового развития не было. Ранений, контузий не было. Рассказывает, что во время учебы в институте, когда ехала домой на каникулы, очень сильно ударилась головой о дверную ручку. Сознания при этом не теряла. Голова болела некоторое время, затем, постепенно, боль прошла. Пациентка*

курит, алкоголь принимает умеренно, по праздникам, может принять 2 рюмки водки или несколько большее количество вина или шампанского. От приема алкоголя чувствует улучшение настроения, проходит усталость. Наркотики никогда не употребляла, относится к наркомании осуждающе. Аллергологический анамнез в отношении пищевых, лекарственных, ингаляционных, эпидермальных антигенов не отягощен. Иммунопатологию у себя и родственников отрицает.

**Психический статус.** Пациентка полностью ориентируется в собственной личности, месте нахождения, лицах, ситуации, календарном времени. Она в состоянии решать мыслительные задачи, речь ее правильная, не путаная, выводы логичные, суждения правильные, т.е. мышление не фрагментарное. Признаков патологической амнезии каких-либо событий из истории жизни больной, и фрагментов разговора с пациенткой не наблюдается. Таким образом, у больной не обнаружен ни один из признаков Яспера. По-видимому, те «признаки оцепенения», описанные в анамнезе за неделю до госпитализации, нельзя отнести к расстройствам сознания, так как пациентка утверждает, что она не могла сосредоточиться в эти моменты, но помнила происходящее, не испытывала какую-либо особую мышечную слабость. Пациентка говорит, что не испытывала ничего вроде отчужденности от окружающего мира, чувства нереальности восприятия окружающего мира; отчуждения мыслей, чувств, движений, действий, собственного Я.

Пациентка рассказывает, что слышит голоса молодых людей, называющие ее по имени. Также она слышит мужские голоса за стенкой её комнаты, которые говорят о ней, рассуждают наркоманка она или воровка. Зрительных, обонятельных и др. галлюцинаций у пациентки выявить не удалось. Пациентка не отмечает повышения или понижения чувствительности к раздражителям. Пациентка не испытывает никаких неприятных ощущений в теле.

*Больная отметила, что в последнее время её внимательность значительно снизилась. Пациентке трудно сосредоточиться, она быстро устает, отвлекается от работы. При разговоре пациентка часто проявляла свою невнимательность неточными ответами, нелепыми ошибками – чаще это происходит при использовании чисел: больная сказала, что переехала в Томск не в 1992, а в 1982 году, а когда её переспросили сразу исправила неточность. Также пациентка в первый день общения сказала, что ей 22 года, а на следующий день – 32.*

*Пациентка сообщает о моментах, когда внимание больной полностью исчезает, она отвлекается перед тем как собирается совершить какое-либо действие (особенно, записать что-либо). Такие явления появились на последней неделе и возникают 1 раз в сутки. После госпитализации таких явлений больше не наблюдалось.*

*Пациентка утверждает, что у неё нет снижения памяти, она по-прежнему хорошо запоминает и воспроизводит необходимую информацию. Говорит, что всегда имела не очень хорошую память на числа, абстрактные цифры, номера телефонов. Преимущественно у больной развита слуховая память, что связано с особенностями профессиональной деятельности. Пациентка хорошо помнит все музыкальные произведения, которые изучала в институте, которые преподает, утверждает, что может воспроизвести их без нот. У пациентки не удалось выявить каких-либо «провалов» в памяти. Все факты из собственной жизни (исключая события, связанные с переживаниями страха в последний месяц), которые рассказывает больная довольно реалистичны и не похожи на ложные воспоминания.*

*Пациентка в беседе правильно использует термины, обозначающие конкретные предметы, лица, разговор не переключается только на использование этих терминов. Больная с легкостью и правильно использует абстрактные понятия и формулировки. Мысли, высказываемые ею последовательны, не прерываются, логическая цепочка прослеживается от*



*предложения к предложению. Больная не акцентируется на каких-то незначимых обстоятельствах, а также не склонна к немотивированному разговору об идеалистическом. Отвечая на вопросы, одинаковые ответы не используются. Мысли больной идут с нормальной скоростью, пациентка успевает полностью обдумать каждую мысль, мыслительный процесс не представляется чем-то таким, над чем следует затрачивать какую-то дополнительную энергию, он не в тягость. Суждения, высказываемые в беседе логичны, правильно сформулированы.*

*Пациентка рассказывает, что когда она находится на улице, то постоянно обращает внимание на номера домов, их последовательность, четность или нечетность. Эти действия не причиняют большого ей дискомфорта, и она утверждает, что может заставить себя не обращать на это внимание, избавиться от этого усилием воли. Как выяснилось из беседы, в жизни больной нет каких-либо стремлений, которые играли бы неоправданно большую роль для нее, чрезмерно больших целей, слепой веры. Пациентка уверена в том, что существует группировка молодых людей, которые одеваются странным образом (джинсы, кепка, черные куртки), которые по непонятным причинам преследуют её на улице, на работе, хотят убить. Кондуктор в транспорте не желает её обслуживать, так как считает, что она наркоманка. Об этом пациентка слышит из-за стены, по её мнению, вопрос о ее принадлежности к наркоманам или ворах обсуждается соседями. Некие недоброжелатели, звонят её матери, для того, чтобы оклеветать её и поссорить с матерью. На работе практически весь коллектив преподавателей и студентов настроен против неё, все хотят, чтобы она уволилась. Все это вселяет в больную чувство страха. Пациентка уверена в своей правоте, к этим мыслям не критична. Связать все эти последовательные события больная не может. Считает, что это все отдельные явления в её жизни. Однако, на второй день общения, когда пациентка рассказывала о случае нападения на нее в общежитии в период обучения в институте культуры, она сказала, что если сейчас ей все это и*

*показалось, то тогда точно в тот момент её жизни угрожала конкретная опасность. В этом можно различить некоторую критичность. Больная также рассказала, что ходила в магазин с целью того, чтобы проверить, испугается ли она кого-либо на улице. Речь идет о положительной динамике на фоне медикаментозной терапии.*

*В разговоре с пациенткой обращает на себя внимание тот факт, что беседа проходит с полным взаимопониманием. Больная правильно понимает и интерпретирует вопросы, ответы ее логичны. Словарный запас достаточно высок. Из анамнестических данных видно, что больная в интеллектуальном плане развивалась активно, говорить начала раньше других детей, знала в раннем дошкольном периоде много песен наизусть.*

*Период учебы в школе содержал достаточное количество источников для коммуникаций с другими детьми в среднеобразовательной и музыкальной школах. Сам факт обучения в музыкальной школе предполагает наличие достаточно больших знаний по искусству и культуре.*

*Исследования уровня общежитейских знаний (названия городов, рек, государств, политической ситуации в мире и т.д.) показывают осведомленность на умеренном уровне. Тесты на мышление, описанные выше, демонстрируют некоторую ограниченность в способностях образовывать аналогии, сравнивать понятия.*

*Эмоциональный мир пациентки достаточно богат. Это связано с тем, что больная имеет образование в области искусств, с тем что является младшим ребенком в семье, которому уделялось масса внимания. Это определяло в детстве высокий уровень экспрессии эмоций (из беседы с сестрой). Из беседы стало ясно, что во взрослом состоянии больная довольно эмоционально реагирует на различные ситуации: ярко демонстрируются чувства радости, горя, страха и т.д. Однако, больная отмечает, что все эти проявления эмоции протекают в рамках «разумности», эмоциональные реакции не вызывают смущения или изумления у окружающих. Эмоциональное состояние не подвержено*

*значительным резким колебаниям, но некоторые события в жизни способны изменить полюс настроения в один момент.*

*Появление суицидальных мыслей в течение жизни вообще и за последний период в частности пациентка категорически отрицает.*

*За последнее время больная говорит, что ее настроение понижено, постоянное чувство страха беспокоит её. В основном все эмоции в последнее время имеют некоторую негативную окраску в связи с этим. На лице больной действительно присутствует некоторый испуг. Когда задаешь больной вопросы, создается впечатление, что больная в любой момент может обидеться, неправильно понять вопрос и расстроиться. В первый день общения создавалось впечатление, что у больной «наворачиваются» слезы.*

*В процессе общения обращает внимание скудность мимической окраски речи больной, но не до уровня маскообразного лица, руки больной постоянно лежат на столе, жестикация минимальна.*

*Пациентка считает, что обладает достаточной силой воли для решения реальных задач. Проявлением воли можно считать упорную учебу музыке в школе, продолжение образования вдали от родительского дома. Больная считает себя настойчивым человеком в отношении тех целей, которые зависят от неё. Если на пути преодоления трудностей приходится сталкиваться с конкретными людьми, то пойти наперекор старшим, тем, кто главнее, бывает не всегда просто. Пациентка утверждает, что её возможно переубедить в чем-то, внушить, считает себя достаточно внушаемым человеком. Она обладает достаточным терпением. Планы на будущее – продолжать работать и пытаться подняться по профессиональной лестнице, несмотря на «трудности, которые создают её коллеги, начальники».*

*Во время беседы больная ограничена в движениях, особенно в первый день обследования. Поза больной естественная. Больная отметила, что в последний месяц испортился аппетит, стала есть мало. Уровень влечений в*

половой сфере с пациенткой не обсуждался. В разговоре с больной не получено каких-либо сведений об извращении влечений, склонности к импульсивным действиям, амбивалентности желаний.

Пациентка общается с соседями по палате. Никакой трудовой деятельностью в больнице пациентка не занимается. На приглашение к беседе с кураторами больная охотно соглашается. В целом создается впечатление, что отношение к труду положительное, больная любит свою работу, о непосредственно выполняемой работе рассказывает в слегка эмоционально окрашенной форме. О прошлых болезненных переживаниях пациентка рассказывает без критики, но охотно. На второй день беседы появляется некоторый критический оттенок в рассказе.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Шизофрения. Параноидная форма. Дебют.

**Рекомендации по лечению.**

Таб. Aripiprazoli 15мг, по 1 таб 1 р/д

Таб. Alprazolami 1 мг, по 1 таб 2 р/д

Таб. Aethylmethylhydroхурipridini malatis 100мг, по 1 таб 2 р/д

### **Клинический пример.**

Пациентка 14 лет госпитализирована в детское отделение ПНД с жалобами на ощущения, что посторонние как-то странно на нее смотрят, перемигиваются между собой в ее присутствии. Имеются жалобы на беспричинный страх, снижение настроения. Агрессивна по отношению к матери (кричит на мать), беспричинно вспыльчива. Дома что – то мерещится перед глазами.

**Анамнез заболевания.** 27.08 2013 вернулась из Москвы от старшей сестры, у которой она гостила летом, в Орехово-Зуево, надушилась и пошла в библиотеку. Придя из нее, заявила «от меня плохо пахнет, все отворачиваются». Ночью спала спокойно. 28.08 состояние девочки было

обычным, радостно встретила мать с работы. 29.08 во второй половине дня беспричинно плакала, вечером, придя с работы, мать обнаружила дочь «безразличной» – на вопросы отвечала односложно, ничем не интересовалась. 30.08 утром пришла к матери с плачем, заявила, что у нее болит живот, что у нее несколько дней не было стула. Собралась идти в школу, надевая туфли, заявила, что левая нога у нее стала меньше. Придя из школы, заявила, что там все маленькие, все над ней смеются; плакала, не могла успокоиться, затем стала безразличной, отрешенной. С 30.08 на 31.08 легла спать с матерью, всю ночь не спала, лежала с открытыми глазами, ходила за матерью. Днем спросила у матери, не заболела ли она, высказывала подозрения, что чужие люди говорят о ней плохо. К вечеру того же дня стала спрашивать какой сегодня год, сколько ей лет, не помнила, куда клала свои вещи. 01.09, когда приехала сестра, не стала пить со всеми чай, ушла в свою комнату со словами «все от меня отворачиваются, от меня плохо пахнет». Стала говорить сестре, что у не изменились глаза «Наташа, что с тобой, у тебя глаза маленькие, ты ничего не видишь», то смеялась, то плакала. Говорила, что не чувствует своего тела, терла мочалкой ноги, щипала щеки, говорила «не чувствую». Жаловалась, что голова у нее стала квадратной и выросла, а ноги уменьшились. Обратились к психиатру, который посоветовал лечь в больницу. Вернувшись домой стала срывать с себя спортивный костюм, который ей очень нравился со словами «не нужен он мне!». Заглядывала во все углы, щели в квартире, при этом выражение лица было подозрительным. Заявила матери, что у нее поменялось лицо, что ей сделали пластическую операцию. В тот же день была госпитализирована в б детскую психиатрическую больницу с диагнозом депрессивно – параноидальный синдром. В результате проведенной терапии состояние девочки нормализовалось. 01.11.20013 была выписана.

Настоящее ухудшение началось 15.10.2016 с беспричинного страха, беспокойства, снижения настроения. Казалось, что посторонние как – то

странно на нее смотрят, перемигиваются между собой в ее присутствии. Появилась беспричинная вспыльчивость, агрессивность по отношению к матери, кричала на нее без повода. Жаловалась на бессонницу. 29.10 вечером говорила, что что-то мерещится перед глазами, что конкретно вспомнить не может, не спала всю ночь. 30.10.16 госпитализирована в детскую психиатрическую больницу.

**Анамнез жизни.** Ребенок от 5 беременности, протекающей без особенностей, роды в срок, самостоятельные. Закричала сразу. Вес при рождении 4050 г, длина тела 56 см. В грудном возрасте спокойна, реакция на дискомфорт адекватная. Раннее развитие своевременное. ДДУ посещает с года, привыкла легко. К детям тянулась, но первой никогда не подходила, ждала приглашения. До 3х лет с трудом отпускала от себя мать, закатывала истерики. Была капризна. Любознательна. Ласкова. С 4х лет читает, любит рисовать. Тянулась за старшей сестрой, просилась с ней гулять. В школе с 7 лет, предпочитала общение с более старшими детьми. Начальную школу закончила без троек. Любила шить. Домоседка. Гуляла, если только ее приглашали. С 6го класса успеваемость снизилась, особенно в точных науках. Стала жаловаться, что ничего не запоминает. С единственной подругой разошлась 2 года назад, других друзей не имеет. В 7 классе оставлена по алгебре на осень, хотя была старательна. Лето провела дома, в лагерь поехать не захотела. Из дома выходила редко, много рисовала, шила, читала мало, книги до конца не дочитывала. Появился интерес к гороскопам. В связи с госпитализацией в психиатрическую клинику переведена в вечернюю школу. Живет с матерью.

**Психиатрический статус.** Больная пошла на контакт сразу. Сидит на краю стула, лицом к кураторам. Слушает внимательно. Мимика скудная. Слегка заторможена, насторожена. На вопросы отвечает сразу, без колебаний. Речь обеднена, ответы на вопросы односложны. От описаний своих “видений” отказывается, объясняя это тем, что ей неприятно об этом вспоминать. Во время расспроса вела себя смущенно, застенчиво.

Сознание не помрачено. Полностью ориентирована во времени, пространстве и в собственной личности. Выглядит опрятно. Суждения и умозаключения правильные. Смысл поговорки “без труда не вытащишь и рыбку из пруда” объясняет следующим образом “если хочешь что-то сделать хорошо, то надо над этим потрудиться”. Метафору “волчий аппетит” объясняет так “это когда человек очень хочет есть, он ест очень много, как голодный волк”. Способность к абстрактному мышлению и размышлению на отвлеченные темы сохранена. Запас знаний соответствует образованию. Больная любит шить, читает детективы, однако книги до конца не дочитывает. Запас ранее приобретенных знаний сохранен – правильно называет имена кураторов, которые ей сообщили в начале беседы. Расстройств внимания нет. Во время беседы не отвлекалась на посторонние темы. Фон настроения объективно снижен, речь монотонная, мимика снижена. Расстройств влечения не выявлено. Аппетит не нарушен. Сон не нарушен. К своей болезни относится критически, считает пребывание в стационаре необходимым. На данный момент считает себя полностью выздоровевшей. Строит планы на будущее – хочет получить высшее образование. Суицидальных мыслей не высказывает.

**Данные объективного обследования.**

Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Параноидная рекуррентная шизофрения.  
Галлюцинаторно-бредовой синдром.

**Рекомендации по лечению.**

Р-р для приема внутрь Risperidoni 1 мг/мл, по 2 мл 2 р/д

Таб. Imipramini 25 мг, по 1 таб 1 р/д

капс. Acidi aminophenylbutyrici 250 мг, по 1 капс 3 р/д

### **Клинический пример**

*Пациент 57 лет добровольно госпитализирован в ПНД в связи с жалобами на нарушение сна, чрезмерную раздражительность.*

***Анамнез заболевания.** Наблюдается у психиатра с 1978 года, впервые был госпитализирован в клинику Корсакова 1968 году, будучи студентом 4 курса института. Тогда больному слышались голоса, которые указывали, что ему делать. На начальном этапе больной самостоятельно отвлекался от этих «голосов», но впоследствии они практически полностью овладели его мыслями, мешали работать (хотя иногда он был в состоянии делать хорошие доклады и работы). В связи с чем был вынужден оставить работу.*

*В 1997 году получил II группу инвалидности. За время болезни госпитализировался в различные психиатрические больницы примерно 15 раз. Болезнь постоянно прогрессировала. У больного наблюдались различные галлюцинации (голоса), бред преследования (отравления, воздействия, преследования.), занимался бродяжничеством, имелись постоянные конфликты с матерью, абулия, аутизм (перестал общаться с друзьями, стал замкнут). В 90-х годах в течение двух лет находился в интернате. Затем мать больного забрала его. В 2005 году была оформлена I группа инвалидности.*

*Последний раз лечился в психиатрической больнице имени Алексеева в марте 2015 года. Затем в течение полугода принимал лекарства, а с конца лета не принимает их. С этого момента состояние ухудшалось, были постоянные конфликты с матерью, больной перестал выходить на улицу, оправлялся в постель, но при этом занимался изучением народной медицины. В связи с ухудшением состояния больной был госпитализирован добровольно, по направлению районного ПНД в психиатрическую больницу № 1 имени Алексеева.*

***Анамнез жизни.** Мать – душевнобольная, у психиатра не наблюдалась, отец – умер несколько лет назад, психическими заболеваниями не страдал, алкоголь не употреблял.*



*Брат психическими заболеваниями не страдает, имеет семью, двух детей, работает в частной фирме. Рос и развивался нормально, ясли и детский сад посещал по возрасту, нормально общался со сверстниками. Перенесенные болезни, в детстве, не помнит. В школу пошел в 7 лет. Учился хорошо. Характер был ровный, спокойный, ничем не выделялся. Поступил в ВУЗ и закончил астрономическое отделение физического факультета МГУ. По окончании института работал на кафедре гидравлики в НИИ лаборантом. Работа нравилась, но со временем болезнь стала мешать работе, в связи с чем вынужден был оформить инвалидность. Сам больной объясняет уход с работы – низкой зарплатой (пенсия намного больше, чем зарплата). Семейный анамнез – холост, планирует жениться после выздоровления. К детям относится равнодушно. За время жизни со слов больного – характер практически не менялся.*

**Психический статус.** *Больной выглядит неопрятно, выражен запах мочи. Одежда грязная, одет неаккуратно. Мимика и жесты отсутствуют. Охотно беседует с врачом. Сознание не нарушено, ориентирован в месте, времени и собственной личности. Иллюзий и галлюцинаций на данный момент нет.*

*Мышление расплывчатое, паралогичное, отмечается резонерство. Больной охотно рассказывает о своем увлечении целительством и вегетарианством. Рассказывает о том, что недавно окончил курсы целителей, но пока никого не исцелил, потому что недостаточно опыта и «силы». Учился там для того, чтобы излечить свою грыжу, которая является источником его плохого состояния. Впоследствии собирается лечить всех больных. Так же отмечает, что является вегетарианцем, а мать часто моет рыбу и мясо в раковине. Поэтому он старается не пользоваться этой раковиной, так как на ней и на кране остаются следы рыбьего жира и капли крови. Говорит, что готовит еду сам, по собственным рецептам.*

*У больного отмечается эмоциональное снижение. Голос монотонный, лицо гипомимично, отмечается безразличие к родственникам. Выражена неприязнь к матери. Неряшлив и нечистоплотен в одежде и быту. Потерян интерес ко всему происходящему, больной бездеятелен, неактивен, целый день проводит в постели, не моется, испражняется в постели. Отмечаются парамнезии в виде конфабуляции – многие периоды жизни больной не помня, придумывает, рассказывает то чего не было на самом деле. Критическая оценка больным своего состояния отсутствует. Считает, что в больницу его положила мать, так как он ей надоел. Не считает себя больным. Постоянно настаивает на выписке. Отрицает, что дома не пользовался туалетом, но не скрывает, что были случаи, когда он мочился в постели, и связывает это с наличием паховой грыжи. Неохотно рассказывает о конфликтах с матерью, переходит сразу же на другую тему. Акцентирует внимание на том, что мать неряха. Так же считает, что мать его хочет отравить. В отделении держится обособленно, малозаметно, пассивно подчиняется режиму отделения. С другими больными в контакт не вступает, считает их ненормальными, «с ними не о чем разговаривать». Пребыванием в стационаре тяготится, постоянно просит выписать домой. Больничная пища его не устраивает, так как он является вегетарианцем. Соматических жалоб не предъявляет. После выписки домой планирует заняться самолечением (целительством). Когда здоровье станет лучше, собирается вновь устроиться на работу, а также обзавестись семьей.*

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Шизофрения, непрерывное течение, параноидная форма.

**Рекомендации по лечению.**

Таб. Thioridazini 10мг, по 1 таб 3 р/д

Таб. Chlorpromazini 50 мг, по 1 таб 1 р/д

*Таб. Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 1 мг, по 1 таб 2 р/д*

### **Клинический пример**

*Женщина 57 лет была переведена из БСМП в ОКПНД на стационарное лечение с жалобами на тревогу, плохой сон (несколько раз за сутки может просыпаться), переживания по поводу проблем на работе и психического состояния сына, плохое настроение, нежелание жить.*

**Анамнез заболевания.** *Впервые была госпитализирована в психиатрический стационар в августе 2000 году, когда стала беспричинной веселой, начала употреблять алкоголь, одновременно бралась за несколько дел, не доводила их до конца. Был выставлен диагноз «Маниакально – депрессивный психоз, маниакальная фаза». После выписки диспансер не посещала, поддерживающее лечение не принимала. Повторно была госпитализирована в октябре 2000 года, когда, нарушился сон, повысился фон настроения, конфликтовала с родственниками, была агрессивна настроена к окружающим. Проходила лечение в стационаре. Была выписана с улучшением. После выписки продолжала работать, посещала диспансер, однако лечение принимала по собственному усмотрению. В июле 2002 года была госпитализирована с прежним диагнозом. Выписана с улучшением, приступила к работе в школе, чувствовала себя хорошо, из поддерживающего лечения принимала седалит, Clozapini. Состояние изменилось за неделю до госпитализации: появилась суетливость, «много мыслей». Стала часто уходить из дома, не могла сосредоточиться на работе. В июне 2013 года была госпитализирована с диагнозом «Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод гипомании». Вновь была выписана с улучшением. В марте 2014 года состояние пациентки внезапно изменилось: стала оголяться на улице, свое поведение никак не могла объяснить, нарушала общественный порядок. При поступлении в стационар продуктивному контакту не была доступен. Выставлен диагноз: «Биполярное аффективное расстройство. Маниакально–бредовый синдром». Прошла лечение, была выписана с улучшением. После выписки посещал*

психоневрологический диспансер, принимала таблетки «Clozapin». Состояние вновь изменилось в августе 2014 года, когда нарушился сон, стала разговаривать сама с собой, утверждала, что она лучший в мире учитель, говорила, что люди должны ходить естественными, обнаженными. В связи с этим была вновь госпитализирована в стационар. После выписки психоневрологический диспансер посещала нерегулярно, продолжала работать учителем, проживала с психически больным сыном. В октябре 2014 года вновь нарушился сон, появилась тревога, перестала справляться с работой, сама с собой разговаривала, «у меня все плохо...я разговариваю с моими мыслями, они тихие и не движутся». Проходила лечение с диагнозом «Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод депрессии с психотическими симптомами». Пройдя лечение, была выписана с улучшением. Работала, проживала одна. Состояние изменилось в августе 2015 года: появилась тревога, беспокойство, нарушился сон, снизился фон настроения, появились слуховые (голоса внутри головы) и зрительные галлюцинации, стало казаться, что потерял смысл жизни, в связи с чем, совершила суицидальную попытку путем самоповешения (оказалась неудачной), затем ножом порезала вены в локтевых сгибах на обеих руках и на правой руке в нижней трети предплечья. Была вызвана скорая помощь и отправлена в БУЗ ВО «ВГБСМП №10» с диагнозом: резаные раны обеих предплечий, суицидальная попытка, острое кровотечение, шок I. В медицинской организации была осмотрена врачом – суицидологом. Для дальнейшего обследования и лечения была переведена в КУЗ ВО «ВОКПНД», где был выставлен диагноз «Биполярное аффективное расстройство. Депрессивно – бредовый синдром. Суицидальная попытка. Преднамеренное самоповреждение острым предметом, путем повешения». В отделении пояснила, что «практически сразу после выписки появились голоса внутри головы, потеряла смысл жизни». В связи с обострением соматической патологии (острая задержка мочи) была переведена в БУЗ ВО «БСМП №1». Было проведено консервативное и хирургическое лечение

*(троакарная эпицистостомия). В связи с выраженной депрессивной симптоматикой, высоким риском суицидальных попыток была переведена в психиатрический стационар.*

**Анамнез жизни.** *Родилась в 1958 году в городе Воронеже, была вторым ребёнком в семье. До года часто болела простудными заболеваниями. С детства была необщительная, спокойная, тихая, замкнутая. Ближайшие родственники – мать, отец психически здоровы, первый ребенок страдает тяжелым психическим заболеванием. Материальное положение в семье, жилищно–бытовые условия удовлетворительные. Моральная атмосфера в семье неблагоприятная, отношения между родственниками холодные, не общаются. Живет одна.*

**Школьный возраст:** *училась хорошо. Была замкнутой, не общительной, друзей сверстников было мало, учиться нравилось, было интересно. Закончила 10 классов. Общалась только с мамой, увлечений вне школы не было. Окончила математический факультет педагогического института, училась в аспирантуре, успешно ее окончила. Работает учителем математики в школе. Была замужем, от брака есть сын, в настоящее время состоит в разводе.*

**Перенесённые заболевания:** *ОРВИ, грипп, ангина. Вредных привычек не имеет. Туберкулёз, гепатит – отрицает. Гемотрансфузий, переливаний эритроцитарной массы не было. Аллергологический анамнез спокойный.*

**Психический статус.** *В результате наблюдения за поведением больной синдромов расстроенного сознания не выявлено. Правильно ориентирована в собственной личности (фамилия, имя, отчество, возраст, профессия), в месте (город, учреждение, где находится), времени (число, месяц, год) и окружающем (с кем беседует и кто её окружает). Больная контактна, хорошо понимает обращённую к ней речь и задаваемые вопросы, на которые отвечает медленно, конкретно и обстоятельно.*

*За внешним видом следит по настоянию мед. персонала. На беседу в комнату пришла самостоятельно, разговаривает неохотно, во время беседы*

*сидит ссутулившись и не меняя позы, навязчивых движений нет, выраженных жестикulyций нет, выражение лица печальное. Беседой с врачом не заинтересована. Отвечает на вопросы односложно.*

*В общем память снижена. Сама больная отмечает некоторое снижение памяти в последнее время на недавние события, но лишь на мелкие и незначительные, при этом память на прошлые события не изменена. Устный счёт не нарушен (но считает медленно), «оскуднение» психики, сужение кругозора, потери школьных и житейских навыков и знаний нет. Можно сделать вывод, что интеллект в данное время соответствует полученному образованию и предполагаемому жизненному опыту.*

*Настроение больной на момент беседы резко сниженное, пассивна. Эмоционально невыразительна, однообразна. Мышление с элементами соскальзывания. Утверждает, что ей никто не помогает, у ней неизлечимое заболевание: «Я никому не нужна...». Критика к своему состоянию полностью отсутствует. Планов на будущее не строит. Частым и долгим пребыванием в стационаре тяготится.*

***Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.*

***Клинический диагноз.** Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип.*

***Рекомендации по лечению.***

*Таб. Haloperidoli 5 мг, по 1 таб 2 р/д*

*Таб. Escitaloprami 10 мг, по 1 таб 1 р/д утром*

*Таб. Clozapini 25мг, 1 таб 1 р/д на ночь*

## **23. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

Далеко не всегда выражение не свойственных человеку эмоций или их слишком яркое проявление можно назвать расстройством настроения. Любой способен в определенных обстоятельствах высказать ярость, тревогу либо уныние. В основу понятия входят нарушения эмоционального спектра, которые возникают в отсутствие видимого раздражителя и наблюдаются определенный период. Например, бурная радость и восторженное настроение оттого, что любимая команда забила гол – это естественно, а вот высокая степень эйфории в течение нескольких дней подряд ни с того ни с сего – это признак заболевания. Кроме того, для постановки диагноза недостаточно лишь нарушенного настроения, должны присутствовать и другие, характерные для аффективного расстройства (АР) симптомы (когнитивные, соматические). Хотя основные нарушения относятся именно к эмоциональной сфере и влияют на общий уровень активности человека. Расстройство настроения, как интенсивное проявление неуместных эмоций, нередко наблюдается и при других психических заболеваниях, например, шизофрении, бредовых состояниях, расстройствах личности.

### **Основные причины и механизмы аффективных нарушений**

Расстройства настроения могут возникать вследствие воздействия многих факторов. Наиболее весомыми из них являются эндогенные, в частности, генетическая предрасположенность. Особенно сильно наследственность влияет на тяжелые варианты депрессии, проявление маний, биполярное и тревожно–депрессивное расстройство (ТДР). Основные внутренние биологические факторы – это эндокринные сбои, сезонные перепады уровня нейромедиаторов, их хронический недостаток и другие изменения в биохимических процессах. Однако, наличие предрасположенности еще не гарантирует развитие расстройства настроения. Это может произойти под воздействием определенных средовых влияний. Их существует множество, вот самые основные:

- длительное пребывание в стрессовой обстановке;
- потеря кого – то из родных в детском возрасте;
- сексуальные проблемы;
- разрыв отношений с любимым человеком или развод;
- послеродовой стресс, потеря ребенка во время беременности;
- психологические проблемы на этапе взросления у подростков;
- отсутствие у ребенка теплых отношений с родителями.

Повышенный риск развития аффективных заболеваний связывают также с некоторыми особенностями личности: постоянством, консервативностью, ответственностью, стремлением к упорядоченности, шизоидными и психастеническими чертами, склонностью к перепадам настроения и тревожно–мнительным переживаниям. Некоторые социологи на основании теоретических разработок утверждают, что основные причины АР, особенно депрессивного спектра, кроются в противоречиях между структурой личности человека и обществом.

### **Характерные симптомы расстройства настроения**

Нарушение эмоциональной сферы (рекуррентное, эпизодическое или хроническое) может иметь униполярный депрессивный или маниакальный характер, а также биполярный, с попеременными проявлениями мании и депрессии. Основные симптомы мании заключаются в приподнятом настроении, которое сопровождается ускоренной речью и мышлением, а также двигательным возбуждением. АР настроения, при которых наблюдаются такие эмоциональные симптомы, как тоска, уныние, раздражительность, безразличие, чувство апатии, относятся к категории депрессивных. Некоторые аффективные синдромы могут сопровождаться тревожно–фобическими проявлениями и нарушением когнитивных функций. Когнитивные и тревожные симптомы при этом являются вторичными по отношению к основным эмоциональным. Расстройства настроения отличаются тем, что приводят к нарушению повседневной активности людей



и их социальных функций. Часто у больных наблюдаются и такие дополнительные симптомы, как чувство вины, психосенсорные проявления, изменение мыслительного темпа, неадекватная оценка действительности, нарушение сна и аппетита, отсутствие мотивации. Подобные заболевания не проходят бесследно для физического состояния организма, больше всего страдает вес, состояние волос и кожи. Тяжелые затяжные формы нередко приводят к необратимым изменениям личности и модели поведения.

### **Отличия аффективных расстройств у детей и подростков**

Кажется, ну какое у ребенка может быть расстройство эмоциональной сферы? Вся его жизнь – игры да развлечения! Периодические перепады настроения не особо опасны для развития личности ребенка. Действительно, АР у детей не соответствуют клиническим критериям в полной мере. У ребенка скорее может быть некое депрессивное состояние с легкими КН, нежели большая депрессия. Основные симптомы детских расстройств настроения отличаются от взрослых. Для ребенка характерны больше соматические нарушения: плохой сон, жалобы на неприятные ощущения, отсутствие аппетита, запоры, слабость, бледность кожи. У ребенка или подростка может наблюдаться нетипичная модель поведения, он отказывается от игр и общения, держится отстраненно, становится медлительным. АР у детей, а также у подростков могут вызывать такие когнитивные симптомы, как снижение концентрации внимания, трудности с запоминанием и ухудшение успеваемости. Тревожно–маниакальные проявления у подростков и детей заметны более отчетливо, так как больше всего отражаются на поведенческой модели. Ребенок становится необоснованно оживленным, неуправляемым, неутомимым, плохо соизмеряет свои возможности, у подростков иногда наблюдаются истерики.

## **Последствия аффективных расстройств.**

Кому-то эмоциональные проблемы и перепады настроения могут показаться не особенно важными, чтобы обращаться за помощью к психологам. Конечно, бывают ситуации, когда АР может пройти само по себе, например, если это сезонное рекуррентное недомогание. Но в некоторых случаях последствия для личности и здоровья человека могут быть крайне негативными. В первую очередь, это применимо к тревожно-аффективным расстройствам и глубоким депрессиям с психозами, которые способны нанести непоправимый урон личности человека, особенно личности подростка. Серьезные КН сказываются на профессиональной и повседневной деятельности, тревожно-маниакальные психозы кого – то из родителей могут навредить ребенку, депрессии у подростков нередко становятся причинами суицидальных попыток, затяжные расстройства аффекта способны изменить модель поведения человека. Негативные последствия для психики в целом и для структуры личности в частности могут стать необратимыми, чтобы их минимизировать, необходимо своевременно обратиться к психотерапевту. Лечение АР обычно назначается комплексное, с применением лекарственных препаратов и методов психотерапии.

## **24. ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО.**

Исследования во всех странах мира показывают: депрессия, подобно сердечно–сосудистым заболеваниям, становится наиболее распространенным недугом нашего времени. Это распространенное расстройство, которым страдают миллионы людей. По данным разных исследователей, им страдает до 20% населения развитых стран.

Депрессия – серьезное заболевание, которое резко снижает трудоспособность и приносит страдание как самому больному, так и его близким. К сожалению, люди очень мало осведомлены о типичных проявлениях и последствиях депрессии, поэтому многим больным оказывается помощь, когда состояние принимает затяжной и тяжелый характер, а иногда – и вовсе не оказывается. Практически во всех развитых странах службы здравоохранения озабочены сложившейся ситуацией и прикладывают усилия по пропаганде сведений о депрессии и способах ее лечения. Проявления депрессии очень разнообразны и варьируют в зависимости от формы заболевания.

Перечислим наиболее типичные признаки этого расстройства.

### **Эмоциональные проявления**

- тоска, страдание, угнетенное, подавленное настроение, отчаяние
- тревога, чувство внутреннего напряжения, ожидание беды
- раздражительность
- чувство вины, частые самообвинения
- недовольство собой, снижение уверенности в себе, снижение самооценки
- снижение или утрата способности переживать удовольствие от ранее приятных занятий
- снижение интереса к окружающему
- утрата способности переживать какие–либо чувства (в случаях глубоких депрессий)

Депрессия часто сочетается с тревогой о здоровье и судьбе близких, а также со страхом показаться несостоятельным в общественных местах.

### **Физиологические проявления**

- нарушения сна (бессонница, сонливость)
- изменения аппетита (его утрата или переедание)
- нарушение функции кишечника (запоры)
- снижение сексуальных потребностей
- снижение энергии, повышенная утомляемость при обычных физических и интеллектуальных нагрузках, слабость
- боли и разнообразные неприятные ощущения в теле (например, в сердце, в области желудка, в мышцах)

### **Поведенческие проявления**

- пассивность, трудности вовлечения в целенаправленную активность
- избегание контактов (склонность к уединению, утрата интереса к другим людям)
- отказ от развлечений
- алкоголизация и злоупотребление ПАВ, дающими временное облегчение

### **Мыслительные проявления**

- трудности сосредоточения, концентрации внимания
- трудности принятия решений
- преобладание мрачных, негативных мыслей о себе, о своей жизни, о мире в целом
- мрачное, пессимистическое видение будущего с отсутствием перспективы, мысли о бессмысленности жизни
- мысли о самоубийстве (в тяжелых случаях депрессии)

- наличие мыслей о собственной ненужности, незначимости, беспомощности
- замедленность мышления (рис. 39)

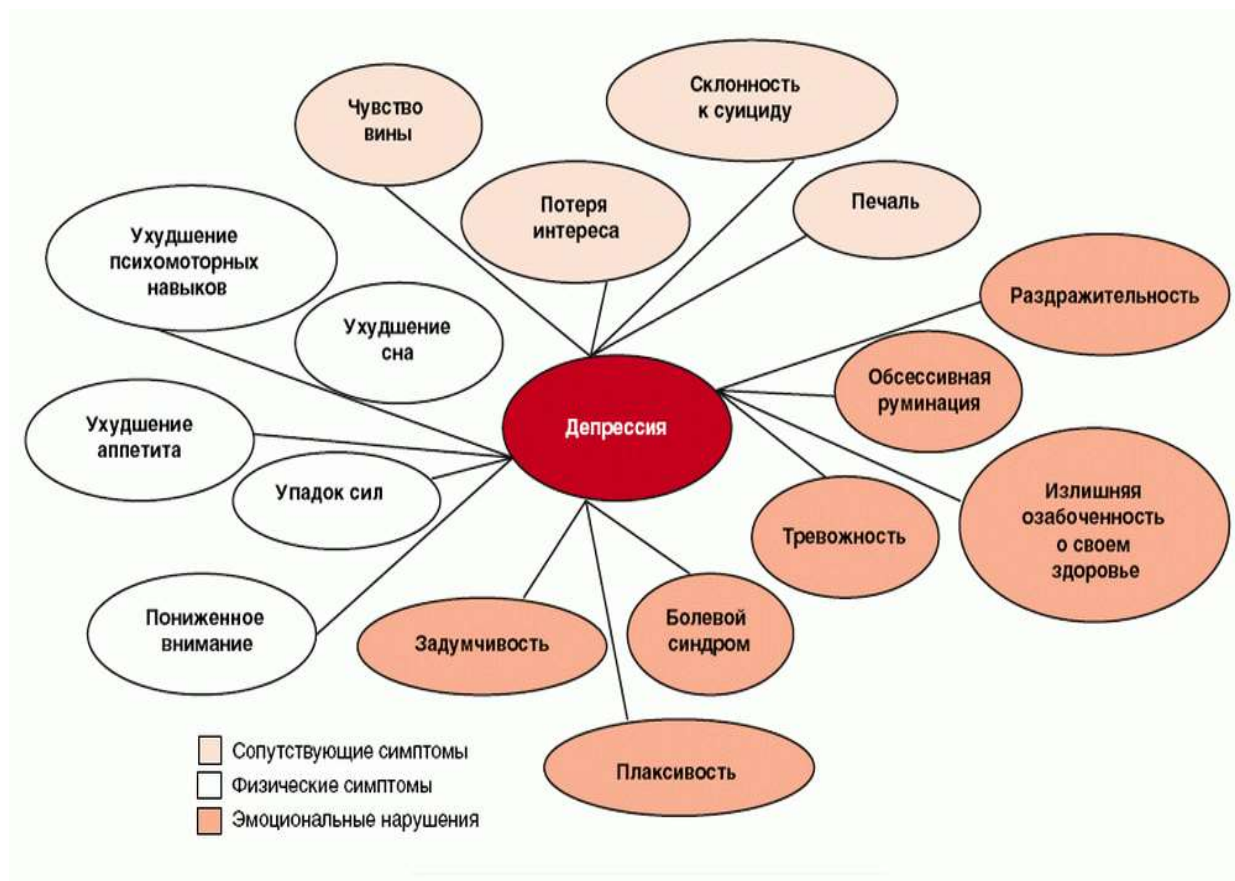


Рисунок 39 Симптомы депрессии.

Для постановки диагноза: депрессия необходимо, чтобы часть перечисленных симптомов сохранялась не менее двух недель.

Депрессия зачастую воспринимается как самим больным, так и окружающими как проявление плохого характера, лени и эгоизма, распушенности или природного пессимизма. Следует помнить, что депрессия – не просто плохое настроение (см. проявления выше), а заболевание, которое требует вмешательства специалистов и достаточно хорошо поддается лечению. Чем раньше поставлен правильный диагноз и начато правильное лечение, тем больше шансов на быстрое выздоровление, на то,

что депрессия не повторится вновь и не примет тяжелой формы, сопровождающейся желанием покончить с собой.

Часто депрессии возникают на фоне стрессов или длительно существующих тяжелых травмирующих ситуаций. Иногда они возникают без видимых причин. Депрессия может сопутствовать соматическим заболеваниям (сердечно–сосудистым, желудочно–кишечным, эндокринным). В таких случаях она существенно утяжеляет течение и прогноз основного соматического заболевания. Однако при своевременном выявлении и лечении депрессии отмечается быстрое улучшение психического и физического самочувствия.

Депрессии могут возникать в виде единичных, разных по тяжести эпизодов болезни или протекать длительно в виде повторяющихся обострений.

У некоторых пациентов депрессия носит хронический характер – продолжается в течение многих лет, не достигая значительной тяжести.

Иногда депрессия ограничивается в основном телесными симптомами без отчетливых эмоциональных проявлений. При этом клинические и лабораторные обследования могут не выявлять каких – либо органических изменений. В таких случаях необходима консультация врача – психиатра.

Современный подход к лечению депрессий предполагает комбинацию различных методов – биологической терапии (медикаментозной и не медикаментозной) и психотерапии.

### **Клинический пример.**

*Женщина 65 лет обратилась к психиатру в ВОКПНД, по направлению госпитализирована в стационар с жалобами на сниженное настроение, бессонницу, раздражительность, тревогу в течение дня, общую слабость, плаксивость, сниженный аппетит.*

***Анамнез заболевания.** Считает что состояние ухудшилось 1,5 года назад, после смерти матери. Появились жалобы на сниженное настроение.*

*Появилась тревога. Нарушился сон. Стала раздражительной, апатичной. Быстро утомлялась. Последние 2 месяца состояние ухудшилось. Обратилась к психиатру в ВОКПНД, по направлению госпитализирована в стационар.*

***Анамнез жизни.** Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в г. Воронеж. Беременность и роды у матери протекали без патологии, раннее развитие без особенностей. В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо. После 9 класса поступила в техникум. Образование среднее – специальное. Работала фельдшером – лаборантом до пенсионного возраста. Детей нет. В настоящий момент проживает одна. По характеру описывает себя как «До смерти мамы была весёлым, жизнерадостным человеком». Перенесенные заболевания: ОРВ, Краснуха, Ветряная оспа. Аллергологический анамнез не отягощен. ЧМТ не имела. Наличие Гепатита, Туберкулеза, ВИЧ отрицает. Вредные привычки отсутствуют.*

***Психический статус.** В результате наблюдения за поведением больной синдромов расстроенного сознания не выявлено. Правильно ориентирована в собственной личности (ФИО, возраст, профессия), в месте (город, учреждение, где находится), времени (число, месяц, год) и окружающем (с кем беседует и кто её окружает). Больная контактна, хорошо понимает обращённую к ней речь и задаваемые вопросы, на которые отвечает медленно.*

*Внешний облик больной обычный, спокойный, опрятный. На беседу в комнату пришла самостоятельно, разговаривает охотно, навязчивых движений нет, выраженных жестикulyций нет, выражение лица спокойное, взгляд осмысленный, сосредоточенный, слушает сосредоточенно, не отвлекается, понимает содержание всех вопросов. На вопросы общие и касающиеся заболевания отвечает по существу), симуляции или диссимуляции нет. Свои жалобы излагает активно и обстоятельно.*

*В общем память не изменена. Устный счёт не нарушен, оскуднения психики, сужения кругозора, потери школьных и житейских навыков и*

знаний нет. Можно сделать вывод, что интеллект в данное время соответствует полученному образованию и предполагаемому жизненному опыту.

*Настроение* больной на момент беседы пониженное, постоянная тревога, в течение суток. Пациентка отмечает раздражительность и общую слабость Сон плохой «долго не могу уснуть, часто просыпаюсь. Аппетит снижен, физиологические отправления в норме. Величина зрачков нормальная, кожа и слизистые нормальной влажности. Повышения АД не бывает, пульс не учащён.

*Реакция* на все вопросы адекватная, вопросы о прошлом, семье не вызывают эмоций. Подозрений на диссимуляцию не возникает. Оттенок настроения как правило тревожный.

*Поведение* больной спокойное, двигательного беспокойства нет, выражение лица спокойное, в отделении общается с некоторыми больными.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

#### **Клинический диагноз.**

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

#### **Рекомендации по лечению.**

Таб. Hydroxyzini 25 мг, по 1 таб 2 р/д

Таб. Fluvoxatini 50мг, по 1 таб 1 р/д вечером

Капс. Acidi aminophenylbutyrici 250мг, по 1 капс 3 р/д

#### **Клинический пример.**

Мужчина 52 лет направлен участковым психиатром на стационарное лечение в ВОКПНД с жалобами на постоянную выраженную тревогу в течение дня, навязчивые мысли о дальнейшей судьбе, стойкое нарушение сна, трудности засыпания из-за тревоги, ощущения надвигающейся беды, подавленное настроение, нежелания вставать с кровати, видеть других людей, рассеянность, раздражительность, общую слабость.



**Анамнез заболевания.** Неоднократно находился на лечении в КУЗВО ВОКПНД в отделении неврозов (3.11.–2.12.1994, 7.12–19.01.2009, 27.04–2.07.2010, 30.09–29.10.2010, 20.09–18.11.2011г) с диагнозом: Рекуррентное депрессивное расстройство без соматических симптомов. Был выписан с улучшением состояния. До мая 2015 г работал в ООО «Литейные технологии» обрубщиком. Проживает с женой и дочерью в квартире купленной за счет ипотечного кредита, взаимоотношения считает благоприятными. С 2011 по 2016 год трижды перенес операцию по поводу воспалительного процесса в лобной пазухе под наркозом. Последняя операция в мае 2015г. Около 2х лет назад отмечает период повышенного настроения, желания много работать. Ночами спал мало, но чувствовал себя хорошо, возобновил общение со старыми друзьями, с женой был вспыльчив и раздражителен. Данное состояние продолжалось несколько месяцев. Затем сменилось периодом пониженного настроения, резкого усиления тревожности и нежелания работать. Из данного состояния вышел самостоятельно. В мае 2015 у пациента без вести пропал отец, однако появилось ощущение «эйфории», приподнятое настроение, активно занялся поисками отца. Постоянной работы не имел, работал сдельно, неофициально. На фоне подъёма настроения стал периодически употреблять алкоголь, до 1л в день «крепких» напитков. При распитии алкогольных напитков со знакомым был обвинен в краже магнитофона, из – за чего хозяйка дома обратилась в полицию, но уголовное дело заведено не было. На фоне подъёма настроения начал брать кредиты в различных банках на общую сумму около 50 тысяч рублей, в дальнейшем кредиты не выплачивал. Везил мать на лечение к экстрасенсу в Павловский район. По требованию жены попытался прекратить употребление алкоголя, обратился в 5 отделение КУЗВО ВОКПНД, где находился с 25 по 29 августа 2015г. С диагнозом: Алкогольный абстинентный синдром средней степени тяжести, у личности зависящей от алкоголя средней стадии. Посчитав себя здоровым самостоятельно сбежал из отделения через окно.

*Продолжал алкоголизироваться, был активным, охотно вступал в знакомство с незнакомыми людьми, продолжал поиски пропавшего отца. В ноябре 2015г фон настроения резко сменился, появилась и стала нарастать тревожность, стал беспокоиться о трудностях с погашением кредитов и ипотеки. Снизилось настроение, понял, что его жизнь «катится под откос», прекратил алкоголизацию. С ноября 2015г алкоголь не употребляет. В течение последнего месяца стойко нарушился сон, усилилась тревога, постоянно думал о том, «как выкручиваться из сложившейся ситуации», не мог найти выхода, настроение снизилось. Стал вялым, апатичным. В связи с данным состоянием обратился в ВОКПНД, осмотрен комиссионно, госпитализирован.*

***Анамнез жизни.** Наследственность психопатологически не отягощена. Ближайшие родственники – мать, отец психически здоровы. Родился в 1964 году в городе Воронеже, единственным ребенком в полной семье от нормально протекавшей беременности и родов. Рос и развивался в соответствии с возрастом. С детства по характеру формировался любознательным, общительным, ранимым, сентиментальным. Материальное положение в семье, жилищно–бытовые условия были удовлетворительные. Моральная атмосфера в семье отличалась благополучием, отношения между родственниками были теплыми, особенно близким был эмоциональный контакт с матерью. Посещал детский сад, от сверстников в развитии не отставал, любил подвижные игры. Школьный возраст: учился удовлетворительно, был общительным, поддерживал хорошие отношения с одноклассниками, увлекался футболом, плаванием. Закончил 10 классов при средней успеваемости. После окончания средней школы поступил в ПТУ по специальности автомеханик. В армии не служил, был комиссован по соматическому заболеванию (плоскостопие). После окончания училища устроился работать в автомастерскую. Женат. 2 детей. Семейные отношения напряженные вследствие злоупотребления алкоголем. Перенесённые заболевания: ОРВИ, грипп, ангина. Вредные*

привычки – курение. Туберкулёз, гепатит – отрицает. Гемотрансфузий, переливаний эритроцитарной массы не было. Аллергологический анамнез спокойный.

**Психиатрический статус.** Сознание ясное. Двигательно спокоен. Внешне опрятен. Контактен, хорошо понимает обращённую к нему речь и задаваемые вопросы, на которые отвечает конкретно и обстоятельно. Ориентирован полностью. На беседу в комнату пришел самостоятельно, разговаривает неохотно, во время беседы сидит ссутулившись и не меняя позы, навязчивых движений нет, выраженных жестикulyций нет, выражение лица печальное. Беседой с врачом не заинтересован. Отвечает на вопросы односложно. Тревожен, взволнован. Предъявляет жалобы на подавленное настроение, постоянное ощущение беспричинной тревоги. Голос тихий, монотонный, выражение лица гипомимичное. Фон настроения резко снижен. Внимание рассеянное, быстроистощаемое. Последние 3 ночи не спит, тревога носит выраженный характер. Острой психопродуктивной симптоматики не выявляет, суицидальные мысли и намерения отрицает.

**Данные объективного осмотра.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод. Средняя (вторая) стадия зависимости от алкоголя.

**Рекомендации по лечению.**

*Sertralini 100мг, по 1 таб. 1 р/д*

*Carbamazepini 200мг, по 1 таб 2 р/д*

*Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 1 мг, по 1 таб 1 р/д*

*Психотерапевтическая коррекция*

**Клинический пример.**

*Женщина 48 лет по настоянию дочери обратилась за помощью в ПНД с жалобами на сниженное настроение, чувство тоски, «душа болит»,*

отсутствие желания что-либо делать («нет сил, не хочется ничего делать, слышать, видеть, говорить») и была госпитализирована.

**Анамнез заболевания.** Перед свадьбой (в 20 лет) и четыре месяца после нее больная отмечала подъем настроения: была деятельна, мало спала, готовилась к свадьбе, посещала театры, выставки. Через четыре месяца муж больной уехал в командировку, и ее состояние резко изменилось: появилась вялость, раздражительность, плаксивость, боялась оставаться одна дома, нарушился сон, снизился аппетит. Это состояние длилось около 6 месяцев, но к врачам не обращалась, объясняя свое состояние тоской по уехавшему мужу. Состояние выровнялось спонтанно. В 23 года родила дочь и не работала в течение 3 лет, так как ребенок страдал диспнезией. После родов вновь отмечала ухудшение настроения, нарастала апатия, бессонница, появилась тоска. Была безразлична к дочери, не испытывала радости, не хотела за ней ухаживать. К врачам не обращалась. Через два месяца состояние больной более – менее стабилизировалось. В три года отдала дочь в ДС, но ребенок часто болел и приходилось «сидеть на больничном листе». В 28 лет перед очередной поездкой на юг отмечала подъем настроения, стала ярко одеваться, по несколько раз в день меняла наряды, постоянно хотела находиться с кем – нибудь. На обратном пути состояние изменилось: снизилось настроение, появилось чувство тревоги, бессонница. При возвращении домой вышла на работу, с работой справлялась, но чувство тревоги и бессонница сохранялись еще около месяца. Развелась в 35 лет. Сейчас ей 48. Дома ситуация конфликтная: дочь рано начала выпивать, вышла замуж за азербайджанца и родила дочь. Проживает в одной квартире с семьей дочери. Отношения с дочерью натянутые, часто конфликтные: «Дочь постоянно настаивает, чтобы я от них съехала». С апреля 2014 года отношения с дочерью значительно ухудшились, из-за ухода матери с работы. Стала плаксивой, тревожной, появилось чувство тоски, нежелание чем-либо заниматься, нарушился сон.

*В связи с таким состоянием по настоянию дочери обратилась за помощью в диспансер и была госпитализирована.*

**Анамнез жизни.** Психопатологическую отягощенность наследственности отрицает. Родилась в 1966 году в семье военнослужащих. Беременность и роды протекали благополучно. Отец умер, когда больной был один год и сведений о нем она не имеет. Мать была веселая и общительная, но «Все принимала близко к сердцу». Умерла в 47 лет от заболевания сердца. У больной три брата: двое стеснительные, избирательно общительные; один – неусидчивый, упорный. Родилась в Воронежской области, третьей по счету. Росла и развивалась согласно возрастной норме. В детстве была шустрой, но очень стеснительной. До школы воспитывалась дома под присмотром матери. В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо, «в некоторых вопросах была лучше своих одноклассников», предпочитала гуманитарные науки. Любила слушать классическую музыку. Болела редко. Была активна. Занималась физической культурой. Окончила медицинское училище. Работала медицинской сестрой в госпитале. В 20 лет вышла замуж за офицера.

**Психический статус.** Контактна. Ориентирована во времени, пространстве и собственной личности. Тревожна, плаксива, глаза тусклые, голос тихий, монотонный. Жалуется на слабость, головокружения, тоску в груди («в груди аж горит»), тревогу, плохой сон. Недовольна отношением дочери к себе, неоднократно в беседе это отмечает. Говорит, что это она «провоцирует ухудшения ее состояния». На вопросы отвечает после пауз, голос мало модулированный. Ипохондрична, тревожна. Обманов восприятия выявить не удается. Отмечает отчетливые суточные колебания настроения и послабление симптоматики к вечеру. Себя считает тревожно-мнительной: «По несколько раз все проверяю: свет, газ, замки». Тревожна в плане своего здоровья: «Если что-то где-то кольнет, я сразу думать начинаю, что это может быть...волноваться начинаю, нервничать». В отделении остается малообщительной. Большую часть

времени проводит в пределах своей палаты. Временами, лежа на кровати, плачет. К своему состоянию относится критично. Просит помощи. Настроена на лечение.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Рекуррентное депрессивное расстройство, эпизод средней тяжести.

**Рекомендации по лечению.**

Курс психотерапии

Таб. Fluvoxamini 100мг, по 1 таб 1 р/д вечером

Таб. Hydroxyzini 25 мг, 1 таб 2 р/д

Таб. Flupentixoli 1мг, 1 таб 1 р/д утром.

**Клинический пример.**

Женщина 79 лет самостоятельно обратилась в ПНД с жалобами на бессонницу, не купирующуюся снотворными средствами; нежелание ухаживать за собой и выполнять работу по дому; немотивированное беспокойство за жизнь и здоровье близких, усиливающееся к вечеру; отсутствие аппетита; сильную сдавливающую «душевную» боль в груди; стойкое снижение настроения, ощущение собственной «ненужности» вплоть до плаксивости и желания умереть.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной с 48-ми лет, когда в климактерический период впервые отметила выраженное снижение настроения, сдавливающую боль в груди, чувство беспокойства за жизнь и здоровье близких, усиливающееся в вечернее время, от чего, по словам больной, перестала спать, пробуждение по утрам на 2 или более часа раньше, чем в обычное время. Через несколько недель практически перестала ухаживать за собой, выполнять простую работу по дому, готовить, стала чувствовать себя обузой для родственников, вследствие чего стали появляться мысли о суициде. Впервые обратилась в районный

психоневрологический диспансер, где после 3-х месяцев лечения было достигнуто заметное улучшение. По прошествии нескольких лет наступило ухудшение состояния со сходной симптоматикой, повторно прошла лечение в ПНД. В результате лечения вновь была достигнута ремиссия, после чего происходили повторные ухудшения, интервал между которыми неуклонно уменьшался (последний интервал между ухудшениями – 1 год). 4 года назад переехала с семьёй в московскую область, в связи с чем дважды проходила лечение в московской областной больнице, в Московской психиатрической больнице №1. Со слов больной, дома она неоднократно совершала попытки суицида: «горстями пила таблетки, назначенный врачом». После каждого суицидального эпизода родственники больной вызывали бригаду скорой помощи, во всех случаях производилось обильное промывание желудка, обходилось без каких-либо существенных последствий для здоровья. Поддерживающую терапия принимала регулярно, по назначению врача. На данный момент добровольно госпитализирована в ПНД для обследования и лечения.

**Анамнез жизни.** Перенесенные детские заболевания: инфекционные (краснуха, корь, эпидемический паротит, ветряная оспа). Особенности своего поведения в детском возрасте не помнит. Школьный период: в коллективе была общительна, адаптирована, не стремилась быть лидером, особого интереса к школьным занятиям не проявляла. Взаимоотношение с родителями в этот период нормальное, характер покладистый.

Пубертатный период: Отклонений в этом периоде не отмечает, образ жизни и поведение не изменились. Колебаний настроения, навязчивостей, дисморфофобии не было. Половое развитие адекватное, менструации с 14 лет, обильные, регулярные, безболезненные. До брака в половые связи не вступала, парафилий не было. В брак вступила в 28 лет, в браке был рождён сын. Также был произведён 1 аборт, без осложнений. Климакс начался в 48 лет, закончился в 49, в климактерическом периоде отмечались приливы, с начала климакса появились и стали нарастать симптомы настоящего

заболевания (бессонница, нежелание ухаживать за собой и выполнять работу по дому, немотивированное беспокойство за жизнь и здоровье близких, усиливающееся к вечеру, отсутствие аппетита, сильная сдавливающая «душевная» боль в груди, стойкое снижение настроения вплоть до плаксивости и желания умереть). Трудовая деятельность: Самостоятельную работу начала после окончания института, работа нравилась, мест работы практически не меняла. В коллективе взаимоотношения доверительные, неадекватных и антисоциальных реакций не отмечает. Динамика развития характера и личностных особенностей: изменений личности и характера за время болезни не отмечает. Перенесенные соматические заболевания: в анамнезе 1 аборт; в 15 лет овариэктомию по поводу кисты левого яичника; аденэктомию в 22 года; перитонит в возрасте 60 лет на почве сальпингита. ГБ 2 ст. (жалобы на подъёмы АД до 170/100 мм.рт.ст). ИБС: стенокардия 2 ФК. Наркологический анамнез: употребление алкоголя, курение, употребление наркотических веществ отрицает.

**Психический статус.** Внешний вид больной усталый, походка медлительная, шаркающая. Поза во время беседы непринуждённая, осанка слегка сгорбленная. Мимика скудная, частое появление выражения печали на лице. Жестикуляция практически отсутствует. Голос больной мягкий, речь и артикуляция замедлены. Сознание ясное, ауто- и аллопсихическая ориентировка сохранены. Словарный запас достаточен, грамматический строй речи не изменён. Ответы на вопросы адекватные, логичные, без излишней обстоятельности. Жалобы излагает активно, эмоционально окрашены (несколько раз плакала). Расстройств восприятия не отмечается. Темп мышления несколько замедлен, расстройств ассоциаций не отмечается, нет нарушения содержания. Расстройств внимания не отмечается. Все виды памяти сохранены, парамнезий не отмечается. Расстройство эмоциональной сферы выражено, отмечается стойкая тоскливость, плаксивость, усиливающаяся в вечернее время,



сопровождающаяся давящей «душевной» болью в груди. Двигательные расстройства: отмечается двигательная заторможенность, не достигающая степени ступора. Критика к своему состоянию присутствует, конкретных планов на будущее нет, намеревается закончить курс лечения.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени.

**Рекомендации по лечению.**

Психотерапия.

Таб. Escitaloprami 10мг, по 1 таб 1 р/д

Таб. Aethylmethylhydroхурipyridini malatis 100мг, по 1 таб 2 р/д

Таб. Hydroxyzini 25 мг, по ½ таб 3 р/д

**Клинический пример.**

Женщина 48 лет направлена на госпитализацию ПКБ участковым врачом психиатром с жалобами на снижение настроения, тоску, чувство сжатия в груди, плохой сон, отсутствие аппетита.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной с 2004 года, когда впервые возникло ухудшение состояния, которое проявлялось сниженным настроением, тревогой. Больная часто плакала, появлялись суицидальные мысли. Обращалась к частному психиатру. Лечилась амбулаторно, принимала анафранил. После лечения чувствовала себя хорошо. Но 2 месяца назад снова ухудшилось настроение, появились жалобы на плохой сон, снижение аппетита, неопределенную тревогу в груди. В связи с этим в декабре 2007 года была госпитализирована в ПКБ.

**Анамнез жизни.** Родилась от первой беременности, в срок, в момент родов была обвита пуповиной. Росла и развивалась соответственно возрасту. Посещала детский сад, со сверстниками контактировала хорошо.

*В школу пошла с 7 лет. Закончила 10 классов с золотой медалью. В этот момент состоялся развод родителей, в дальнейшем воспитывалась отцом. После школы поступила в университет на факультет психологии. После окончания университета работала по специальности психологом в детском саду. В 1993 году вышла замуж. В 1995 году родила сына. Беременность, роды и послеродовой период протекали без осложнений. В 2004 году переехала на новое место жительства из Калининграда в Москву. В 2004 году второй раз вышла замуж, в этом же году родила дочь. Беременность и роды протекали без осложнений. Социально – бытовые условия удовлетворительные, проживает в 2–комнатной квартире с мужем и двумя детьми. По темпераменту считает себя сангвиником. Больная плохо переносит жару и колебания атмосферного давления. В детстве перенесла грипп, ОРВИ, инфекционные заболевания отрицает. Родственники со стороны отца и матери психическими заболеваниями не страдали.*

**Психический статус.** *Во время беседы больная сидит в одной позе, движения замедленные, голос тихий, монотонный, речь замедленная, мимика обеднена. При упоминании о психотравмирующей ситуации отмечается плаксивость, снижение настроения. Больная ориентирована в месте, времени и собственной личности в полном объеме. Сознание ясное. Полностью доступна для беседы. На поставленные вопросы отвечает согласно теме вопроса. Мышление логичное, нарушений не наблюдается. Интеллект соответствует образовательному уровню. Внимание устойчивое, при беседе не отвлекается. Внешний вид опрятный, больная спокойная, доброжелательная, поведение соответствует окружающей обстановке. К своему состоянию относится критически, понимает, что лечение необходимо.*

**Данные объективного обследования.** *Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.*

**Клинический диагноз.** *Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод средней степени тяжести.*

### **Рекомендации по лечению.**

*Амп. Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 1 мл, в/м по 1 амп 1 р/д*

*Таб. Sertralini 100мг, по 1 таб. 1 р/д*

*Таб. Sulpiridi 200мг, по 1 таб. 2 р/д*

### **Клинический пример.**

*Женщина 54 лет направлена на стационарное лечение в ПНД участковым врачом психиатром с жалобами на сниженное настроение, тревогу, слабость, плаксивость, ощущение внутренней дрожи, ощущение кома в области желудка, бессонницу, колебание АД до 170/100 мм. рт. ст.*

***Анамнез заболевания.** Состояние пациентки стало меняться 8 месяцев назад когда впервые узнала, что муж изменяет ей с коллегой по работе, в связи с этим известием снизился фон настроения, стала слезливой, раздражительной, стали возникать скандалы с мужем. Неоднократно верила мужу, что он расстанется с любовницей, однако последний раз состояние ухудшалось когда узнавала, что муж продолжает встречаться с любовницей. В связи с таким состоянием обратилась за помощью к психотерапевту поликлинику № 7, который назначил пиразидол, Hydroxyzini, адантол, улучшение было не значительным, нарастали вышеперечисленные проблемы. По направлению психотерапевта госпитализирована.*

***Анамнез жизни.** Наследственность со слов психопатологически не отягощена. Родилась в ростовской области, в полной семье. Раннее развитие без особенностей. Посещала ДДУ. В школу пошла с 8 лет, закончила 10 классов. После школы училась в Ростовском училище связи. После окончания училища вернулась домой и работала в отделении связи. Вышла замуж в 1984г. В 1985г родилась дочь. С 1984г по 1986г вместе с мужем военнослужащим проживала в Германии. После демобилизации переехали жить в Воронеж. В Воронеже поступила в мед. училище на заочное отделение. После окончания работала 23 года в детском саду*

старшей мед сестрой, после работала на протезно–ортопедическом предприятии мед сестрой 1,5 года. Дочь переехала в г. Москву к мужу.

**Психический статус.** В результате наблюдения за поведением больной синдромов расстроенного сознания не выявлено. Правильно ориентирована в собственной личности (ФИО, возраст, профессия), в месте (город, учреждение, где находится), времени (число, месяц, год) и окружающем (с кем беседует и кто её окружает). Больная контактна, хорошо понимает обращённую к ней речь и задаваемые вопросы, на которые отвечает медленно, конкретно и обстоятельно. Внешний облик больной обычный, спокойный, опрятный. На беседу в комнату пришла самостоятельно, разговаривает охотно, во время беседы сидит ровно не сутулясь, навязчивых движений нет, активно жестикулирует, мимика живая, взгляд осмысленный, сосредоточенный, слушает сосредоточенно, не отвлекается, понимает содержание всех вопросов. На вопросы общие и касающиеся заболевания отвечает по существу, рассуждает о своих жалобах, симуляции или диссимуляции нет. Свои жалобы излагает активно и обстоятельно. В общем память снижена. Хотя сама больная отмечает некоторое снижение памяти в последнее время на недавние события, но лишь на мелкие и незначительные, при этом память на прошлые события не изменена. Устный счёт не нарушен (но считает медленно), оскудение психики, сужения кругозора нет, школьные и житейские навыки сохранены. Настроение больной на момент беседы пониженное, тоскливо тревожное, в течение суток отмечает незначительное улучшение к вечеру. Пациентка отмечает равнодушие, тяжесть на душе, нет интересов, нет желание ничего делать, “все надоело”. Суицидальные намерения не высказывает. Реакция на все вопросы адекватная, вопросы о прошлом, семье вызывают яркие эмоции. Подозрений на диссимуляцию не возникает. Оттенок настроения как правило тоскливо–тревожный. Поведение больной спокойное, двигательного беспокойства нет, выражение лица спокойное, в отделении общается с некоторыми больными.

*Данные объективного обследования. Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.*

*Клинический диагноз. Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации.*

***Рекомендации по лечению.***

*Таб. Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 0,5 мг, по 1 таб 2 р/д*

*Таб. Agomelatini 25 мг, по 1 таб 1 р/д на ночь*

*Таб. Carbamazepini 200мг, по ½ таб 2 р/д*

## 25.МАНИАКАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Маниакальное расстройство относится к аффективным синдромам – состояниям, проявляющиеся в расстройстве настроения и поведения.

Маниакальный эпизод или маниакальное расстройство – этим термином обозначается симптоматика (состояние), а не болезнь сама по себе. Это психическое состояние является частью одного из видов биполярного расстройства. Но, для упрощения понимания мы будем здесь пользоваться наиболее простыми понятиями и выражениями.

Маниакальное расстройство (эпизод) характеризуется периодом, по крайней мере, одной недели, когда проявляется повышенная экспансивность или необычная раздражительность, а также присутствует особенно настойчивая целенаправленная деятельность.

В периоды обострения заболевания ярко проявляется нарушение настроения, связанное с маниакальными симптомами, и они видны окружающим (например, друзьям, родственникам, сослуживцам). Люди пребывают в не характерном для их обычного состояния повышенном настроении, что проявляется в измененном поведении индивида.

Классификация эпизодов мании в зависимости от степени выраженности включает *гипомании*, *мании без психотических эпизодов* и *мании с психотическими эпизодами*.

Под *гипоманией* понимают легкую степень мании, при которой изменения настроения и поведения долговременны и выражены, не сопровождаются бредом и галлюцинациями. Приподнятое настроение проявляется в сфере эмоций как радостная безоблачность, раздражительность, в сфере речи – как повышенная разговорчивость с облегченностью и поверхностными суждениями, повышенная контактность. В сфере поведения отмечаются повышение аппетита, сексуальности, отвлекаемость, снижение потребности во сне, отдельные поступки, выходящие за рамки морали. Субъективно ощущаются легкость ассоциаций, повышение работоспособности и творческой продуктивности. Объективно

увеличиваются число социальных контактов и успешность. В то же время отмечаются эпизоды безрассудного или безответственного поведения, повышенная общительность или фамильярность.

Основной критерий диагностики – повышенное или раздражительное настроение, которое является аномальным для данного индивидуума, сохраняется по меньшей мере несколько дней и сопровождается приведенными выше симптомами.

Следует отметить, что гипоманиакальные эпизоды возможны при некоторых соматических и психических расстройствах. Например, при гипертиреозе, анорексии или лечебном голодании в фазе пищевого возбуждения; при интоксикации некоторыми ПАВ (амфетаминами, алкоголем, марихуаной, кокаином), однако при этом присутствуют другие проявления соматической и психической патологии и интоксикации ПАВ.

В типичном виде развернутое маниакальное состояние проявляется так называемой *маниакальной триадой*: болезненно повышенным настроением, ускоренным течением мыслей и двигательным возбуждением. Ведущий признак маниакального состояния – маниакальный аффект, проявляющийся в повышенном настроении, ощущении счастья, удовольствия, хорошего самочувствия, наплыве приятных воспоминаний и ассоциаций. Характерными для него являются обострение ощущений и восприятий, усиление механической и некоторое ослабление логической памяти, поверхностность мышления, легкость и непродуктивность суждений и умозаключений, идеи переоценки собственной личности, вплоть до бредовых идеи величия, расторможенность влечений и ослабление высших чувств, неустойчивость, легкость переключения внимания.

***Мания без психотических симптомов.*** Главное отличие от гипомании заключается в том, что повышенное настроение сказывается на изменении норм социального функционирования, проявляется в неадекватных поступках, которые не контролируются пациентом. Ускоряется темп течения времени и значительно сокращается потребность во сне. Повышаются

толерантность и потребность в алкоголе, повышаются сексуальная энергия и аппетит, возникает тяга к путешествиям и приключениям. Благодаря скачке идей возникает множество планов, реализация которых не осуществляется. Пациент стремится к яркой и броской одежде, говорит громким голосом, делает множество долгов и дарит деньги едва знакомым людям. Он легко влюбляется и уверен в любви к себе всего мира. Собирая множество случайных людей, он устраивает праздники в долг. Отмечается безрассудное управление автомобилем, заметное повышение сексуальной энергии или сексуальная неразборчивость. Галлюцинаций или бреда нет, хотя могут быть расстройства восприятия (например, субъективная гиперაკузия, яркое восприятие красок).

Основной симптом – повышенное, экспансивное, раздражительное (гневливое) или подозрительное настроение, которое не характерно для данного индивидуума. Изменение настроения должно быть отчетливым и сохраняться на протяжении недели (рис. 40).



Рисунок 2 Виды маниакального синдрома

**Мания с психотическими симптомами.** Представляет собой выраженную манию с яркой скачкой идей и маниакальным возбуждением, к



которой присоединяются вторичные бредовые идеи величия, высокого происхождения, гиперэротичности, ценности. Возможны галлюцинаторные оклики, подтверждающие значимость личности, или «голоса», говорящие пациенту об эмоционально нейтральных вещах, или бред значения и преследования. Наибольшие трудности заключаются в дифференциальной диагностике с шизоаффективными расстройствами, однако при этих расстройствах должны быть симптомы, характерные для шизофрении, а бредовые идеи при них в меньшей степени соответствуют настроению. Однако диагноз можно рассматривать как начальный для оценки шизоаффективного расстройства (первый эпизод).

### **Клинический пример**

Мужчина 32 лет в сопровождении родственников доставлен в приемное отделение для госпитализации в ПНД.

**Состояние при поступлении.** Беспокоен, возбужден, речь скороговоркой в форме монолога, на вопросы отвечает с раздражением, гневлив, несдержан. Негативно настроен к госпитализации, обвиняет мать, «которая спрятала в больницу». Сообщает, что ему «нужно срочно решить много дел, быть в разных местах: я торговый представитель в табачной компании... занимаюсь рекламой, организую концерты и многое другое». Постоянно подчеркивает, что "находится в хорошем состоянии и полон сил... из – за этого мало сплю, поэтому ругаюсь с матерью". Сообщил также, что «с кем – то подрался на улице, и поэтому был привезен в больницу». Постоянно интересуется сроками госпитализации, протестен, импульсивен. Галлюцинаторно–бредовой симптоматики выявить не удается.

**Анамнез заболевания.** Со слов родственников состояние изменилось в течение 4–х лет. Стал очень мало спать, появилась гиперактивность, почти не ел и не испытывал голода. Активно занимался физическими упражнениями. Стал совершенно неадекватен, высказывал массу идей и грандиозных планов. Стал активно изучать книги по философии. Совершал нелепые

поступки – экранировал себя зеркалом, отрекся от матери, стал враждебен к родителям, обвинял их, заявлял, что они отравили его в 2001г. капельницами. Требовал от них денег, отдельной квартиры. Возбуждение и агрессивность прогрессировали. Накануне госпитализации бросился на отца, пытался душить, потом вооружился ножом и угрожал. Соседи вызвали милицию с помощью которой госпитализирован. Находился на лечении в ПБ с 17.07 по 5.09.2016г с диагнозом: Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод с психотическими симптомами. Последняя госпитализация с 29.08.2016г по 20.11.2006г. После выписки состояние оставалось стабильным, поддерживающее лечение не принимал, диспансер не посещал. С 2017г. стал параллельно заниматься организацией концертов, приглашал артистов из других городов. Ухудшение состояния в течение недели до госпитализации: нарастало психомоторное возбуждение, стал вспыльчив, гневлив, конфликтен, не спал ночами «одновременно решал массу вопросов, ездил по краю, чтоб пригласить очередного артиста», стал чрезмерно деятелен, назойлив, заносчив, держался вызывающе, поведение становилось все более неадекватным. В сопровождении родственников доставлен в приемный покой для госпитализации.

**Анамнез жизни.** Раннее развитие без особенностей. Окончил 11 классов с золотой медалью. С детства активно занимался спортом. Поступил в институт физкультуры, окончил его в 2004г. С 3го курса параллельно с учебой работал в казино крупье «чтобы материально не зависеть от родителей». С 1.06.05 казино закрылось. Работал продавцом – консультантом, на шиномонтажке, последний год – торговый представитель в табачной компании. Женился, детей нет, до ухудшения состояния с работой справлялся, был на хорошем счету. Наследственность не отягощена.

**Психический статус.** Двигательно возбужден, расторможен, неусидчив. Опрятен. Правильно ориентирована в собственной личности, в месте, времени и окружающем. Больной контактен, хорошо понимает обращенную

к нему речь и задаваемые вопросы, на которые отвечает быстро, эмоционально, в целом в плане заданного.

На беседу в комнату пришел самостоятельно, разговаривает охотно, с выраженной жестикуляцией, выражение лица беспокойное, взгляд осмысленный, несосредоточенный, слушает не сосредоточенно, отвлекается, понимает содержание всех вопросов. Жалоб не предъявляет.

Настроение больного на момент беседы повышенное. Периодически отмечается раздражительность. Обманов восприятия, бредовой симптоматики не обнаружено. Сон нарушен.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов.

**Рекомендации по лечению.**

Таб. Olanzapini 5мг, по 1 таб 2 р/д

Таб. Carbamazepini 200мг, по 1 таб 3 р/д

Таб. Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 1 мг, по 1 таб 2 р/д

### **Клинический пример**

Девушка 24 лет поступает впервые в сопровождении матери. Ранее на учете у психиатра не состояла. Состояние изменилось в течение нескольких дней после ссоры с близким человеком, снизилось настроение, стала раздражительной, гневливой, появился навязчивый страх «меня бросит любимый».

**Анамнез заболевания.** Впервые странности в поведении заметили около года назад, когда появилась подавленность, неохотно вступала в беседу, была погружена в свои болезненные переживания.

Из производственной характеристики: «пришла работать в отдел по работе с персоналом 15.10.20016г. оператором ЭВМ. Впоследствии переведена специалистом по работе с кадрами. За время работы

зарекомендовала себя исполнительным, добросовестным, трудолюбивым работником. Отличительные черты: любознательность, желание понять порученную работу до тонкости, внести что-то свое, новое. Она легко влилась в коллектив, сплотила вокруг себя молодежь, яркая индивидуальность. Ей легко удается все: и работа, и учеба. Она активно участвовала во всех начинаниях молодежи на нашем предприятии. Руководство отдела прочило ей быстрое продвижение по службе. В июне 2005г. ушла в отпуск, а по возвращении стали заметны некоторые, не свойственные ей, странности в поведении. Она оставалась все такой же умной, доброй, отзывчивой, но исчезла ее усидчивость, которая так необходима при выполнении ее работы, интерес и 08.07.2016г. она уволилась».

Состояние изменилось около месяца назад: стала злобной, напряженной, временами гневливой, конфликтной, не могла работать в коллективе, уволилась. Не может закончить дело, постоянно куда – то стремится, пытается сделать сразу несколько дел. Стала многоречивой, речь громкая, ускоренная в темпе. По настоянию матери обратилась за помощью в ПНД.

**Анамнез жизни.** Родилась старшим ребенком из двоих детей в семье рабочих. Роды и беременность без осложнений. Родилась в срок, массой тела 3600 г, длиной 57 см. Находилась на грудном вскармливании. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставала. В школу пошла с 6 лет, окончила 11 классов. Занималась в детской юношеской спортивной школе (ДЮСШ). По характеру была общительной, неконфликтной, доброжелательной, имела много друзей. Училась на 4 и 5. После школы поступила в техникум, который окончила на «отлично». Затем поступила в КГТУ, факультет экономики, заочно. В данное время студентка последнего курса, параллельно работала на РИЗе в ОК, с июля месяца уволена по собственному желанию (конфликт на работе).

**Психический статус.** Двигательно суетлива, возбуждена. Эмоционально напряжена. Задаваемые вопросы не всегда слышит, ответы чаще не по

существо. Болезненные переживания раскрывает неохотно. Речь быстрая, громкая. Отвечая на вопросы, активно жестикулирует руками. В беседе дистанцию не соблюдает, периодически трогает врача за руку, называет на «ты», держится свободно. Ориентирована во всех видах достаточно. Внимание привлекается, удерживается слабо. Активной галлюцинаторно–бредовой продукции не выявляется. Критика к своему состоянию отсутствует. В отделении больная двигателью спокойна, временами злобна, гневлива по отношению к родителям. В беседе держится свободно, субординацию не соблюдает. Общается только с медперсоналом. Временами многоречива, деятельна.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Биполярно–аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод средней степени тяжести.

**Рекомендации по лечению.**

Olanzapini 5 мг, по 1 таб 2 р/д

Carbamazepini 200мг, по 1 таб 2 р/д

Hydroxyzini 25 мг, по 1 таб 3 р/д

## **26.НЕВРОТИЧЕСКИЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА.**

Невротические расстройства – это психические расстройства без очевидной органической основы, при которых у больного может полностью сохраняться критика и адекватная оценка окружающей действительности, в результате чего он обычно не смешивает собственные болезненные субъективные ощущения и фантазии с объективной реальностью. Поведение может сильно изменяться, хотя обычно не выходит за рамки социально принятых норм. Дезорганизации личности нет. Основные проявления включают чрезмерную тревожность, истерические симптомы, фобии, обсессивные и компульсивные симптомы, депрессию.

Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства объединены в одну большую группу в силу их исторической связи с концепцией невроза и связи основной (хотя и не точно установленной) части этих расстройств с психологическими причинами. Как уже было отмечено в общем введении к МКБ – 10, понятие невроза было сохранено не в качестве основополагающего принципа, а в целях облегчения идентификации тех расстройств, которые некоторые специалисты могут по–прежнему считать невротическими в их собственном понимании этого термина (смотри замечание по поводу неврозов в общем введении).

## **27.ФОБИЧЕСКИЕ И ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА.**

По традиционной отечественной систематике тревожные расстройства (ТР) относятся к группе невротических расстройств (неврозов), т.е. к психогенно обусловленным болезненным состояниям, характеризующимся парциальностью и эгодистонностью многообразных клинических проявлений, осознанием болезни и отсутствием изменений самосознания личности. Согласно МКБ – 10, ТР делятся на тревожно–фобические расстройства, т.н. другие тревожные расстройства, куда входят паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, а также смешанное

тревожно–депрессивное расстройство (ТДР), обсессивно–компульсивные расстройства и реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации, куда входит посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Большинство из них рассмотрены в соответствующих разделах (см. рубрики «Страхи», «Посттравматическое стрессовое расстройство», «Паническое расстройство», «Обсессивно–компульсивное расстройство»), поэтому в данном разделе речь пойдет лишь о двух расстройствах – о генерализованном тревожном и смешанном тревожно–депрессивном расстройстве.

Основной чертой генерализованного тревожного расстройства является тревога, которая носит генерализованный и стойкий характер, не ограничивается какими–либо определенными средовыми обстоятельствами и даже не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах (т.е. является «нефиксированной»). Для постановки диагноза первичные симптомы тревоги должны присутствовать у больного в течение как минимум нескольких недель.

Наиболее часто в этом качестве выступают: 1. Опасения (беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения, трудности в сосредоточении);

2. Моторное напряжение (суетливость, головные боли напряжения, дрожь, невозможность расслабиться);

3. Вегетативная гиперактивность (потливость, тахикардия или тахипноэ, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту).

Смешанное тревожное и ДР диагностируется в тех случаях, когда у больного присутствуют симптомы как тревоги, так и депрессии, но ни те, ни другие по отдельности не являются отчетливо доминирующими или выраженными настолько, чтобы определить диагноз.

Как нетрудно заметить, диагностические критерии этих состояний менее четкие, чем, например, панического расстройства и скорее построены по принципу исключения. Симптоматика генерализованного тревожного расстройства несет черты диффузной, генерализованной и размытой тревоги

средней или слабой интенсивности, для которой характерно неопределенное беспокойство, постоянное во времени. В этом состоит его основное отличие от панического расстройства, при котором возникают пароксизмы тревожного аффекта чрезмерной интенсивности.

Данный вариант тревожного состояния носит название «свободно плавающей тревоги»; неопределенное беспокойство при этом выражается в состоянии внутреннего напряжения, предчувствия несчастья и угрозы, которые часто провоцируются реальными незначительными конфликтами и фрустрирующими ситуациями. Вместе с тем, в системе личностных координат больного подобные ситуации разрастаются до огромных проблем и представляются неразрешимыми. Часто тревогу при этом сопровождает повышенная агрессивность. Постоянное внутренне напряжение приводит к сбоям в деятельности вегетативно–эндокринной системы, которая находится в постоянной возбуждении и готовности к борьбе и бегству, что, в свою очередь (по принципу порочного круга), увеличивает состояние внутреннего напряжения. Это же относится и к опорно–двигательной системе – постепенно увеличивается мышечное напряжение и повышаются сухожильные рефлексы, что лежит в основе чувства усталости и миалгий.



Рисунок 41 Циркуляция возбуждения и симптомы при генерализованном тревожном расстройстве



По мнению большинства исследователей, генерализованное тревожное расстройство не представляет единой диагностической категории, а отражает скорее особый тревожный феномен, возникающий при разных диагнозах. Так, по некоторым своим феноменологическим проявлениям она близка к тревоге ожидания, характерной для панического расстройства. В то же время, в отличие от последних, генерализованные тревожные реакции характеризуются меньшим участием вегетативных проявлений, более ранним и более постепенным началом заболевания и более благоприятным прогнозом. При этом тревожная симптоматика носит тонический, а не клонический, как при панике, характер. Следует также иметь в виду, что у части больных с паническим расстройством в дальнейшем может развиваться генерализованное тревожное расстройство и наоборот.

В целом коморбидность генерализованной тревоги с другими тревожными расстройствами велика: с паническими атаками (56%), обсессивно–компульсивным расстройством (35%) и социальной фобией (32–42%). Коморбидность с депрессией, по данным разных авторов, достигает 23–87%.

### **Клинический пример.**

*Женщина 28 лет по направлению врача–психиатра госпитализирована в КУЗ ВОКПНД, в отделение ПСДС с жалобами на «тревогу, страх, что не сможет ухаживать за своими детьми, приступы нервозности, сопровождающиеся тяжестью в голове, учащенным дыханием, дрожью и головокружением, во время которых вещи вокруг нее казались нереальными и незнакомыми.*

***Анамнез заболевания.** Считает себя больной около шести месяцев, когда впервые появились «приступы паники», характеризующиеся слабостью в голове, учащенным дыханием, дрожью, головокружением, дереализацией, состояние постепенно ухудшалось – стала связывать свои панические приступы с различными местами, где они могут проявиться.*

*Прежде активная и подвижная, больная за последние 6 месяцев стала бояться выходить из дома, если ее не сопровождали муж или мать. Теперь она избегает крупных магазинов и утверждает, что каждое переполненное людьми место вызывает у нее слабость. Когда не удастся избежать посещения этих мест, она старается держаться около дверей и всегда наблюдает за окнами и выходами. Последнее время просит мать сидеть с ней дома, когда там дети, так как боится, что, если что – то случится с детьми, она не сможет помочь из – за своих нервных приступов. Теперь она боится выйти из дома, находиться в общественных местах, откуда трудно убежать. Сузился круг деятельности, доминирующую роль приобрела тревога. Обратилась в ОПНД. По направлению врача – психиатра госпитализирована в КУЗ ВОКПНД, в отделение ПСДС.*

**Анамнез жизни.** *Пациентка родилась от первой беременности, протекавшей без осложнений. Роды в срок, нормальные. Вес при рождении 3500 г., рост – 54 см, закричала сразу. Ранний постнатальный период: грудное вскармливание, психомоторное развитие соответствовало норме. Единственный ребёнок в семье. Возраст родителей на момент рождения – 22 года. Мать по характеру добрая, трудолюбивая. Отец спокойный, уравновешенный. Считает, что главной в семье была мама, хотя, папа зарабатывал «много», поэтому постоянно был на работе. Мать характеризует, как человека отзывчивого, отца – добросердечного и бескорыстного. Эмоции в семье были положительные, но родители постоянно опекали. Идеалом женщины являлись мама и бабушка. Детский сад не посещала, период адаптации прошел плохо: девочка постоянно плакала, хотела домой, отказывалась от приема пищи. Вследствие чего предшкольный период провела с бабушкой, дома. Смерть бабушки перенесла тяжело (в возрасте 6 лет), отказывалась разговаривать с родителями, избегала общения с другими родственниками, нарушился сон. Маме пришлось оставить работу и заняться домашним хозяйством. Семью родителей считает счастливой. В школу пошла с семи лет, училась хорошо, была*

общительной девочкой. Но, со слов пациентки: «Настоящих друзей у меня не было, к сожалению». Учеба давалась легко, особенно гуманитарные науки. Занималась легкой атлетикой. После окончания одиннадцатого класса поступила в педагогический университет, филологический факультет. На втором курсе познакомилась с молодым человеком, за которого впоследствии вышла замуж, в возрасте 22 лет. В 23 года родила ребенка – девочку. Через два года снова забеременела, приняла решение – сделать аборт, однако, муж и близкие «отговорили». Родился мальчик. В настоящее время не работает, домохозяйка. Считает, что «родители мужа не довольны ею, постоянно учат, со свекровью очень часто вступает в споры по поводу воспитания детей».

**Психический статус.** В результате наблюдения за поведением больной синдромов расстроенного сознания не выявлено. Правильно ориентирована в собственной личности, в месте, времени и окружающем. Больная контактна, хорошо понимает обращенную к ней речь и задаваемые вопросы, на которые отвечает быстро, с оттенком тревожности, голос немного дрожит. Внешний облик больной опрятный. Тревожна. Настроение снижено. Мышление последовательное. Эмоционально лабильна. Фиксирован на своём состоянии, ипохондрична. Круг интересов ограничен симптомами заболевания, их поиском. На беседу пришла самостоятельно, разговаривает охотно о своих психических и соматических заболеваниях, часто меняет позы, выражение лица тревожное, постоянно отвлекается, понимает содержание всех вопросов. На вопросы общие и касающиеся заболевания отвечает по существу, симуляции или диссимуляции нет. Жалобы на «тревогу, сопровождающуюся учащенным дыханием, тяжестью в голове, сниженное настроение, неустойчивый сон, плаксивость, рассеянность, общую слабость, боязнь выйти одной на улицу». Отмечает некоторое ухудшение памяти. Устный счёт не нарушен, оскудения психики и сужения кругозора нет, потери школьных и житейских навыков и знаний нет. Настроение больной на момент беседы сниженное, тревожное, в

течение суток отмечает незначительное ухудшение к вечеру. Пациентка тревожна, неусидчива, нет стабильных интересов, желание ничего делать. Аппетит хороший, физиологические отправления в норме. Величина зрачков нормальная, кожа и слизистые нормальной влажности. АД в норме, пульс не учащён. Суицидальных намерений нет. Пребыванием в стационаре не тяготится. Реакция на все вопросы адекватная, вопросы о семье вызывают эмоции. Подозрений на диссимуляцию не возникает. Оттенок настроения, как правило, депрессивно-тревожный. Поведение больной – тревожное, двигательное беспокойство присутствует, выражение лица тревожное, малообщительна. Психопродуктивной симптоматики не выявлено.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Агорафобия. Эпизодическая пароксизмальная тревожность.

**Рекомендации по лечению.** Курсы психотерапии

Таб. Escitaloprami 10мг, по 1 таб 1 р/д утром

Таб. Buspironi 10мг, по 1 таб 3 р/д

### **Клинический пример**

Девушка 25 лет обратиться за мед. помощью в диспансер с жалобами на тревогу, страх выйти из дома, сходить в магазин, страх воспользоваться общественным транспортом, несколько сниженное настроение, трудности при засыпании, откуда была направлена в психиатрический стационар для обследования и лечения.

**Анамнез заболевания.** В поле зрения психиатров попадает впервые. Обращение связано с появившейся тревогой, страхом выходить на улицу, сниженным фоном настроение, бессонницей. Со слов больной, во время празднования ее дня рождения, вместе с молодым человеком и друзьями запускала ночью салюты. Внезапно ощутила сильное головокружение и шум в ушах, учащенное сердцебиение, заметила, что лица окружающих

отдалились, звуки стали невнятными, почувствовала сильный страх смерти, удушье, спустя несколько минут ощутила себя лучше, но никак не могла успокоиться. Стала вспоминать, что и раньше в толпе людей ощущала дискомфорт, всегда сильно волновалась, если приходилось выступать с докладом перед классом. На работу добиралась пешком, так как всегда предпочитала пешие прогулки, избегала общественного транспорта, в котором испытывала головокружение, волнение. Во время нахождения на рабочем месте часто испытывала дискомфорт, беспокойство. После работы часто ощущала усталость, желание побыть одной, изредка – головную боль. Несколько дней после дня рождения не выходила из дома, пила валерьянку. Стала плохо спать, постоянно ожидала повторения «приступа». Отказывалась от встреч с друзьями, опасалась сама ходить в магазин, решила не выходить на прежнюю работу, а поискать что-то, чем можно заниматься дома. Вновь ощутила удушье, сердцебиение и сильную панику, находясь дома. Перед этим состоялся разговор с молодым человеком, в ходе которого он уговаривал больную сходить в кино. После чего решила обратиться за мед. помощью в диспансер, откуда была направлена в психиатрический стационар для обследования и лечения.

**Анамнез жизни.** Наследственность психопатологически не отягощена: ближайшие родственники на учете у психиатра, нарколога не состояли. Родилась в 1990 году в городе Воронеже, единственным ребёнком в полной семье. Беременность матери протекала с гестозом в третьем триместре. Раннее развитие – без особенностей, по возрасту. На учете у невролога не состояла. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простуды. Детский сад не посещала, до трех лет мать сидела дома, выйдя же на работу и опасаясь еще более частых простуд дочери, оставляла ее с бабушкой. Материальное положение в семье, жилищно-бытовые условия были удовлетворительными. Хотя отношения отца больной и свекрови были напряженными, часто случались скандалы. В последующем, отец ушел из семьи и, со временем, прекратил всякое общение с дочерью, хотя продолжал

помогать материально. По характеру больная с детства была стеснительной, мнительной. В школу пошла с 7 лет, училась хорошо, учиться любила, тщательно готовила уроки, переживала за плохие оценки, среди сверстников было несколько близких друзей. Увлекалась рисованием, чтением. Окончила 11 классов СОШ, после чего поступила в ВГУ на биолого – почвенный факультет. В институте училась хуже, стала пропускать занятия, так как начала встречаться с молодым человеком, с которым проводила много времени. Однако, успешно закончила институт. По специальности почвовед не работала, устроилась продавцом–консультантом в магазин электротехники. На работу добиралась пешком, так как всегда предпочитала пешие прогулки, избегала общественного транспорта, в котором испытывала головокружение, волнение. Во время нахождения на рабочем месте часто испытывала дискомфорт, беспокойство. После работы часто ощущала усталость, желание побыть одной, изредка – головную боль. В настоящее время не работает. Проживает вдвоём с мамой: бабушка умерла, с отцом отношений не поддерживает, не замужем. Перенесённые заболевания: ОРВИ, грипп, ангина. Вредные привычки – курение. Туберкулёз, гепатит – отрицает. Гемотрансфузий, переливаний эритроцитарной массы не было. Аллергологический анамнез спокойный.

**Психический статус.** В результате наблюдения за поведением больной синдромов расстроенного сознания не выявлено. Правильно ориентирована в собственной личности (называет свою фамилию, имя, возраст, адрес), в месте (город, учреждение, где находится), времени (число, месяц, год) и окружающем (с кем беседует и кто её окружает). Больная контактна, хорошо понимает обращённую к ней речь и задаваемые вопросы, на которые отвечает охотно, стараясь описывать свое состояние подробно, активно ищет помощи, настроена на лечение.

Внешний вид больной опрятный, волосы убраны в хвост, одежда чистая, аккуратная, лицо – без косметики. На беседу в кабинет пришла

самостоятельно, разговаривает довольно охотно, во время беседы сидит ровно. Навязчивых движений нет, выраженных жестикующий нет, выражение лица несколько напряженное, взгляд осмысленный, сосредоточенный, внимание удерживает, не отвлекается, понимает содержание всех вопросов. На вопросы общие и касающиеся заболевания отвечает по существу, симуляции или диссимуляции нет. Свои жалобы излагает активно, подробно. Жалобы на тревогу, страх выходить из дома, находиться среди людей, ожидание повторения приступа паники, трудности при засыпании, сниженное настроение.

Память на недавние и прошлые события не изменена. Устный счёт не нарушен, оскуднения психики, сужения кругозора, потери школьных и житейских навыков и знаний нет. Можно сделать вывод, что интеллект в данное время соответствует полученному образованию и предполагаемому жизненному опыту.

Настроение больной на момент беседы несколько снижено. Пациентка отмечает, что ранее значимые интересы утратили свою актуальность из-за опасений выходить из дома. В последнюю неделю сон не нарушен (на фоне лечения), до этого подолгу не могла уснуть, мешали размышления о том, как дальше жить, что делать с работой, тревога. Суицидальные намерения отрицает. Пребыванием в стационаре не тяготится.

Реакция на все вопросы адекватная. Подозрений на диссимуляцию не возникает. Поведение больной спокойное, двигательного беспокойства нет, в отделении спустя неделю лечения стала избирательно общаться с другими больными, более охотно выходит из палаты, на свидания с родственниками.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Агорафобия с паническим расстройством.

**Рекомендации по лечению.**

Таб. Paroxetini 20 мг, по 1 таб. 1 р/д утром

Таб. Alprazolami 0,25 мг, по 1 таб. 2 р/д

## **28.ОБСЕССИВНО – КОМПУЛЬСИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА.**

Обсессивно–компульсивное расстройство (ОКР) – это дисфункция психической деятельности, проявляемая произвольными мыслями навязчивого характера, которые препятствуют нормальной жизнедеятельности, а также различными страхами. Эти мысли порождают тревогу, от которой можно избавиться лишь, выполняя навязчивые и утомительные действия, называемые компульсиями.

ОКР может иметь прогрессирующий или эпизодический характер, а также протекать хронически. Обсессивные думы являются собой идеи или тяготения, которые вновь и вновь в стереотипной форме рождаются в голове человека. Суть этих мыслей почти всегда тягостная, поскольку они либо воспринимаются в качестве бессмысленных идей, либо несут непристойное или агрессивное содержание.

Наиболее распространенными произвольными навязчивыми мыслями являются:

- опасение заражения (например, вирусами, микробами, от жидкостей, химикатов или экскрементов);
- страх возможных внутренних (например, боязнь утратить контроль и причинить близкому вред) или внешних опасностей (например, боязнь стать жертвой ограбления);
- излишнее беспокойство по поводу симметрии, точности или порядка;
- мысли или образы интимного подтекста.

ОКР что это такое? Многие задаются этим вопросом. В свое время ученые считали описываемый недуг одной из разновидностей тревожных расстройств, но сегодня исследователи утверждают, что ОКР является специфическим состоянием.

Практически каждый индивид переживал подобные докучливые мысли, но лишь у субъекта, страдающего ОКР, уровень тревоги, вызванной навязчивыми мыслями, зашкаливает. Поэтому чтобы избежать чересчур



сильного чувства тревоги, человеку часто приходится прибегать к некоторым так называемым «охраняющим» действиям – компульсиям. В дословном переводе термин компульсия означает принуждение. Компульсиями называются постоянно повторяющиеся действия, которые человеку приходится выполнять, чтобы избежать тревоги и беспокойства. При ОКР «охраняющие» действия часто напоминают ритуалы. Они могут быть физического (например, неоднократная проверка газового вентиля) или ментального характера (произнесение определенного словосочетания или фразы в уме, чтобы, например, защитить кого – либо из близких от смерти).

Наиболее распространенным симптомом при ОКР считается страх заражения бактериями в сочетании с постоянным мытьем рук и уборкой. Боязнь заражения может толкать людей на многие «странные» поступки. Например, люди стараются не касаться дверных ручек, избегают рукопожатий. ОКР характеризуется прекращением мытья рук не вследствие их чистоты, а из – за ощущения человеком облегчения.

Несмотря на бесчисленное множество проведенных исследований, посвященных теме obsessions и compulsions, по сей день нельзя с уверенностью сказать, что же является основополагающим фактором, порождающим данный синдром. За возникновение навязчивых состояний могут отвечать и физиологические факторы (нарушение в нервных клетках химического баланса), и психологические причины. Ниже представлены основные причины возникновения описываемой дисфункции.

ОКР может передаваться через поколение по наследству, такое мнение бытует в ученом кругу. Проявляться оно может склонностью к развитию навязчивых болезненных состояний.

Изучение проблемы ОКР на взрослых близнецах продемонстрировало, что данное расстройство является умеренно наследственным. При этом ни один ген не распознан как порождающий это состояние. Но можно все же выделить два гена, которые играют существенную роль в образовании ОКР.

Ряд исследований подтвердили, что мутации в этих генах имеют связь с обсессивно–компульсивной дисфункцией.

ОКР личности может наступать вследствие аутоиммунной реакции. Нередко данное заболевание возникает после перенесения детьми стрептококковой инфекции, вызывающей дисфункцию и воспаление базальных ганглий. Ряд исследований показал, что эпизодическое появление описываемого нарушения следует объяснять не перенесенной стрептококковой инфекцией, а антибиотиками, назначаемыми для лечения инфекций. Кроме того, существует мнение, что ОКР личности возникает вследствие иммунологической реакции на другую патогенную флору.

Методы визуализации головного мозга позволили ученым изучить активность специфических его областей. Исследования доказали, что активность отдельных участков мозга у индивидов, страдающих описываемым недугом, характеризуется необычностью. Вовлеченными в клиническую симптоматику обсессивно–компульсивной дисфункции являются: передняя поясная извилина, орбитофронтальная кора, полосатое тело, хвостатое ядро, таламус, базальные ганглии.

Цепочка из вышеперечисленных зон регулирует примитивные поведенческие реакции, такие как агрессивность, сексуальность и телесные проявления. Активация этой цепи включает соответствующее поведенческое реагирование. Например, после контакта с якобы «загрязненным» предметом обязательное тщательное мытье рук. В норме желание очистить руки после проведенной процедуры мытья должно пройти и человек может спокойно перейти к другому действию. У больных данной патологией головной мозг не в состоянии выключить и игнорировать посылы цепи, что вызывает коммуникативные нарушения в этих зонах мозга (рис. 42).



Рисунок 42. Круг ОКР на примере постоянно грязных рук

Доподлинно природа этого явления не ясна, но существует мнение, что она имеет взаимосвязь с биохимическим нарушением в мозге, о котором писалось выше (понижение активности глутамата и серотонина).

Статистические данные удостоверяют факт того, что большинство пациентов с проявлениями obsessions и compulsions перенесли стрессовое событие или пережили травматическую ситуацию в жизни перед возникновением заболевания. Стрессовые факторы или травмы могут также усилить уже имеющиеся симптомы расстройства. Среди таких факторов выделяют: насилие, унижение, плохое обращение, перемену жилья, смерть близкого человека, болезнь, проблемы во взаимоотношениях, на работе или в школе.

Современная медицина ОКР личности относит к неврозам навязчивых состояний. Данным расстройством невозможно управлять лишь одним усилием воли. Болезненное состояние, вызванное описываемым недугом, не может само по себе исчезнуть.

Обсессивное расстройство заключается в осаждении головного мозга человека докучливыми мыслями или навязчивыми размышлениями, которые принимают форму различных образов, идей или побуждений к действиям. Они различаются по содержанию, но при этом практически всегда неприятны для человека. Нередко идеи просто бесполезны, могут включать бесконечные мнимые философские воззрения по несущественным альтернативам. Такие рассуждения по альтернативам не ведут к решению и являются важной составляющей большинства других навязчивых размышлений. Часто они идут в комплексе с невозможностью произвести элементарные, но необходимые в обыденной жизни решения. Между депрессивными состояниями и обсессивными размышлениями существует тесная взаимосвязь.

Компульсивные действия или обсессивные ритуалы представляют собой навязчивые действия, вызванные необходимостью непрерывно следить за предупреждением потенциально опасной ситуации, событиями или за порядком. В основе такого поведенческого реагирования лежит страх, а компульсия является напрасной либо символической попыткой предупредить или отвести опасность. Ритуальные действия могут занимать помногу часов ежедневно. Кроме того, часто они сочетаются с медлительностью и нерешительностью. Компульсии одинаково часто наблюдаются у обоих полов. При этом бесконечное мытье рук более присуще женщинам, а медлительность – мужчинам. Ритуальные действия менее связаны с депрессивными состояниями, нежели обсессии, и более поддаются коррекции при помощи поведенческого подхода психотерапии.

Также ОКР может иметь и смешанный характер, то есть проявляться в равной степени навязчивыми мыслями и ритуальными действиями.

Можно выделить следующие проявления и признаки ОКР. Прежде всего, невроз навязчивых состояний проявляется в докучливых тягостных мыслях, например, о смерти, насилии, половых извращениях, могут появляться богохульные размышления, святотатственные идеи, страх заболеть,

заразиться вирусами. Такие неприятные мысли наводят ужас на индивида, страдающего ОКР. Он осознает их необоснованность, но справиться с суеверием, что тягостные мысли когда-нибудь воплотятся в реальность, или иррациональным страхом, вызванным навязчивыми мыслями, не в состоянии.

Кроме того, симптомы ОКР имеют и внешние проявления, которые выражаются повторяющимися движениями либо действиями, такими как частое мытье рук, пересчет числа ступенек на лестнице, постоянная перепроверка много раз подряд закрытых дверей или перекрытых кранов. Описанные действия являются в своем роде ритуалом, помогающим избавиться от страхов, вызванных навязчивыми мыслями.

ОКР характеризуется специфической особенностью – его проявления усиливаются в многолюдных местах. Кроме перечисленных симптомов в толпе у больных субъектов могут появляться периодические панические приступы, вызванные опасением заражения вследствие чужого чиха или кашля, боязнью прикоснуться к загрязненной одежде прохожих, нервозность вследствие «странных» ароматов, взглядов, звуков, опасение потерять свои вещи, страх стать жертвой карманников. Поэтому зачастую люди, страдающие ОКР, стремятся избегать людных мест.

Поскольку описываемому недугу больше подвержены индивиды, склонные к излишней мнительности, любящие все контролировать, синдрому зачастую сопутствует довольно значительное понижение уровня самооценки. Происходит это вследствие наличия понимания иррациональности мыслей и действий наряду с невозможностью противостоять собственным страхам. Основой симптоматики ОКР являются бесчисленные и многообразные мысли, побуждения, поступки, навязчивого характера, которые воспринимаются в качестве мучительных и неправильных.

*Самые главные симптомы описываемого недуга можно разделить на несколько групп: обсессивные мысли, навязчивые образы, импульсы,*

размышления, обсессивные сомнения, контрастные мысли, навязчивые страхи, компульсии, навязчивые воспоминания и действия.

**Обсессивные мысли** представляют собой неприятные для индивида представления, которые несут негативный смысл. Такие представления могут принимать форму отдельных слов, фраз, стихотворных строк и даже целых предложений.

**Навязчивые образы** представлены яркими сценами. Обычно также имеют выраженный негативный окрас (сцены насилия, различные извращения).

**Навязчивые импульсы** являют собой послы к совершению «плохих» деяний (например, ударить кого–либо, сказать что–то плохое). Им сопутствует ощущение страха, тревоги, смятений и невозможности избавиться от этого побуждения. Индивид, страдающий описываемым нарушением, опасается, что посыл будет реализован, но обсессивные побуждения никогда не реализовываются.

**Навязчивые размышления** или «умственная жвачка» представлены нескончаемыми мысленными дебатами с собственной персоной, в ходе которых вновь и вновь рассматриваются все возможные доводы аргументы и контраргументы даже простых обыденных действий.

**Обсессивные сомнения** чаще касаются ранее совершенных поступков и относятся они к правильности или неправильности произведенных действий. Больной постоянно перепроверяет заперта ли дверь, закручен газовый вентиль, перекрыт водопроводный кран. Отдельные навязчивые сомнения тесно переплетаются с навязчивыми фобиями, например, индивид может болезненно переживать, что мог ненароком нанести урон другому человеку. Нередко сомнения могут касаться возможного нарушения религиозных норм, предписаний и обрядов. В этом случае они переплетаются с контрастными обсессиями.

**Контрастные обсессии или агрессивные обсессии** – это мысли кощунственного содержания, часто сочетающиеся с не оправданной антипатией к родным людям, известным личностям, служителям церкви.

Агрессивные obsessions характеризуются субъективным ощущением чуждости наряду с навязчивыми импульсами. К контрастным obsessions также можно отнести и навязчивости с интимным подтекстом, поскольку их содержание, как правило, касается запрещенных представлений о различных извращенных видах половых актов.

К *навязчивым фобиям* можно отнести всевозможные страхи, опасения среди которых наиболее распространенными считаются:

- ипохондрические фобии (нозофобии), то есть боязнь заболеть неизлечимым недугом, таким как рак, СПИД, часто встречается страх возникновения инфаркта либо инсульта;
- изолированные фобии, то есть страхи, ограниченные конкретной ситуацией, например, боязнь высоты, домашних животных, стоматолога;
- мизофобия или навязчивый страх загрязнения;
- боязнь всего или панфобия;
- фобофобия, то есть навязчивая боязнь появления страха.

Фобии часто порождают компульсии, которые приобретают черты защитных ритуалов. Люди убеждены, что такие ритуальные действия способны предотвратить негативное событие. Ритуальное поведение может включать психическую деятельность (например, повторение определенных слов) и повторяющиеся действия (например, при мизофобии постоянное мытье рук). Некоторые ритуальные деяния не связаны с фобиями, но, если у человека не получилось воспроизвести определенное действие необходимое количество раз, ему придется начать все заново вследствие непреодолимой потребности совершить такое действие.

***Навязчивые воспоминания*** представляют собой воспоминания о постыдных или неприятных событиях, сопровождающихся ощущением сожаления либо раскаяния. Особо среди obsessions следует выделить действия навязчивого характера, которые обнаруживаются в виде обособленных двигательных нарушений. В детском возрасте такими действиями являются тики, которые в процессе развития могут приобрести вид утрированных движений,

напоминающих карикатуру на обычные жесты. Нередко наблюдается воспроизведение патологических привычных действий, например, скрежетание зубами, сплевывание, кусание губ. Эти проявления отличаются отсутствием ощущения их навязчивости и чуждости.

### **Клинический пример**

*Ребенок 14 лет направлен участковым врачом психиатром на стационарное лечение в ПНД с жалобами на трудности в обучении, неусидчивость, нецелесообразные движения и действия – поглаживает под носом перед тем как ставит предметы на стол, постукивает по столу, поворачивается вокруг своей оси перед тем как открыть дверь, хмыкает, пищит когда ему что – то нравится, постоянно моет руки.*

***Анамнез заболевания.** С 7 лет на уроках неусидчив, мешал другим работать. Во втором классе стал надувать щеки, издавал протяжный звук «У», затем пищал, приседал на месте, поворачивался на месте вокруг себя. С первого класса был выведен на домашнее обучение. С 5 класса вернулся в школу. Каждый 6 месяцев проходил лечение в областной детской больнице №1 с диагнозом хроническое тикозное расстройство. После стационарного лечения вышеописанные жалобы уменьшались. Но в связи с тем, что тики сохранялись, впервые обратились к психиатру в 2010 году с жалобами на трудности в обучении, упрям, отказывается писать, с 7 лет наблюдаются произвольные движения мимических мышц, издает звуки, совершает движения плечами, верхней половиной туловища. В течение последних трех лет к психиатру не обращался, проходил лечение у невропатологов.*

*В 2016 году обратился с жалобами на нецелесообразные движения и действия – поглаживает под носом перед тем как ставит предметы на стол, постукивает по столу, поворачивается вокруг своей оси перед тем как открыть дверь, хмыкает, пищит когда ему что-то нравится, постоянно моет руки. В связи с таким поведением вновь выведен на домашнее обучение.*



**Анамнез жизни.** Мать не работает. С отцом 5 лет в разводе. Отец злоупотреблял алкоголем, в семье устраивал скандалы, не приносил денег в семью. В семье двое детей. Ребенок от первой беременности с анемией, низким АД. Роды затяжные, с помощью выдавливания. Родился весом 2700г, закричал сразу. Из роддома выписан в областную детскую больницу с нарушением мозгового кровообращения 3 степени с гипоксически – травматическим поражением ЦНС, конъюгационной желтухой. В раннем развитии не отставал. Сел в 6 месяцев, ходит с 12 месяцев, первые слова в год, фразы – на 2 году. Болел ОРВИ, перенес ветрянную оспу. Прививки получил по плану. С двух лет посещал детский сад. Отличался излишней подвижностью, на месте не сидел. Любит кататься на велосипеде, смотреть телевизор.

**Психический статус.** Внешне формально опрятен. Двигательно активен, непоседлив, ерзает на стуле, поднимается, вновь садится. В контакт вступает охотно, сразу, сообщает сведения о себе и родных. Речь фразовая, с заиканием, словарный запас ограничен, дизартричен. Не сосчитывает насколько лет мать старше его. Таблицу умножения не знает, временные понятия неполные, не знает сколько часов в сутках. Домашних и диких животных не различает. Дает простые бытовые обобщения. Сообщает, что крутится перед тем, как открыть дверь, стучит по столу перед тем как начать есть или что-то делать. Говорит: «если не совершу эти действия, то испытываю неприятные ощущения в животе». На момент осмотра активная психопродуктивная симптоматика не выявляется. Критика к своему состоянию формальная.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей.

**Неврологический статус.** Зрачки D = S. Реакция зрачков на свет положительная. Глазные щели D = S. Лицо симметричное. Легкая девиация языка вправо. Парезы, параличи отсутствуют. В позе Ромберга устойчив.

Координационные пробы выполняет с интенцией. Менингеальных знаков нет. Очаговой неврологической симптоматики не наблюдается.

**Клинический диагноз.** *Обсессивно–компульсивное расстройство.*

**Рекомендации по лечению.**

*Таб. Risperidoni 1 мг, внутрь по 1/2 таб 2 p/d*

*Таб. Sertralini 50 мг, по 1 таб 1 p/d*

*Капс. Acidi aminophenylbutyrici 250 мг, по 1 капс 3 p/d*

### **Клинический пример.**

*Женщина 39 лет направлена участковым психиатром на стационарное лечение в ПНД с жалобами на беспричинную тревогу, внутреннее напряжение, навязчивые действия – множество раз открывает, закрывает дверь при выходе из дома, включает, выключает свет перед сном.*

**Анамнез заболевания.** *Считает себя больной в течение года, когда на фоне чрезмерной психо – эмоциональной нагрузки (смерть матери) появилась вышеописанная симптоматика. Обращалась за помощью к неврологу, получала лечение препаратами Tofisopami, Acidi aminophenylbutyrici без положительной динамики. Обратилась к участковому психиатру, после чего была направлена на стационарное лечение в ПНД.*

**Анамнез жизни.** *Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в г. Борисоглебск. Беременность и роды у матери протекали без патологии, раннее развитие без особенностей. В школу пошла с 6 лет. Училась хорошо. После 11 класса поступила в ВГУ. Образование – высшее. Работала нотариусом. В настоящий момент проживает с мужем и ребенком. жилищно – бытовые условия удовлетворительные. По характеру описывает себя как жизнерадостного и веселого человека до смерти матери.*

**Перенесенные заболевания:** *ОРВИ, краснуха, ветряная оспа. Аллергологический анамнез не отягощен. Черепно–мозговых травм не имела.*

*Наличие гепатита, туберкулеза, ВИЧ отрицает. Вредные привычки отсутствуют.*

***Психический статус.*** Двигательно спокойна. Внешне напряжена. Опрятна. Продуктивному контакту доступна. Ориентирована полностью. В беседе активна. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту и полученному образованию. Эмоционально лабильна. Настроение умеренно снижено. Беспричинная тревога, внутреннее напряжение. Навязчивые действия – при входе в кабинет, несколько раз закрывает, открывает дверь. Критика к своему состоянию адекватная. Сон удовлетворительный.

***Данные объективного обследования.*** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

***Клинический диагноз.*** Обсессивно–компульсивное расстройство.

***Рекомендации по лечению***

*Таб. Sertralini 100мг, по 1 таб. 1 р/д*

*Таб. Flupentixoli 1мг, по 1 таб 2 р/д утро, обед*

*Таб. Hydroxyzini 25 мг, по ½ таб 3 р/д*

## **29.ДИССОЦИАТИВНОЕ (КОНВЕРСИОННОЕ) РАССТРОЙСТВО.**

Клиническая картина диссоциативных и конверсионных расстройств проявляется соматическими и психическими симптомами. Соматические симптомы (часто напоминают неврологическое заболевание) характеризуются внезапным и временным изменением или утратой какой – либо функции тела в результате психологического конфликта (например, психогенный паралич). Психические симптомы также тесно связаны с психологическим конфликтом и характеризуются внезапностью появления и обратимостью.

Конверсия в данном случае означает замещение (конверсию) тревоги соматическими симптомами, которые часто напоминают неврологическое заболевание (например, психогенный паралич). Диссоциация означает происхождение симптомов от недостаточного взаимодействия между различными психическими функциями и проявляется симптомами психических нарушений (например, психогенная амнезия). Диссоциативные (конверсионные) расстройства проявляются прежде всего симптомами соматических и психических нарушений, обусловленными бессознательными психологическими механизмами. Соматические симптомы при этом расстройстве часто схожи с симптомами неврологических заболеваний. Психические симптомы легко принять за проявление другого психического расстройства, например, диссоциативный ступор, который наблюдают также при депрессии и шизофрении. Диссоциативные (конверсионные) расстройства не обусловлены соматическими, неврологическими заболеваниями, воздействием ПАВ, не является частью другого психического расстройства.

Исключение соматического заболевания и другого психического расстройства – главное условие для диагностики диссоциативных (конверсионных) расстройств.

Существуют две основные проблемы при диагностике этих расстройств.

1. На начальном этапе заболевания практически невозможно полное исключение соматической патологии, способной вызвать диссоциативные (конверсионные) симптомы. Часто необходимо длительное наблюдение за пациентом, проведение многочисленных диагностических процедур (например, МРТ для исключения опухоли головного мозга), чтобы выставить этот диагноз. Во всех сомнительных случаях лучше остановиться на предварительном диагнозе диссоциативного (конверсионного) расстройства, чтобы не пропустить тяжёлое соматическое заболевание.

2. Во многих случаях трудно определить являются ли симптомы расстройства бессознательными, или сознательными и намеренными (умышленное воспроизведение симптомов в психиатрии называется симуляцией). В большинстве случаев симуляцию наблюдают у находящихся под следствием, заключённых тюрем, солдат срочной службы, а также во время призыва в армию. Больные с диссоциативным (конверсионным) расстройством часто сознательно и умышленно преувеличивают бессознательные симптомы своего заболевания. Тем не менее, при диагностике этого расстройства подразумевают существование бессознательного компонента в происхождении симптомов.

### **Основные клинические особенности**

- *Диссоциативные (конверсионные) симптомы* не являются по сути умышленными и преднамеренными, тем не менее они формируются под влиянием представления больного о том, как должно было бы проявляться физическое заболевание. Как было указано выше, больные диссоциативным (конверсионным) расстройством нередко сознательно и преднамеренно преувеличивают свои симптомы, однако в основе заболевания всегда лежат бессознательные и непреднамеренные психические механизмы. Больные этим расстройством не осознают, какая психологическая основа обуславливает их нарушения, поэтому они не могут управлять ими произвольно. Кроме того, совершенно очевидно, что диссоциативные

(конверсионные) симптомы – выражение эмоционального конфликта, то есть симптомы, как правило, развиваются в тесной связи с психологическим стрессом и часто проявляются внезапно.

- ***Отсутствие органического этиологического фактора.*** Наличие в настоящем или прошлом истинных неврологических нарушений или системных заболеваний, влияющих на ЦНС, отмечают у 40% больных диссоциативным (конверсионным) расстройством. Диссоциативные и конверсионные симптомы иногда трудно отличить от соматического или неврологического заболевания, что особенно характерно для пациентов, хорошо информированных о клинической картине и течении этих заболеваний. Но при медицинском осмотре и обследовании пациента не выявляют каких – либо явных соматических или неврологических нарушений. Следует помнить, что диагноз диссоциативного (конверсионного) расстройства устанавливают только при отсутствии физических или неврологических нарушений или при отсутствии этиологической связи с этими нарушениями.

- ***Несоответствие клинической картины диссоциативного (конверсионного) расстройства*** клинической картине схожих соматических и неврологических заболеваний. Диссоциативные (конверсионные) проявления не соответствуют симптомам истинных неврологических расстройств, отражая наивные представления больных об анатомической иннервации (например, характерная анестезия конечности; гемианестезия с границей чувствительности, проходящей точно по срединной линии). Это несоответствие крайне важно при уточнении диагноза.

- ***Идентификация.*** Больные часто бессознательно копируют симптоматические проявления, наблюдаемые ими у окружающих, которые для пациентов крайне значимы, например у родителей. Таким образом пациенты как бы идентифицируют себя с этими людьми. Типичны случаи когда, например, после смерти отца у взрослой дочери развивается

диссоциативный паралич, схожий по клинической картине с таковым, наблюдавшимся у отца перед смертью.

- **Первичная выгода** заключается в том, что при помощи процессов диссоциации и конверсии больному подсознательно удаётся избежать внутренних психологических конфликтов; например при диссоциативной амнезии из памяти пациента выпадают наиболее неприятные события.

- **Вторичная (социальная) выгода** заключается в том, что больные получают существенные преимущества в результате своей болезни. Больным удаётся избежать обязательных и трудных житейских ситуаций, потому что им всё прощается; со стороны окружающих они получают помощь, поддержку и внимание, которые без этого не получили бы; пациенты, используя своё состояние, могут манипулировать чувствами других людей. Например, диссоциативный паралич помогает пациенту отказаться от нежелательного для него ухода за пожилым родственником. У пациента обычно отсутствует адекватное осознание вторичной выгоды. Несмотря на характерность вторичной выгоды для диссоциативных и конверсионных расстройств, она не может быть использована при постановке диагноза.

*Различают двигательные, сенсорные диссоциативные расстройства и диссоциативные расстройства с психическими симптомами.*

К двигательным нарушениям при диссоциативном (конверсионном) расстройстве относят ступор, паралич, нарушения походки, тремор и тики, афония и мутизм, судороги.

- **Диссоциативный ступор.** Поведение больного соответствует критериям ступора: резко уменьшаются или отсутствуют произвольные движения и реакции на внешние стимулы (например, свет, шум, прикосновение). Больной длительное время неподвижен, отсутствуют речь и спонтанные и целенаправленные движения.

- **Диссоциативный паралич** проявляется в невозможности совершать движения какой – либо частью тела. Паралич вызван

одновременным сокращением мышц сгибателей и мышц разгибателей (которые не парализованы). Паралич может охватывать одну, две или все четыре конечности, хотя распространение поражения не соответствует иннервации. Рефлексы не изменены, отсутствуют патологические рефлексы; фасцикуляции, признаки мышечной атрофии, изменения тонуса; на электромиограмме не обнаруживают патологических изменений.

➤ **Диссоциативные нарушения походки.** Походка некоординированная, атаксическая, шатающаяся и сопровождается выраженными, нерегулярными, дёргающимися движениями корпуса, а также беспорядочными движениями и размахиванием рук. Больные с диссоциативными нарушениями походки падают редко, а если падают, то обычно не получают повреждений. Нарушения походки усиливаются, когда на больного окружающие обращают внимание.

➤ **Диссоциативный тремор** часто бывает грубого характера и распространяется на всю конечность. Диссоциативный тремор усиливается при привлечении внимания к больному. При диссоциативном расстройстве также наблюдают и диссоциативные тики. При появлении у больного тремора и тиков необходимо исключить неврологическое заболевание, так как хореоатетоидные движения органической этиологии легко ошибочно принять за психогенные симптомы.

➤ **Диссоциативные афония и мутизм** не сопровождаются заболеваниями полости рта, голосовых связок.

➤ **Диссоциативные судороги** необходимо дифференцировать от истинных эпилептических припадков. При диссоциативных судорогах больные не теряют сознания во время приступа и сохраняют память на события этого периода; не характерна стереотипность движений. Больные с диссоциативными судорогами редко ударяются головой во время падения; судорожные движения театральны и всегда возникают в присутствии других лиц; при диссоциативных судорогах не наблюдают цианоза, произвольных мочеиспускания и дефекации, прикуса языка. В большинстве случаев



отсутствует пароксизмальная активность на ЭЭГ (необходимо учесть, что у 10–15% взрослого населения наблюдают отклонения на ЭЭГ).

*К сенсорным диссоциативным нарушениям относят гиперестезию, парестезию, анестезию, слепоту, глухоту и туннельное зрение. Основные отличия этих расстройств от органических заболеваний заключаются в том, что их распространённость не соответствует иннервации, степень выраженности этих нарушений изменчива, симптомы расстройства могут уменьшаться при внушении и самовнушении.*

➤ ***Анестезия, парестезия и гиперестезия*** при диссоциативном (конверсионном) расстройстве не соответствуют иннервации; симптомы чаще отмечают в конечностях. Парестезии и гиперестезии больными описываются, как правило, чувством боли или жжения. Например, можно наблюдать характерную парестезию конечностей по типу «чулок» и «носков»; гемианестезию с границей чувствительности, проходящей точно по срединной линии.

➤ ***Диссоциативные глухота, слепота и туннельное зрение.*** Эти симптомы могут быть унилатеральными или билатеральными. Однако при неврологическом осмотре обнаруживают сохранность сенсорных путей. При конверсивной слепоте, например, больные могут передвигаться без посторонней помощи, зрачки хорошо реагируют на свет.

#### ***Диссоциативные расстройства с психическими симптомами.***

➤ ***Диссоциативная амнезия (психогенная амнезия)*** – внезапная потеря больным памяти, обусловленная стрессом или травмирующим событием. Под влиянием психотравмирующей ситуации «выпадает», «вытесняется» из памяти всё, что с ней связано. Иногда больной временно забывает не только какой – то эпизод или отдельные события, но и всю свою жизнь вплоть до собственных имени и фамилии. Сознание больного не нарушено, он осознаёт потерю памяти, сохранена способность к усвоению новой информации. В период амнестического эпизода пациент может

выглядеть дезориентированным, спутанным, бесцельно блуждающим, не узнавать хорошо ему знакомые лица. Иногда внешне пациент может сохранять привычное поведение и удовлетворительно выполнять какую – либо повседневную деятельность. Амнезия может приносить пациенту как первичную (например, утрата памяти о смерти близких), так и вторичную выгоду (например, удаление солдата в состоянии амнезии из зоны боевых действий). Диссоциативные амнезии обычно недлительны и кончаются полным восстановлением памяти. Расстройство обычно наблюдают во время войны или стихийного бедствия, чаще у молодых женщин.

➤ **Диссоциативная fuga** (психогенная реакция бегства, диссоциативная реакция бегства) характеризуется неожиданно совершаемой человеком поездкой или даже путешествием в состоянии, соответствующем диссоциативной амнезии. В отличие от психогенной амнезии, больной во время эпизода фуги не осознает расстройства памяти и внешне не выглядит дезориентированным. Пациент может считать себя совершенно другим человеком и заниматься совсем другим делом. Длительность фуги обычно составляет несколько часов/дней. Редкие случаи могут затягиваться на несколько месяцев, за которые иногда больной успеваает проехать тысячи километров. Завершение эпизода, как и начало, происходит внезапно, часто на выходе из ночного сна. Характерна последующая частичная или полная потеря памяти на своё прошлое, во многих случаях без осознания этой потери.

➤ **Диссоциативный ступор** (истерический ступор, психогенный ступор, псевдокататонический ступор, эмоциональный ступор) также имеет психогенное происхождение; проявляется выраженной психомоторной заторможенностью, сопровождающейся мутизмом, выраженным аффективным напряжением. Мимика – выразительная, отражает аффект (страдание, отчаяние, злоба). При напоминании о психологической травме у пациентов учащается пульс, на глаза наворачиваются слёзы, вздрагивают веки и крылья носа. Характерна сохранность нормального мышечного

тонуса, дыхания, способности самостоятельно поддержать вертикальное положение тела.

➤ **Синдром Ганзера** – редкое состояние, при котором диссоциативное нарушение памяти сопровождается психогенными соматическими симптомами, зрительными галлюцинациями и сумеречным помрачением сознания. Расстройство чаще регистрируют у мужчин, особенно среди заключённых. При синдроме Ганзера иногда наблюдают мимоговорение (миморечь) – неправильные ответы на простые вопросы (на вопрос «Сколько будет дважды семь?» больной отвечает «Пятнадцать»).

➤ **Расстройство в форме множественной личности** (диссоциативное расстройство идентификации) – исключительно редкое состояние, при котором происходит идентификация человека с несколькими личностями, которые как бы существуют в нём одном; каждая из них периодически доминирует, определяя его взгляды, поведение и отношение к самому себе так, как если бы другие личности отсутствовали. Различные личности могут иметь разные физиологические характеристики, например им нужны разные рецепты на очки; возможны разные ответы на психометрическое тестирование, например различные личности могут иметь разный IQ. Личности могут принадлежать к разному полу, иметь разный возраст и относиться к различным национальностям, у каждой из них обычно есть своё имя или описание. В период преобладания одной из личностей пациент не помнит своей исходной личности и не осознаёт существования других личностей. Имеется тенденция к внезапному переходу от доминирования одной личности к доминированию другой.

➤ **Диссоциативное расстройство в виде транса.** Расстройство сознания со значительным снижением способности реагировать на внешние раздражители. Состояние транса наблюдают у медиумов во время спиритических сеансов, у лёгчиков во время длительных перелётов вследствие монотонности движения при высоких скоростях и однообразия

зрительных впечатлений, что может привести к авиакатастрофам. У детей такие состояния могут наступать после физического насилия или травмы.

### **Клинический пример**

*Женщина 52 лет направлена участковым врачом–психиатром на стационарное лечение в ПНД с жалобами на слабость, головокружение, тревогу за здоровье, на «периодическое отказывание ног», плохой сон.*

***Анамнез заболевания.** Считает себя больной с сентября прошлого года, когда на фоне чрезмерной психоэмоциональной нагрузки (измена мужа), впервые начали появляться приступы выраженной слабости в ногах, тревога за здоровье. После прекращения приступа состояние улучшалось в течение нескольких дней. Обращалась за помощью к неврологу, получала лечение препаратами: мексидол, аксамон, вазобрал без положительной динамики. По настоянию родственников пришла на прием к участковому врачу психиатру, после чего была направлена на стационарное лечение.*

***Анамнез жизни.** Со слов больной, родители и близкие родственники психически здоровы. Наличие среди родственников случаев самоубийств отрицает. Родилась в 1975 году, о состоянии здоровья матери во время беременности и течении родов больная не знает. Развивалась без особенностей. Снохождения, ночные страхи, энурез в детстве отрицает. Была общительным ребенком, имела множество друзей. Окончила среднюю школу, училась «нормально». Пубертатный возраст без особенностей. После окончания школы работала сначала на РГПЗ на «секретной должности», потом перешла работать на Радиозавод монтажницей, где проработала около 20 лет, в 2002 году получила 2 группу инвалидности по неврологическому заболеванию.*

*Половой анамнез: месячные с 10 лет. Начало половой жизни с 21 года (первый брак), со слов больной сексом с мужем занималась (до госпитализации) регулярно, нарушений в сексуальной сфере нет, менопауза с 2001 года. Беременностей 4, родов 3 (все путем кесарева сечения), 1*

*выкидыши. 1 беременность в 1987 – родилась здоровая девочка, 2–в 1993–ребенок скончался в недельном возрасте, 3–в 1995–родилась девочка, со слов больной в настоящее время «учится в классе коррекции».*

*Семейный анамнез: первый брак в 21 год, по любви, имеет от него дочь 16 лет, брак распался из-за «пьянства мужа», в настоящее время замужем 2 раз, отношения с мужем напряженные, часто скандалы «из – за детей», от второго мужа имеет дочь 8 лет. Со слов больной детей она любит, жалеет, заступает за них перед мужем. Проживают в двухкомнатной квартире вместе с мужем и детьми, социально – бытовые условия удовлетворительные, финансовое положение неустойчиво, хозяйство ведет в основном старшая дочь.*

*Перенесенные заболевания: в 1980 году травма грудной клетки в результате падения с мопеда («плевру зашивали»), в 1987 ЧМТ (в результате удара об стену), ОРВИ, 1991 году болезнь Боткина. Больная длительное время обследовалась и лечилась у невропатологов, ставился то диагноз гипоматоза, джексоновской эпилепсии, то паркинсонизма. Со слов больной, в 1987 и 1993 наблюдалась полная парализация (тетрапарез), которые «через некоторое время полностью проходили».*

*Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез: аллергия на глюконат кальция, пенициллин, ампициллин в форме крапивницы.*

**Психический статус.** *Контактна, ориентирована в собственной личности, в месте и во времени. Речь косноязычна растянута, голос тихий. Синдромов помрачнения, выключения и сумеречного нарушения сознания во время курации не выявлено. Объем внимания, его устойчивость, распределяемость не нарушены. На момент курации иллюзорных расстройств, обманов восприятия не выявлено.*

*Мышление замедлено. На вопросы отвечает правильно, суждения поверхностны. Бредовых идей не высказывала. Свое состояние крайне тяжелым, прогноз крайне неблагоприятным, считает, что её заболевание обязательно закончится смертью. Интеллект соответствует социальному*

статусу больной. Эмоциональная сфера. Хотя больная жалуется на апатию и снижение настроения, но помимо тревоги за свое здоровье, а также благополучие своих детей (так как считает, что кроме неё позаботится о них некому) других переживаний не выявлено. При разговоре на бытовые темы настроение больной улучшилось, речь стала плавной, на лице появилась улыбка.

Больная манерна, требует к себе повышенного внимания, сидит ссутулившись. Говорит, что боится других пациентов. При появлении мужа симптоматика «паралича» усугублялась. При беседе пыталась изобразить нарушение памяти на прошлые события (неправильно назвала дату собственного рождения, не помнила, в каком году перестала работать), но при более тщательном обследовании нарушений памяти не выявлено. Фиксационных нарушений памяти не выявлено. Больная подробно рассказывает как о прошлом, так и о настоящем, хорошо помнит даже порой незначительные детали.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей.

Неврологический статус. Черепно–мозговая иннервация: зрачки округлой формы, нормальной величины, реакция на свет, конвергенцию и аккомодацию положительная. Асимметрия носогубных складок (сглаженность носогубной складки справа), отклонение языка вправо. Глотание, фонация, зрение, слух, обоняние в норме. Двигательные функции: движения головы, конечностей и туловища в полном объёме. Мышечная сила сохранена. Наблюдаются дрожательные движения, преимущественно в левой руке, при отвлечении дрожь прекращается. На момент курации парезов и параличей не выявлено, судорожных припадков не наблюдалось. Сухожильные, периостальные рефлексы: живые, равномерные. Отмечает снижение тактильной чувствительности преимущественно с правой стороны. Менингеальные симптомы отсутствуют, механическая возбудимость мышц и нервных стволов в пределах нормы. Пальценосовая проба

положительна с правой стороны (демонстративно не попала). В позе Ромберга неустойчива отклоняется влево. Походка типа «заплетания косы», при закрытии глаз падает вправо.

**Клинический диагноз.** Диссоциативное (конверсионное) расстройство.

**Рекомендации по лечению.**

Таб. Hydroxyzini 25 мг, ½ таб 3 p/d

Таб. Sulpiridi 200мг, 1 таб 2 p/d

Таб. Escitaloprami 10 мг 1 таб 1 p/d

### **30.СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА.**

Соматоформные расстройства – группа психогенных заболеваний, характеризующихся физическими патологическими симптомами, напоминающими соматическое заболевание, но при этом не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно было бы отнести к известной в медицине болезни, хотя часто имеются неспецифические функциональные нарушения.

*Среди факторов риска развития соматоформных расстройств выделяют две большие группы: внутренние и внешние.*

*К внутренним факторам* относят врожденные свойства эмоционального реагирования на дистресс любой природы. Эти реакции регулируются подкорковыми центрами. Существует большая группа людей, которая на эмоциональный дистресс реагирует соматическими симптомами.

*К внешним факторам относят:*

- **микросоциальные** – существуют семьи, в которых считают внешние проявления эмоций не заслуживающими внимания, не принятыми, человек с детства приучается к тому, что внимание, любовь, поддержку родителей можно получить, лишь используя «поведение больного»; этот же навык он применяет и во взрослой жизни в ответ на эмоционально значимые стрессовые ситуации;

- **культурно–этнические** – в разных культурах имеются разные традиции проявления эмоций; китайский язык, например, обладает относительно небольшим набором терминов для обозначения различных психоэмоциональных состояний, этому соответствует то, что депрессивные состояния в Китае представлены в большей степени соматовегетативными проявлениями; этому же может способствовать ригидное воспитание в строгих рамках любого религиозного и идеологического фундаментализма, где эмоции не столько плохо вербализуются, сколько осуждается их выражение.

На сегодня в качестве патогенетической теории формирования соматоформных расстройств принято рассматривать нейропсихологическую концепцию, в основе которой лежит предположение о том, что лица с «соматическим языком» имеют низкий порог переносимости физического дискомфорта. То, что одни ощущают как напряженность, при соматоформных расстройствах воспринимается как подобные болевым ощущения. Эта оценка становится условно – рефлексорным подкреплением возникающего порочного круга, мнимо подтверждая мрачные ипохондрические предчувствия больного (рис. 13).



Рисунок 43. Замкнутый круг соматоформного расстройства



В качестве пускового механизма необходимо рассматривать личностно значимые стрессовые ситуации. При этом чаще встречаются не очевидные, такие, как смерть или тяжелая болезнь близких, неприятности на работе, развод, а мелкие неурядицы, хронические стрессовые ситуации дома и на работе, на которые окружающие обращают мало внимания.

Клинические проявления соматоформных расстройств разнообразны. Пациенты обращаются, как правило, в первую очередь к участковым терапевтам, затем, будучи не удовлетворенными отсутствием результатов лечения – к узким специалистам. Однако за всеми этими жалобами стоят нарушения психической сферы, которые могут быть выявлены при тщательном расспросе: сниженное настроение, не достигающее уровня депрессии, упадок физических и умственных сил, кроме того, часто присутствуют раздражительность, чувство внутренней напряженности и неудовлетворенности. Обострение заболевания провоцируется не физической нагрузкой или изменением погодных условий, а эмоционально значимыми стрессовыми ситуациями.

### **Клинический пример.**

*Мужчина 28 лет в сопровождении матери обратился к уч. врачу – психиатру. По направлению врача госпитализирован в ВОКПНД с жалобами на боли в животе, «жжение в глотке», плохое настроение, тревогу, страх за состояние своего здоровья.*

***Анамнез заболевания.** Считает себя больным с осени 2014г., когда обратил внимание на «потемнение кожи половых органов и мошонки», обратился за помощью к дерматологу, после назначенного лечения (мазь, название не помнит) «стало ещё хуже» – стал обращать внимание на «свои вены, которые набухают, краснеют, половой орган потемнел, суставы крутят, сердце стало тише биться, давление поэтому низкое, не слышу сердце, желудок воспалился, т.к. гастрит, весь организм рассыпался». Весной 2015г. вновь ухудшилось состояние – вновь появились слабость «хочу*

в прошлое, когда был здоровым», а теперь и «вены плохие, суставы, сердце бьётся тише, жжёт правую половину мозга, кишечник не работает или стоит, плохо работает». Отмечает апатию, быструю утомляемость, плохой аппетит. Постоянно думает о своём здоровье «заклинило меня на этом, думаю только об этом, не могу принять себя таким», стал раздражительным, плохо спал по ночам, просыпался рано, в голове «были постоянные мысли о своем здоровье», обращался за помощью ко многим врачам, острой патологии не обнаружено.

**Анамнез жизни.** Наследственность психопатологически отягощена эпилепсией дяди по линии отца. Единственный ребенок у матери, родители в разводе, проживает с матерью, холост. Беременность у матери протекала с токсокозом в первом триместре. Родился в 7-ми-месячном возрасте, лечился в отделение недоношенных детей в связи с малым весом (1800г, выписан через месяц с массой 2300г). Раннее развитие – отставал от сверстников «на месяц или два позже сидел, ходил». Наблюдался у детского невролога по месту жительства. Посещал ДДУ. По характеру спокойный, мягкий, мнительный и впечатлительный, имел немного друзей. В школу пошел с 8 лет. Учился плохо, был рассеянным, отвлекаемым. Окончил 9 классов, далее в станкостроительный техникум на платной основе по специальности техник по тех. обслуживанию автомобилей. Окончил в 2004г. В РА не служил в связи с «грудо-поясничным сколиозом, искривлением поясничной части позвоночника». По специальности не работал. Временно работал водителем, слесарем, продавцом. В настоящее время (последний год) не работает. На учете у психиатра и нарколога ранее не состоял.

**Психический статус.** Двигательно спокоен. Внешне опрятен. Продуктивному контакту доступен. Ориентирован полностью. Фон настроения снижен, временами плаксив. Беспокоит общая слабость, повышенная утомляемость, запоры. Сохраняются жалобы на боли в животе, «жжение в глотке», плохое настроение, тревогу, страх за состояние своего здоровья. Фиксирован на своих ощущениях. Продуктивной

*психосимптоматики в виде бреда, галлюцинаций не выявляет, суицидальных тенденций нет. Мышление с элементами стереотипии. Критика снижена.*

***Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.*

***Клинический диагноз.** Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Ипохондрический синдром.*

***Рекомендации по лечению.** Курс психотерапии*

*Таб. Fluvoxamini 100мг, по 1 таб 1р/д вечером*

*Таб. Sulpiridi 200 мг, по 1 таб 2 р/д утро, обед*

*Таб. Hydroxyzini 25 мг, по 1 таб 2 р/д*

## **31.РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ.**

Расстройство приема пищи (нарушение пищевого поведения) – психогенно обусловленный поведенческий синдром, связанный с нарушениями в приёме пищи.

Выделяется несколько видов расстройств приема пищи: *нервная анорексия, атипичная нервная анорексия, нервная булимия, атипичная нервная булимия, переедание, рвота* и другие.

Основные признаки расстройств приема пищи: чрезмерные опасения увеличения веса; значительные усилия по контролю за весом (строгая диета, вызывание рвоты, прием слабительных, избыточные физические упражнения); отрицание субъективной значимости проблемы веса и приема пищи.

### **НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ**

Анорексия – заболевание, в основе которого лежит нервно – психическое расстройство, проявляющееся навязчивым стремлением к похуданию, страхом ожирения. Больные анорексией прибегают к потере веса с помощью диет, голодания, изнурительных физических упражнений, промывания желудка, клизм, вызова рвоты после еды. При анорексии наблюдается прогрессирующее снижение веса, нарушение сна, депрессия, возникает чувство вины при приеме пищи и голодании, неадекватная оценка своего веса. Следствие заболевания – нарушение менструального цикла, мышечные спазмы, бледность кожи, ощущение холода, слабость, аритмия. В тяжелых случаях – необратимые изменения в организме и летальный исход.

Высокая опасность анорексии заключается в специфических особенностях заболевания.

Анорексия – заболевание с высокой смертностью – погибает до 20% от общего числа больных. Причем, более половины смертных случаев являются следствием самоубийства, причиной же естественной смерти анорексика в основном становится сердечная недостаточность вследствие общего

истощения организма. Практически 15% женщин, увлекшихся диетами и похудением, доводят себя до развития навязчивого состояния и анорексии, большинство анорексиков – подростки и молодые девушки. Анорексия и булимия – бич профессиональных моделей, этими заболеваниями страдает 72% девушек, работающих на подиуме.

Анорексия может стать следствием приема определенных лекарственных препаратов, особенно в избыточных дозировках. Подобно алкоголикам и наркоманам, больные анорексией не признают наличие у себя каких-либо нарушений и не воспринимают серьезность своего заболевания.

Поведение при нервной анорексии может быть двух типов (причем один и тот же человек может действовать обоими способами в разные моменты времени):

- волевое, строгое соблюдение диет, постов, разного рода методик голодания;
- на фоне попыток регулировать питание случаются приступы неконтролируемого переедания (булимии) с последующим стимулированием очищения (рвота, клизмы).

Как правило, практикуется избыточная физическая нагрузка вплоть до тех пор, пока не разовьется мышечная слабость.

### **Симптомы нервной анорексии.**

#### ***Проявления со стороны пищевого поведения:***

- навязчивое желание похудеть, несмотря на недостаточность (или соответствие норме) веса;
- фатфобия (навязчивая боязнь лишнего веса, полноты);
- навязчивые идеи, связанные с едой, фанатичный подсчет калорий, сужение интересов и фокусировка их на вопросах похудения;
- регулярный отказ от еды, мотивируемый отсутствием аппетита или недавним принятием пищи, ограничение её количества (аргумент – «я уже сыт(а)»);

- превращение приемов пищи в ритуал, особо тщательное пережевывание (иногда проглатывание не жуя), сервировка маленькими порциями, нарезка мелкими кусочками;
- избегание мероприятий, связанных с приемом пищи, психологический дискомфорт после еды.

#### *Другие поведенческие признаки:*

- стремление к повышенной физической нагрузке, раздражение, если не получается выполнить упражнения с перегрузкой;
- предпочтительный выбор просторной мешковатой одежды (чтобы скрыть свой мнимый лишний вес);
- жесткий, фанатичный, не способный к гибкости тип мышления, агрессивность в отстаивании своих убеждений;
- склонность к избеганию общества, уединению.

#### Психическое состояние:

- угнетенное состояние психики, депрессии, апатии, снижение способности к сосредоточению, работоспособности, уход в себя, заикленность на своих проблемах, недовольство собой, своей внешностью и своими успехами в похудении;
- часто – психологическая лабильность, нарушения сна;
- ощущение утраты контроля над своей жизнью, неспособности к активной деятельности, тщетности усилий;
- анорексик не считает, что он болен, отказывается от необходимости лечения, упорствует в отказе от пищи;

#### *Физиологические проявления*

- масса тела значительно (более 30%) ниже возрастной нормы;
- слабость, головокружение, склонность к частым обморокам;
- рост тонких и мягких пушковых волос на теле;
- снижение сексуальной активности, у женщин расстройство менструального цикла вплоть до аменореи и ановуляции;

- слабое кровообращение и, как следствие, постоянное чувство холода.

Результатом длительного отсутствия поступления в организм необходимых питательных веществ становится дистрофия, а затем кахексия – физиологическое состояние, характеризующееся выраженным истощением организма (рис. 44).



Рисунок 3 Последствия нервной анорексии

Симптомы кахексии: брадикардия (замедленный сердечный ритм) и выраженная гипотония, бледность кожных покровов с апикальным цианозом

(посинение пальцев, кончика носа), гипотермия, руки и ноги холодные на ощупь, склонны к повышенной чувствительности к низкой температуре.

### **Клинический пример.**

*Девушка 17 лет направлена участковым врачом психиатром на стационарное лечение в ПНД с жалобами на навязчивые негативные мысли о своем внешнем виде (боится поправиться), снижение аппетита, раздражительность, сниженное настроение.*

***Анамнез заболевания.** Считает себя больной в течение 3-х лет, когда резко за 3 месяца похудела на 30 кг. В школе дразнили «толстой», много кушала. Стала пить слабительные, вызывать рвоту после еды. Обещала матери этого не делать, но продолжала вызывать у себя рвоту. Стала раздражительной, выпадали волосы, путался месячный цикл. Самостоятельно обратилась за помощью к участковому врачу-психиатру.*

***Анамнез жизни.** Наследственность психопатологически не отягощена. Вторая из 3-х детей в семье. Старшая сестра трагически погибла. Роды у матери протекали без особенностей. Развивалась соответственно возрасту. По характеру общительна, добрая. ДДУ посещала мало. Воспитывалась матерью, бабушкой по линии отца. Проживает с матерью, сестрой 10 лет. В школу пошла с 6 лет. Училась средне. Окончила 11 классов. В настоящее время учится заочно на 1 курсе института. С 5 класса жила и воспитывалась у бабушки. Часто принимала различные таблетки (но-шпа, слабительные, давала бабушка). ЧМТ, ТВС, ВИЧ инфекции, малярию, вирусный гепатит, онко, вен. заболевания отрицает. Дисфункцию кишечника за последние 3 недели отрицает. Аллергический анамнез не отягощен.*

***Психический статус.** Внешне опрятна. Охотно вступает в беседу. Пытается представить себя с лучшей стороны. В отделении адаптировалась быстро. На фоне лечения состояние улучшилось: уменьшилась раздражительность, не наблюдались приступы переедания и*



вызывания у себя рвоты, улучшился фон настроения. Общается с девочками своего возраста, включается в трудотерапию. О своем состоянии сообщает: «Все отлично, я не передаю, вот съела немного печенья, остальным девочек угостила» поясняет: «Есть еще страх, что я сильно поправлюсь.., но стараюсь контролировать аппетит.., не переесть..» В течении дня читает. Эмоционально достаточно адекватна. Память, интеллект в пределах нормы. Часто навещается родными. Суицидальные мысли отрицает. Бредовых идей активно не высказывает. Обманов восприятия не обнаруживает. Сон и аппетит достаточные. Критика к состоянию имеется.

#### **Данные объективного обследования.**

*Соматический статус:* отмечается недостаточное развитие подкожно–жирового слоя. *Неврологический статус* без особенностей.

**Клинический диагноз.** *Нервная анорексия. Текущий депрессивный эпизод средней степени тяжести.*

#### **Рекомендации по лечению.**

*Курсы психотерапии*

*Таб. Mirtazapini 30 мг, по 1 таб 1 р/д*

*Таб. Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 1 мг, по ½ таб 2 р/д*

#### **Клинический пример.**

*Девушка 24 лет обратилась за помощью в ПНД с жалобами на сниженное настроение, апатию, общую слабость, негативные навязчивые мысли о собственном весе, страх набрать вес.*

**Анамнез заболевания.** *В 14 лет пациентка начала проявлять интерес к различным диетам, исключать определенные продукты из своего питания – сладкие продукты, хлебобулочные, продукты, содержащие, по ее мнению, большое количество жиров. Изменила режим приема пищи – снизила объем пищи, принимаемой в вечернее время, иногда исключала ужин. При этом отмечалось снижение веса на 4–5 кг за период в 3 месяца. Данные изменения*

были отмечены родителями и самой пациенткой позитивно. Далее пациентка также придерживалась ограничительного плана питания, использовала метод раздельного питания, делала расчеты калорийности своего рациона. По ее плану калорийность не должна была превышать 1000 ккал/сут.

Спустя девять месяцев после использования подобного питания впервые произошел эпизод компульсивного переедания, после чего пациенткой была вызвана рвота. В дальнейшем такие эпизоды неоднократно повторялись.

В возрасте 15 лет пациентка ужесточила свою диету. Она вела пищевые дневники, делала расчеты калорийности рациона и составляла графики снижения веса. На тот момент вес снизился на 10 кг от исходного (исходный вес был 55–56 кг).

В дальнейшем, когда снижение веса было критичным (вес составлял 38 кг) и ситуация стала вызывать опасения у родителей, пациентка неоднократно проходила лечение у психологов и психотерапевтов. Значительных результатов это не давало, так как на тот момент пациентка не отдавала себе отчета в серьезности сложившейся ситуации.

В возрасте 16 лет пациентка в течение 1 месяца проходила лечение в детской психиатрической больнице. На этот момент вес был 40 кг. После лечения прибавка в весе составила 4 кг. В течение последнего месяца отмечает возникновение страха поправиться, появление негативных навязчивых мыслей о собственной фигуре.

**Анамнез жизни.** Пациентка выросла в семье, состоящей из четырех человек – отца, матери, младшей сестры. Роды у матери протекали без особенностей. Раннее развитие соответствовало возрасту. Отец деспотичен, предъявлял повышенные требования к членам семьи. Между отцом и матерью часто были ссоры, при которых присутствовала пациентка. Нередко в ходе ссоры отец использовал физическую силу против матери. Со слов пациентки, несколько раз она слышала упреки в свой адрес по поводу лишнего веса. В возрасте 19 лет нарушение цикла в связи с

*настоящим заболеванием. Пациентка получает высшее образование, 2 дня в неделю работает по 10 часов в день. Наследственность по психическим заболеваниям отягощена – отец страдает алкоголизмом.*

**Психический статус.** *Двигательно спокойна. Внешне опрятна. Продуктивному контакту доступна. На вопросы отвечает в плане заданного. Ориентирована полностью. В беседе активна, речь обычного темпа, внятная. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту и полученному образованию. Эмоционально лабильна. Настроение снижено. Апатия. Ощущение внутреннего напряжения, волнения. Страх поправиться. Навязчивые мысли о собственном весе. Бредовых идей активно не высказывает. Обманов восприятия не обнаруживает. Критика адекватная. Сон удовлетворительный, аппетит снижен.*

**Данные объективного обследования.** *Соматический статус: отмечается недостаточное развитие подкожно–жирового слоя.*

*Неврологический статус без особенностей.*

**Клинический диагноз.** *Нервная анорексия. Текущий депрессивный эпизод средней степени тяжести.*

**Рекомендации по лечению.**

*Таб. Carbamazepini 200мг, по ½ таб 2 р/д*

*Таб. Sertralini 100мг, по 1 таб 1 р/д*

*Таб. Risperidoni 1 мг, по 1 таб 2 р/д*

## **НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ**

К расстройствам пищевого поведения в первую очередь относятся: нервная анорексия, нервная булимия и расстройство питания в виде обжорства (неконтролируемое переедание). И хотя анорексия, булимия и компульсивное переедание рассматриваются в известной степени отдельно друг от друга, многие проблемы взаимно пересекаются. Поэтому каждому, кто сталкивается с ними будет полезно ознакомиться со всеми тремя

нарушениями. Кроме того, одни и те же люди в разные периоды своей жизни страдают разными нарушениями питания.

***Нервная булимия*** – это периодические или частые колебания веса, с периодами неконтролируемых приступов обжорства и следующими за ними формами чисток, таких как произвольное вызывание рвоты, злоупотребление слабительными, чрезмерные физические нагрузки или голодания. Главная задача подобных чисток заключается в освобождении тела от нежелательных калорий. Любой из этих методов вреден для здоровья и непродуктивен.

Булимия встречается намного чаще, чем анорексия. Но ее гораздо труднее распознать. Если страдающие анорексией нередко становятся настолько худыми, что не могут скрыть свое заболевание от окружающих, то у большинства страдающих булимией нормальные объемы тела и нормальный вес. Поэтому они могут держать свою болезнь в тайне многие годы, никому о ней не рассказывая, может быть только одному – двум членам семьи или самому близкому и надежному другу. И в этом еще одна трагедия этого тяжелого расстройства.

В основную группу риска входят молодые женщины от 13 до 35 лет. Наибольший пик развития и клинических проявлений болезни приходится на 15–16 лет, 22–25 лет, 27–28 лет. Кроме того, растет количество людей обоего пола с различными легкими формами этого расстройства, они находятся на опасной границе развития клинически выраженной нервной булимии.

Большинство страдающих булимией не могут вырваться из порочного круга обжорства и освобождения от съеденного. Булимия – это очень мучительно. Чувство насыщения исчезает, исчезает и контроль над количеством съедаемой пищи – начав есть, человек не может остановиться. Бывает, человек заглатывает в бешеном темпе огромное количество продуктов. Но, независимо от количества съеденного, укоряет себя в том, что не должен был этого делать. Понимая, что с ним творится что – то неладное, булимик, поглощая очередную порцию, утешает себя тем, что с понедельника он уж точно начнет новую жизнь. Однако этот понедельник

так и не наступает. В результате возникает ощущение неспособности контролировать себя (рис. 45).



Рисунок 4. Причины булимии

«Пускаясь в разгул», такой человек отдаёт предпочтения сладостям и другим высококалорийным продуктам, которые, как обычно считается, ведут к полноте. Нередко желание поесть является реакцией на подавленность, самообвинение, старательное соблюдение диеты или просто скуку.

Подобные разгулы приводят к отчаянным попыткам избавиться от съеденного и предотвратить увеличение веса. Чтобы освободить организм от

нежелательной пищи, применяют различные очистительные процедуры. Чаще всего искусственно вызывают рвоту или прибегают к слабительным и мочегонным средствам, клизмам. Однако мало кто из них знает о том, что очистительные процедуры, как правило, не являются надежным средством уменьшения или поддержания веса. Снижение веса, например, после приема слабительных средств обусловлено главным образом потерей жидкостей, а не жиров, что крайне негативно сказывается на работу всего организма. Другие очистительные процедуры также не безопасны и могут привести к серьезным последствиям для здоровья и даже к смерти.

Жизнь булимика определяет порочный круг «диета – срыв – очищение». Избавление от съеденной пищи лишь приближает чувство голода, вызванное диетой, и в дальнейшем повышает вероятность очередного разгула. Каждая часть этого цикла с неизбежностью предопределяет другую.

Все помыслы булимика сосредоточены только на еде – человек не способен сосредоточиться на работе, учебе, семье, он не может думать о личной жизни. Дорвавшись до стола, он не остановится, пока не опустошит все тарелки, после чего, окинув кухню жадным взглядом, переходит к уничтожению всего провианта, до которого может дотянуться. Ест до тех пор, пока не почувствует боль в желудке, после чего может вызвать рвоту и начать все с начала. Все это сопровождается чувством вины, депрессией, понижением самооценки.

Многие – как сами зависимые, так и их близкие, родственники – полагают, что эта болезнь связана с волей, достаточно лишь взять себя в руки, и булимия отступит. Тем сильнее их непонимание, раздражение и негодование за то, что этого не происходит, а наоборот – изо дня в день повторяется одна и та же картина.

## **Признаки нервной булимии**

- Поглощение гигантского или очень большого количества еды за один прием пищи. Пища не пережевывается, заглатывается кусками, съедается быстро.
- После приема пищи запирание в туалете – чтобы избавиться от съеденного, вызвать рвоту.
- Скрытность, замкнутость, колебания настроения.
- Ощущение неконтролируемости ситуации, чувство беспомощности и одиночества.
- Недостаток энергии, общее ощущение нездоровья.
- Частые болезни горла: фарингиты, ангины.
- Проблемы с пищеварением.
- Разрушение зубной эмали, вызванное желудочными кислотами рвотных масс.
- Увеличенные слюнные железы на щеках.
- Проблемы с кожей. Обезвоживание.
- Отказ признать у себя наличие проблемы.

## **Последствия нервной булимии.**

- Кариес, пародонтоз, эрозия эмали зубов, иногда увеличение околоушных слюнных желез; нарушение менструального цикла (нерегулярные менструации, аменорея);
- снижение моторики кишечника, расширение толстой кишки, запоры;
- нарушение деятельности поджелудочной железы, почек;
- появляются разнообразные эндокринные и метаболические нарушения.

## **Клинический пример.**

*Пациентка 29 лет направлена участковым врачом психиатром на стационарное лечение в ПНД с жалобами на частые приступы*

неконтролируемого обжорства с последующей искусственно вызванной рвотой, навязчивые мысли о еде, сниженное настроение.

**Анамнез заболевания.** Первые эпизоды «обжорства» появились в течение года. Отмечает, что до этого находилась на жесткой диете. Появились навязчивые негативные мысли о еде, снизилось настроение. Появились общая слабость, высокая утомляемость. За медицинской помощью не обращалась, длительно скрывала заболевание от родственников. Когда скрыть заболевание не удалось, по настоянию родственников обратилась к психиатру. Была госпитализирована в ПНД.

**Анамнез жизни.** Родилась в 1988 году, от первой беременности, первых срочных родов. До года часто болела простудными заболеваниями. С детства была тихой, ласковой, впечатлительной. Ближайшие родственники – мать, отец психически здоровы. Материальное положение в семье, жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Моральная атмосфера в семье благополучная, отношения между родственниками теплые. В детском саду вела себя хорошо. Была очень стеснительной. Школьный возраст: училась удовлетворительно. Была общительной, друзей среди сверстников было много. Закончила 10 классов. Занималась танцами. В 3 классе перенесла ЧМТ (упала и ударилась затылком о камень), в дальнейшем не обследовалась. После школы поступила в университет. Вышла замуж. Отношения с мужем хорошие. Перенесённые заболевания: ОРВИ, грипп, ангина. Туберкулёз, гепатит – отрицает. Гемотрансфузий, переливаний эритроцитарной массы не было. Аллергологический анамнез спокойный.

**Психический статус.** Двигательно спокойна. Внешне опрятна. На беседу с лечащим врачом идет охотно. Продуктивному контакту доступна. Ориентирована полностью. На вопросы отвечает в плане заданного. В беседе активна, речь обычного темпа, внятная. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту и полученному образованию. Эмоциональный фон ближе к ровному. Настроение умеренно снижено. Негативные навязчивые мысли о еде, приеме пищи. Периодические приступы неконтролируемого



*обжорства. Тревога по поводу своего здоровья. Критика формальная. Сон, аппетит удовлетворительные.*

***Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.*

***Клинический диагноз.** Нервная булимия.*

***Рекомендации по лечению.***

*Капс. Fluoxetini 20 мг, по 1 капс. 3 р/д*

*Таб. Hydroxyzini 25 мг, по 1 таб 3 р/д*

*Курс психотерапии*

## 32. РАССТРОЙСТВА СНА НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ.

Представляют одно из наиболее часто встречающихся в психиатрической клинике нарушений. Жалобы подобного рода в любой данный момент предъявляет около 15 % населения. Частота расстройства нарастает с возрастом, причем у молодых более выражены трудности засыпания, а у пожилых – поддержания сна. Чаще с жалобами на расстройство сна обращаются женщины.

Устойчивая бессонница является фактором риска (автомобильные аварии, повышенное употребление алкоголя, сонливость в течение дня) и предвестником депрессии. Во многих случаях расстройство сна бывает одним из симптомов другого расстройства – психического или соматического.

Затяжные эпизоды связаны чаще с трудностями засыпания, а не поддержания сна, и представляют собой сочетание состояния напряжения и систематизированной тревоги. Бессонница обычно начинается в стрессовой ситуации и продолжается после ее окончания. При этом пациент иногда способен заснуть после подходящей ситуации (просмотр телепередачи). В течение дня характерны чувство физической и психической усталости, раздражительность, постоянная озабоченность предстоящей бессонницей.

### *Выделяют два вида расстройств:*

- *диссомния* (первично психогенные состояния, при которых основным является эмоционально обусловленное нарушение количества, качества и времени сна т.е. бессонница (инсомния), гиперсомния и расстройств цикла сна–бодрствования);
- *парасомния* (возникающие во время сна аномальные эпизодические состояния; в детском возрасте они связаны с развитием ребенка, а у взрослых они являются психогенными т.е. снохождение, ночные ужасы и кошмары).

При диагностике бессонницы неорганической природы необходимо учитывать также следующие критерии: нарушения сна возникают в течение

месяца не реже 3 раз в неделю; бессонницу нельзя объяснить каким-либо соматическим заболеванием или приемом ПАВ.

### **33.БЕССОННИЦА**

**Инсомния** – это неудовлетворенность сном, бессонница. Бессонница является наиболее частой жалобой при нарушениях сна, при этом у пациентов имеется чувство недостаточности качества либо восстановительной функции сна. Бессонница может являться синдромом проявления целого ряда заболеваний либо развиваться в отсутствие видимой причины.

В современной международной классификации расстройств сна инсомния определяется как нарушение засыпания, поддержания сна, раннего пробуждения или сна, не приносящего должного восстановления и освежения, несмотря на наличие достаточного количества времени, и условий для сна, нарушения, приводящего к снижению качества бодрствования и дневной деятельности.

Распространенность инсомнии может достигать до 45% в популяции, однако только у 9–15% людей нарушения сна становятся значимой клинической проблемой (т.е. имеется хроническая инсомния), а у 25–35% бессонница бывает кратковременно или редко. Среди пожилых людей хронической бессонницей страдают около 55%. Несмотря на эти довольно высокие цифры распространенности инсомнии, практика показывает, что данный диагноз является, как правило, недораспознанным и недодиагностированным во многих случаях, и реальные цифры заболеваемости еще выше.

Патогенез инсомнии изучен недостаточно хорошо. Бессонница обычно является результатом взаимодействия биологических, физических, психологических и средовых факторов. Циркадианный ритм, т.е. ритм, связанный со сменой дня и ночи, регулируется через супрахиазмальные ядра и эпифиз. Синтез мелатонина ингибируется на свету и стимулируется в

темноте. На этом эффекте, в частности, основан метод лечения бессонницы – фототерапия, который реализуется через воздействия на пациента ярким светом. Ночное повышение уровня мелатонина отмечается между 20 – 22 часами, с пиком между 2 и 4 часами ночи, с постепенным снижением к утру.

Области мозга, участвующие в регуляции бодрствования включают туберомамиллярные ядра заднего гипоталамуса, содержащие гистаминовые нейроны, от которых идут стимулирующие сигналы в зоны ствола мозга, связанные с бодрствованием, такие как locus coeruleus (норадреналинэргические нейроны), дорсальные ядра шва (серотонинэргические нейроны), вентральные ядра покрышки среднего мозга (допаминэргические нейроны) и базальный отдел переднего мозга (ацелилхолинэргические нейроны). Из указанных зон импульсы диффузно проецируются на кору большого мозга и обеспечивают поддержание бодрствования.

Основным тормозящим нейротрансмиттером в ЦНС является гамма–аминомасляная кислота (ГАМК, GABA), которая содержится в вентролатеральных преоптических ядрах переднего гипоталамуса, откуда направляются тормозящие воздействия на туберомамиллярные ядра заднего гипоталамуса и в зоны, связанные с бодрствованием, ствола мозга. Лекарственные препараты агонисты бензодиазепиновых рецепторов и агонисты небензодиазепиновых рецепторов действуют через ГАМК – рецепторы, способствуя наступлению сна путем торможения моноаминэргических путей ствола мозга, связанных с обеспечением бодрствования, а также через облегчение ГАМК – эргических тормозных воздействий вентролатеральных преоптических ядер переднего гипоталамуса на зоны ствола мозга, связанные с бодрствованием.

При оценке нарушения сна необходимо учитывать, что сон здорового человека имеет продолжительность 6,5–8,5 часов, а засыпание происходит в течение 3 – 10 минут.

Транзиторная (острая) инсомния может быть у любого человека. Хроническая инсомния развивается у больных группы риска. Личности, страдающие хронической инсомнией, имеют высокий уровень депрессии и тревоги, низкий порог пробуждения, имеют большее время засыпания, повышенный суточный уровень метаболизма, высокий уровень variability сна ото дня ко дню, могут иметь больше бета – активности на ЭЭГ в начале сна. При этом в эксперименте контрольные группы, подвергшиеся лишению (депривации) сна, не имеют таких особенностей, как больные с инсомнией. Эти данные поддерживают теоретические положения о том, что инсомния является следствием повышенной (поведенческой) активации (рис. 46).



Рисунок 5 Последствия нарушений сна

Таким образом, хроническая инсомния первично может возникнуть у пациентов с генетическими и нейробиологическими предрасполагающими факторами. Эти факторы могут послужить причиной случайного однократного нарушения сна, например, на фоне дистресса, но в целом, пациент спит хорошо до появления индуцирующего события, такого как

смерть близкого человека. Затем развивается острая инсомния. Если плохой сон становится привычным порядком вещей или в силу вступают факторы хронизации бессонницы, развивается хроническая инсомния, несмотря на устранение фактора, индуцирующего нарушение сна.

### **Клинический пример**

*Женщина 40 лет обратилась за помощью в ПНД с жалобами на плохое засыпание, поверхностный, прерывистый сон. Постоянные ощущения слабости, вялости, «разбитости». Головные боли. Снижение настроения, вследствие недосыпания.*

***Анамнез заболевания.** Впервые нарушение сна возникло 10 лет назад, после рождения ребенка. Сон был поверхностный, часто просыпалась «по каждому поводу». Использовала препараты валерьяны с положительной динамикой. Через 3 года, ситуация с нарушением сна возобновилась. Сон стал поверхностный, количество часов сна уменьшилась до 4–5 часов сутки. Обращалась за медицинской помощью к неврологу, назначалась лечение препаратами: *Acidi aminophenylbutyrici*, цераксон, *Acidi nicotinoyl-gamma-aminobutyrici* с положительной динамикой. Текущее нарушение сна в течение 1 года. За этот год неоднократно обращалась за медицинской помощью, лечилась препаратами: *Trazodoni*, *Hydroxyzini* без положительной динамики.*

***Анамнез жизни.** Родилась в семье военнослужащих. Беременность и роды протекали благополучно. Отец умер, когда пациентке было два года и сведений о нем она не имеет. Мать была веселая и эмоционально лабильная. Умерла в 58 лет от онкологии. У больной один брат: стеснительный, избирательно общительные. Росла и развивалась согласно возрастной норме. В детстве была шустрой и веселой. В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо, предпочитала гуманитарные науки. Окончила медицинское училище. Работала медицинской сестрой в хирургическом отделении, были частые ночные дежурства. В 25 лет вышла замуж. В 30 лет родила дочку. Ребенок*

был беспокоен, часто не давал ночью спать. Дома ситуация конфликтная: дочь рано начала выпивать.

**Психический статус.** Двигательно спокойна. Внешне опрятна. Продуктивному контакту доступна. На вопросы отвечает в плане заданного. Ориентирована полностью. В беседе активна, речь медленного темпа, вялая. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту и полученному образованию. Эмоционально лабильна. Настроение снижено. Критика адекватная. Бредовых идей активно не высказывает. Обманов восприятия не обнаруживает. Сон нарушен, аппетит снижен.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Бессонница неорганической этиологии

**Рекомендации по лечению.**

Таб. Fluvoxamini 100 мг, по 1 таб за 2 часа до сна

Таб. Alimemazini tartratis 5 мг, по 1 таб 1 р/д вечером

## 34. КОШМАРЫ

Ночные кошмары – это яркие, реалистичные сны, которые заставляют просыпаться в период глубокого сна. Вследствие кошмаров сильно учащается сердцебиение. Обычно кошмары случаются в фазе сна с быстрым движением глаз. Так как продолжительность фазы быстрого сна увеличивается на протяжении ночи, поэтому особенно часто ночные кошмары случаются именно под утро.

Предмет ночных кошмаров у каждого человека разный. Но, тем не менее, существуют несколько распространенных кошмаров, испытываемых взрослыми. Например, большинство людей в своих кошмарах не могут быстро бежать, чтобы уйти от опасности или падают с большой высоты. Если вы пережили какую – либо серьезную болезнь или травму, во сне вы можете переживать ее снова. Ночные кошмары у взрослых обычно спонтанны. Они могут быть вызваны различными факторами или

нарушениями. Иногда кошмары возникают после плотной еды перед сном, которая увеличивает процессы метаболизма и подает сигналы в мозг о необходимости большей активности организма.

Появление ночных кошмаров может спровоцировать ряд определенных лекарств. Лекарства, например, антидепрессанты и наркотики, влияющие на нейротрансмиттеры, часто вызывают кошмары. Непсихотропные лекарства, включая препараты для лечения повышенного АД, также могут стать причиной кошмаров у взрослых. Абстиненция от лекарств и веществ, включая алкоголь и транквилизаторы, могут спровоцировать ночные кошмары. Если вы заметили связь между своими кошмарами и определенными медикаментами, обязательно проконсультируйтесь у своего лечащего врача.

Существует ряд психологических возбудителей, которые могут спровоцировать ночные кошмары. Например, беспокойство и депрессия может вызвать это явление. Посттравматический стресс – основная причина хронических, повторяющихся ночных кошмаров.

Ночные кошмары у взрослых могут быть вызваны определенными расстройствами сна. К ним относятся апноэ и синдром усталых ног. Если не определена какая – либо другая причина, значит хронические кошмары следствие проблем со сном. Люди, у которых близкие родственники страдают ночными кошмарами, больше всего предрасположены к подобным явлениям. Ночные кошмары могут быть не просто плохим сном. Они могут повлиять на здоровье человека. Те, кто страдает от ночных кошмаров и испытывает беспокойство или депрессию, более предрасположены к психическим расстройствам и заболеваниям.

### **Клинический пример**

*Пациент 36 лет направлен участковым врачом психиатром на лечение по дневному стационару в ПНД. Пациент предъявляет жалобы на частые ночные кошмары, страх их повторения.*



**Анамнез заболевания.** Считает себя больным в течение полугода, когда на фоне чрезмерных стрессов на работе появились яркие реалистичные сны, в которых пациент пытается убежать от своры собак и не может этого сделать. Вследствие кошмаров перестал высыпаться, появились периодические головные боли, стал бояться ложиться спать. За медицинской помощью не обращался.

**Анамнез жизни.** Родился в Воронеже, от первой беременности, первых срочных родов. Раннее развитие соответствовало возрасту. Ближайшие родственники – мать, отец психически здоровы. Материальное положение в семье, жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Моральная атмосфера в семье благополучная, отношения между родственниками теплые. С детства был мнительным, волнительным ребенком. Школьный возраст: учился хорошо. Был общительной, друзей среди сверстников было много. Закончил 11 классов. После школы поступил в университет. Не женат. На данный момент работает администратором. Перенесённые заболевания: ОРВИ, грипп, ангина. Туберкулёз, гепатит – отрицает. Гемотрансфузий, переливаний эритроцитарной массы не было. Аллергологический анамнез спокойный.

**Психический статус.** Внешне опрятен. Двигательно спокоен. Мимика живая. На вопросы отвечает в плане заданного. Ориентирован полностью. В беседе активен. Речь обычного темпа, внятная. Мышление продуктивное. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту и полученному образованию. Эмоциональный фон ближе к ровному. Настроение умеренно снижено. Критика адекватная. Аппетит удовлетворительный. Сон нарушен, частые ночные кошмары.

**Данные объективного обследования.** Неврологический статус без особенностей. Соматический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Ночные кошмары.

**Рекомендации по лечению.** Курс психотерапии. Таб. Trazodoni 150мг, по 1 таб 1 р/д вечером; Таб. Hydroxyzini 25мг, по 1/2 таб 3 р/д

## **35. СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, НЕ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ОРГАНИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ИЛИ БОЛЕЗНЯМИ**

Половые расстройства проявляются в различных вариантах неспособности индивидуума участвовать в половой жизни в соответствии с его желанием. Могут иметь место чувство удовлетворения, отсутствие удовлетворения, отсутствие физиологических реакций, необходимых для полноценного сексуального взаимодействия (например, эрекции) или невозможность контролировать или переживать оргазм.

Сексуальная реакция представляет собой психосоматический процесс, и в происхождении сексуальных расстройств обычно принимают участие и психологические и соматические факторы. Может оказаться возможным выявить несомненно психогенную и органическую этиологию, но чаще, особенно при таких проблемах как отсутствие эрекции или диспареуния, трудно определить относительное значение психологических и/или органических факторов. В таких случаях нарушение следует определить как состояние смешанной или неуточненной этиологии.

Некоторые типы расстройства (дисфункции) (например, отсутствие полового влечения) возникают как у мужчин, так и у женщин. Тем не менее, женщины чаще жалуются на субъективное качество сексуальных переживаний (например, отсутствие удовлетворения или интереса), а не на отсутствие специфических реакций. Не является редкой жалоба на оргазмическую дисфункцию, но при расстройстве одного из аспектов женской сексуальной реакции имеется вероятность нарушения и остальных. Например, если женщина неспособна к переживанию оргазма, то она часто оказывается неспособной получать удовлетворение и от других аспектов физической близости и таким образом значительно снижается ее сексуальное влечение. С другой стороны, мужчины, хотя и жалуются на отсутствие специфических реакций, таких как эрекция или эякуляция, часто сообщают о сохранении полового влечения. Поэтому необходимо анализировать, что

скрывается за предъявляемой жалобой для установления наиболее подходящей диагностической категории.

➤ **Отсутствие или потеря сексуального влечения.** Потеря сексуального влечения является основной проблемой, и она не вторична по отношению к другим сексуальным проблемам, таким, как недостаток эрекции или диспареуния.

➤ **Отвращение к половым сношениям и отсутствие полового удовольствия.** Перспектива сексуального сношения вызывает такой страх или тревогу, что заставляет избегать полового акта (отвращение к половым сношениям), либо сексуальная реакция оказывается нормальной и испытывается оргазм, но отсутствует соответствующее приятное ощущение

➤ **Недостаточность генитальной реакции.** Основной проблемой для мужчин является нарушение эрекции (трудности с возникновением или поддержанием эрекции, достаточной для удовлетворительного полового сношения). У женщин главной проблемой является сухость влагалища или недостаток влагалищной смазки.

➤ **Оргазмическая дисфункция.** Оргазм или не возникает, или значительно задерживается

➤ **Преждевременная эякуляция.** Невозможность контролировать эякуляцию в той мере, которая достаточна, чтобы оба партнера получили удовлетворение от полового акта.

➤ **Вагинизм неорганического происхождения.** Спазм мышц тазового дна, окружающих влагалище, который препятствует открытию влагалища. Введение полового члена невозможно или болезненно.

➤ **Диспареуния неорганического происхождения.** Диспареуния (болевое ощущение во время полового акта) возникает и у мужчин, и у женщин. Часто диспареуния может быть связана с локальным патологическим процессом, и тогда ее следует классифицировать в соответствии с этим патологическим состоянием. Данную подрубрику следует использовать только в том случае, если отсутствует первичная

неорганическая сексуальная дисфункция (например, вагинизм или сухость влагалища).

➤ **Повышенное половое влечение.** Часто присутствует чувство сексуальной неудовлетворенности. Мышление и фантазии преимущественно направлены на сексуальные отношения. Постоянное стремление к отношениям с новыми сексуальными партнерами.

### **Клинический пример.**

*Женщина 27 лет обратилась за помощью к сексологу с жалобами на отсутствие сексуального влечения к мужу. Особых конфликтов не было, но несколько раз за 3 года неофициально разводились. Муж не нравится внешне, так как он «мелкий, хрупкое телосложение, маленький размер полового члена». Влечение к другим мужчинам периодически присутствует, с подросткового возраста нравились престижные и яркие мужчины. Оргазм присутствует, муж активность в сексе проявляет сам. Пациентка в сексе предпочитает доминировать. Из – за того, что муж часто пассивен, то это наряду с общими интересами «удерживает её в этом браке»*

**Психосексуальное развитие и сексологический анамнез.** *Родилась от первой беременности, в срок, но роды были тяжёлые, затяжные. Месячные с 13 лет, цикл установился сразу, вначале были по 32 дня, а к 20–ти годам стали через 28–29 дней, по 5 дней, обильные, болезненные (первый день). Цикл эпизодически нарушается при сильных эмоциях. Беременностей не было. Предохраняется презервативом. Пробуждение эротического либидо с 17 лет, представлялись женщины и мужчины, но последние преобладали. Первый оргазм в 17 лет при клиторальной мастурбации, узнала от парня, инсация была несколько раз в неделю. С этого же возраста поцелуи, глубокий и поверхностный петтинг. Первый половой акт с дефлорацией и оргазмом в 19 лет с мужчиной – ровесником, обоюдное желание, страх, кровотечение было слабое. Достижение 50–100% оргастичности с 19 лет, через 3 месяца регулярной половой жизни.*

*С началом половой жизни, примерно с 20 лет, начала осознавать, что есть влечение к женщинам, обнажённые женщины сильно возбуждают. Пыталась познакомиться. В 21 год, с алкоголем, была близость с женщиной – ровесницей в виде триады, взаимной мастурбации и куннилингуса. Считает, что пошла на эту связь из – за отсутствия мужчины. Оргазм возник, яркий, пикообразный. Связь с женщиной продолжалась 3 месяца до тех пор, пока не помешал этому новый мужчина. Сейчас эротические сны не возникают. Если нет связи с женщиной, то это заменяется практически ежедневной мастурбацией с представлением половых актов с женщиной на фоне женщин. Эротических фантазий много, но они не все реализуются. Отмечает, что «хотела бы попробовать секс одновременно с 2-мя мужчинами», «несколько раз просила мужа, чтобы он высек меня ремнём по обнажённым ягодицам, но он пассивный, не хочет, у него от этих мыслей даже эрекция пропадает, трудно возбуждается в сексе». «Влечения к мужу нет, не хочу реализовывать с ним свои фантазии, уже нашла другого мужчину». Пациентке нравятся визуально крепкие мужчины, физические ощущения при половом акте. Но доминирующие и агрессивные мужчины не попадались. Не может видеть в муже «мужественность, брутальность, самцовость», поэтому влечения к нему не испытывает. С другой стороны, в сексе предпочитает доминировать, нравится позиция «наездницы», при сексуальном возбуждении с мужем любит его царапать, кусать, но муж эти проявления у неё сдерживает. Подчёркивает, что «по внутренним качествам мужчина должен быть очень сильным, а в сексе пассивным». Во время коитуса предпочитает возбуждаться от просматриваемых в это время XXX-фильмов; нравится оральный, несколько меньше анальный секс.*

**Психический статус.** *Себя характеризует, как эмоциональную, эгоцентричную, мнительную, впечатлительную натуру, решения принимает импульсивно, а потом думает о негативных последствиях. Мужа характеризует, как пассивного, спокойного, уравновешенного, знатока житейских вопросов. Эгоцентрична, эмоционально, яркая мимика и*

*жестикуляция в беседе. Отмечает физическую и психическую усталость, после сна не всегда проходит. Сон поверхностный, утром «состояние разбитости», нарушение засыпания после сильных эмоциональных впечатлений и, если утром надо рано просыпаться. Самостоятельно для сна принимала гомеопатические капли, корвалол, валериану, ничего из этого не помогло. Тревога в течение дня. Внимание несколько снижено. Раздражительность, яркий свет, шум мешают. В шкале ценностных ориентаций развлечения и секс занимают первое место.*

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей. Гинекологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Снижение избирательного сексуального влечения, инициированного тревожной реакцией декомпенсации при истерическом расстройстве личности на фоне дисгармонии пубертата и рассогласованности (сексуальная дисгармония) по психологическому и сексуальному фактору у изначально гипертимно–истероидной личности.

**Рекомендации по лечению.**

*Курс психотерапии.*

*Таб. Trazodon 150мг, по 1/3 таб 1 р/д вечером*

### **Клинический пример.**

*Пациентка 19 лет обратилась к сексологу с жалобами на боли при половом акте в течение 2–х лет с момента постановки диагноза хронический сальпингоофорит со спаечным процессом. Отмечает глубокие тянущие боли внизу живота, усиливающиеся при половом акте, после приёма острой пищи и длительном неподвижном сидении. Противовоспалительные средства (назначения акушера–гинеколога стационара) несколько ослабляют болевую симптоматику. Направлена на лечение к сексологу гинекологом, у которого лечит рецидивирующий генитальный кандидоз в течение 5 месяцев. Отмечает, что боли при*

половом акте появились с момента заболевания кандидозом. С другой стороны, при половом акте в венстро – вентральной («миссионерской») позиции болей не бывает. Боли при коитусе возникают до месячных и в середине цикла. Оргазм клиторальный. Разрядка возникает при петтинге и оральном контакте (кумбитмака). Желает получить и вагинальный оргазм. Также жалуется на головные боли, непонятные ощущения в сердце, «что – то сжимает, давит», периодически тошнота, ощущение жара и холода после конфликтов и стрессов.

### **Психосексуальное развитие и сексологический анамнез.**

Наследственность без психопатологии, родилась (вес – 3600,0; длина – 52 см) в срок, от первой беременности, единственный ребёнок в семье. Семья полная. Доминировала мать, «нервная, раздражительная, безразличная». Отца помнит плохо. Он внезапно умер, когда пациентке было 11 лет. Считает себя в большей части похожей на мать. Брак родителей отнесла к неудачным, так чувств между родителями не было. Эмоциональный микроклимат в семье был неудовлетворительным, «мать часто срывалась на мне, применяла физические воздействия». Вопросы секса в семье не затрагивались. Далее мы цитируем неоднозначные отношения пациентки внутри родительской семьи. «Моя внешность меня не удовлетворяла с детства». «Моя мать глупа». «Сделала бы всё, чтобы забыть психологическую боль детства». «По сравнению с большинством других людей моя семья дурацкая». «Моя семья (мать и бабушка) обращались со мной, как со взрослой и 5–тилетним ребёнком». «Хотелось бы мне перестать бояться злых духов». «Моей самой большой ошибкой было оставление любимой куклы в детсаде, которую ребята подожгли». «Я хотела бы, чтобы мой отец был жив и сейчас». «Когда я была моложе, то чувствовала себя виноватой по всякому пустяку». «Я люблю свою мать, но она немного странная». Просматривается сильная зависимость от любимой игрушки (куклы) и отца, который внезапно умер, когда пациентке было 11 лет. Дисторфофобические проявления в отношении величины губ и

молочных желёз с периода пубертата. Амбивалентность образа матери. Напряжённость, нервозность и неудовлетворённость своей жизнью. В детстве предпочитала играть со взрослыми. Но также играла с девочками и мальчиками одновременно, менялись ролями. В «доктора» играла с двоюродной сестрой, «делала ей инъекции». В играх в «дочки – матери» нравилась роль матери. С куклами играть не любила, так как их было много. Молочные железы стали увеличиваться с 8 лет, отнеслась к этому безразлично. Косметику стала применять с 12 лет, макияж (декоративную косметику) с 17 лет. Стеснительность, трудности обнажения в присутствии мальчиков и мужчин до 15 лет. Из детства наиболее ярко запомнился эпизод, когда «я оставила свою любимую куклу в детском саду, её сожгли на костре, было стыдно, переживала». В возрасте 7–ми лет стресс вызвал увиденный ей обнажённый мужчина в раздевалке. Менархе с 12 лет (6), цикл установился через месяц, вначале были по 3 дня, а с 13 лет стали по 5 дней. Месячные через 37 дней, обильные (первые 2 дня), болезненные (первые 4 дня). К месячным была подготовлена матерью. Предменструальный синдром (за 1 день) проявляется повышенной сонливостью, раздражительностью, эмоциональной лабильностью, болями в животе и груди. Цикл нарушается при неблагоприятных воздействиях. Беременностей не было, практически ничем не предохранялась. Возраст платонического либидо не помнит. Эротическое либидо с 13 лет. Петтинг активный, глубокий, двусторонний с 15 лет. Дефлорация в 15 лет, с мужчиной 19 лет, с обильным кровотечением. Страх, тревога, болезненность. Кровотечение продолжалось 2 дня. С первым сексуальным партнёром остались друзьями и по настоящее время. Первый оргазм при петтинге и половом акте возник в 15 лет через два дня после дефлорации. Мастурбация при мануальной стимуляции клитора с 16 лет с оргазмом после прочтения книги «Кама–Сутра». Инсация была в течение 1 месяца, эротических фантазий не было. Достижения 50–100 % оргастичности в 18 лет, через 3 года регулярной половой жизни. Из личного опыта, разговоров с



подругами, литературы отмечает, что сексуальная норма – это абсолютно любые сексуальные действия, доставляющих взаимное удовольствие партнёрам. На данный момент, несмотря на воспалительный процесс и боли, влечение сильное, «всё время хочу секса с парнем». Приемлет абсолютно все сексуальные позиции. Оргазм пикообразный, яркий, клиторальный. В сексуальном сценарии предпочитает доминировать, агрессивный секс, «царапания, покусывания, шлепки, бондаж», возбуждение от этого усиливается. С 15 лет всего было 15 половых партнёров. Эрогенные зоны: шея, живот, клитор, ягодицы. Негативных эрогенных зон нет.

**Психический статус.** На приёме артистична, мимика яркая, живая, пытается произвести впечатление, энергичность несколько снижена. Стремится к доминированию в отношениях, раскрепощена, высокая самооценка, стеничность. В беседе и описании своей жизни подчёркивает склонность к риску. С детства – потребность в понимании и доверительных отношениях. Стремится избавиться от своего гнетущего состояния и тревожности. Нетерпелива, раздражительна. В детстве, с 5 до 12 лет, были эпизоды сомнамбулизма. «Ночью, в одно и то же время, как на автомате по расписанию, я вставала, могла пройти на балкон и лестничную площадку, но после этого утром всё забывалось, о подробностях рассказывала мать». Эти случаи подтверждают наличие резидуально – органического фона. По характеру: активная, зависимая, мнительная, несколько нерешительная, тревожная, импульсивная. Отмечает, что с периода пубертата начались недовольства своим внешним видом (маленькие губы и грудь), постоянное стремление сделать косметическую операцию, несмотря на разубеждения, как со стороны полового партнёра, так и врача. «Хочу губы, как у Анжелины Джоли». Отмечает повышенную физическую и психическую утомляемость, слабость, неврозоподобную симптоматику (тревожность, гипотимия, нарушение сна) с момента заболевания **ХСО???**. Трудно засыпает, частые пробуждения, не высыпается. К вечеру

настроение ухудшается. Внимание снижено. Подчёркивает, что «всё тело болит, особенно низ живота». Прослеживается некоторая амбивалентность. Так, например, с одной стороны, боязнь заразиться генитальной инфекцией, но, в тоже время, про презерватив при половом акте с новым малознакомым партнёром забывает, «я так сильно возбуждаюсь при сексе, что уже, ни о чём больше не думаю, пусть мужчина думает». Навязчивости, помимо дисморфофобических симптомов проявлялись в зависимом от партнёра сексуальным либидо. «Я не могу с собой ничего поделаться, когда вижу красивого крутого мальчика, то я его сразу хочу, хочу очень сильно, но после сношения интерес к нему пропадает, и я ищу другого классного мальчика». Лабильность настроения было с детства. В последнее время отмечает раздражительность («парни раздражают, иногда с ними невыносимо»), вспыльчивость. Несколько раз, после того, как «парень довёл» был аффект, взрывчатость с потерей контроля, «не помню, залепила и из – за чего в деталях мы подрались». Парня постоянно ревнует, «он должен мне по минутам отчитываться, что он делал, где был». «Но мне нравятся параллельные связи с несколькими партнёрами, утром я с одним занялась любовью, а вечером с другим пошла в кино, а после мы целовались, и я осталась у него на ночь». В последнее время работа и учёба стали меньше интересовать, не нравится выбранная специальность. По темпераменту сангвиник. В досуге доминируют развлечения и отдых. «Так хорошо с подругами и парнями покурить «план» (курила его с 14 по 17 лет) и выпить «отвёртку», это такой кайф». В шкале ценностных ориентаций на первом месте сексуальная сфера, а на последнем – профессиональные интересы. Алкоголь, в большей степени в виде пива, принимает с 13 лет, при нём сексуальное влечение усиливается.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

Гинекологический статус. Наружные половые органы развиты правильно. Расстояние от клитора до наружного отверстия уретры 0,5 см.

*Высота промежности 6 см. Влагалище умеренной ширины. Слизистая розовая. Мышцы промежности напряжённые. Шейка матки коническая. Симптом «зрачка» отрицательный, обследование проводилось на 7 день цикла. Матка в положении антеверсии, болезненная при пальпации. Придатки матки резко болезненны, тяжистые, пальпируется левостороннее тубоовариальное образование.*

***Клинический диагноз.*** *Снижение либидо. Диспареуния органическо – психогенного генеза и притупление оргазма на фоне хронического сальпингоофорита специфической этиологии (трихомониаз+гонорея) со спаечным процессом и неврастении с ипохондическими включениями.*

***Рекомендации по лечению.***

*Курсы психотерапии*

*Таб. Amitriptylini 25 мг, по 1 таб на ночь*

*Таб. Buspironi 10 мг, по 1 таб 2 р/д*

## 36. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ.

Можно выделить конституционально–генетические, органические и психодинамические факторы, ведущие к развитию аномалии характера. Вклад генетических факторов в развитие личностных качеств составляет до 60%, большинство аномальных личностных свойств передается по рецессивному или полигенному типу. Теории конца XIX века причиной аномалий характера считали психическое вырождение в семьях. Продолжительные соматические и неврологические расстройства в детстве, пре-, постнатальная патология, ЧМТ способствуют формированию аномального характера. Значительную роль играет воспитание в аномальной и асимметричной семье, частым фоном которой является употребление родителями ПАВ. Тем не менее существуют факты развития совершенно гармоничных личностей даже при наличии всех неблагоприятных обстоятельств, так же как и факты развития аномальных личностей во внешне гармоничных и генетически благополучных семьях. Часть аномальных личностных свойств развивается как своеобразная гиперкомпенсация психической недостаточности (комплекса неполноценности). С аналитической точки зрения большинство аномалий личности связано с задержкой развития и искажением стадий психосексуальности, в то время как приобретенные аномальные черты чаще являются результатом регресса.

Общие диагностические указания для аномалий личности определяются как состояния, которые нельзя объяснить прямо обширным повреждением или заболеванием мозга или другим психическим расстройством. Они должны соответствовать следующим критериям:

- дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например, аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям;

- хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни;
- аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;
- вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают свое существование в периоде зрелости, часто в позднем возрасте отмечается заострение личностных свойств;
- расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения;
- обычно, но не всегда, расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

### ***Виды расстройств личности***

- ***Параноидальное*** – у больного преобладают сверхценные идеи. Своей личности он приписывает особое значение. А вот к окружающим относится враждебно, подозревая их в злых умыслах. Человек с патологией не признает ее наличия. Когда родные или близкие обращают внимание на когнитивное отклонение и пытаются отвести к специалисту, тот будет заверять, что с ним все в порядке и отрицать наличие проблемы. Очень чувствителен к критике.
- ***Шизоидное*** – этот диагноз характеризуется интровертностью, замкнутостью, снижением интереса к жизненным вещам. Больной не воспринимает принятых норм социального поведения, часто ведет себя эксцентрично. Шизоидные нарушения личности бывают связаны с большим увлечением каким – либо родом деятельности, в котором индивидуум преуспевает. Например, он может патологически увлекаться различными оздоровительными системами, вплоть до того, что привлекать в свои интересы и других людей. Специалисты считают, что таким образом происходит замещение определенной асоциальности. Также такие пациенты

могут иметь проблемы с алкоголем, наркотиками или другими видами зависимости.

- **Диссоциальное** – характерной чертой такого расстройства личности является вызывающее когнитивное поведение больного с целью получения желаемого. При всем этом такие пациенты способны располагать к себе людей, включая медиков. Особо ярко данный вид проявляется в позднем подростковом возрасте.

- **Истерическое** – главной целью таких больных является привлечение внимания к своей персоне любым способом, включая вызывающее поведение. Диагноз характерен больше для женского пола. Наблюдаются нетипичные капризность, непостоянство желаний, экстравагантность, лживость. С целью привлечения внимания пациент придумывает себе несуществующие болезни, симптоматику которых может выдавать вегетативная система и снять которую сложно.

- **Обсессивно–компульсивное** – больные этим видом расстройства личности патологически стремятся к порядку и совершенству. У них отсутствует чувство юмора, они стараются быть во всем идеальными. Когда поставленные идеальные цели не достигаются, могут впадать в депрессивные состояния.

- **Тревожное** – такое личностное расстройство характеризуется культивацией комплекса личной неполноценности. Больные пребывают в состоянии вечной тревоги и неуверенности. С детских лет такие пациенты застенчивые и робкие. Часто подозревают других в неприязни. Имеют склонность к депрессиям.

- **Нарциссическое** – отклонение, при котором у человека с детства проявляется самолюбование, желание, чтобы им постоянно восхищались. Такой больной не приемлет критику: реагирует на нее либо с обидой, либо с агрессией. Безразличен к чувствам других людей, склонен к их эксплуатации для достижения собственных целей.

Разные формы психопатии требуют индивидуального подхода в лечении. Не следует нарушения личности путать с акцентуацией характера. В последнем случае человек также имеет особенности поведения, но они лежат в пределах верхней границы нормы. Кроме того, он адаптирован к социальным условиям. Классификация классических психопатий тут неуместна. Диагноз и типы другие.

### **Клинический пример.**

*Мужчина 45 лет обратился к участковому врачу психиатру с жалобами на бессонницу.*

***Анамнез заболевания.** В детстве отличался стеничным и прямым характером, постоянно был в конфликте со сверстниками в школе и на улице, а также с учителями, которые его считали заносчивым. Настаивал на своем мнении, даже когда убеждался в том, что оно неверно. Уверенно заявляет, что учился лучше всех, а удовлетворительные оценки ему ставили «из зависти». Любил дружить со старшими ребятами, которых использовал в конфликтах со сверстниками. Никому не доверял, и считал, что его незаслуженно оценивают как родители, так и друзья. После окончания экономического факультета работал в фирмах по продаже нефти, но успеха не достиг, поскольку постоянно конфликтовал с вышестоящими руководителями, доказывая им приоритет своих предложений. Менял места работы и жительства. Постоянно все не устраивало. Непрерывно судился по пустякам. Проживая на первом этаже, устроил скандал с соседом, который оставил машину у его окна, затем подал на него в суд за моральный ущерб. Занимая деньги, отдавал их неохотно, указывая на то, что неправильно составлены расписки. Подряд вел три, а иногда четыре суда. Иски о моральном ущербе все увеличивал, но ни одного суда выиграть не мог. Убеждался в том, что вокруг него заговор. Писал в комитеты по правам человека и Страсбургский суд, особенно указывая на гражданское дело, когда ему отказали в иске на «форму*

козырька на балконе второго этажа у соседа», по его мнению, этот козырек специально сделан таким образом, чтобы, спланировав, он упал на него или членов его семьи. Дома требовал безусловного подчинения и уважения, не переносит критики. Ссорился с женой из – за того, что она специально ярко одевается, чтобы привлекать внимание мужчин. В период судебной борьбы плохо спал, видел перед закрытыми глазами многочисленные заявления и специально им заведенную картотеку судебных ошибок. Именно в связи с бессонницей и согласился на консультацию психиатра.

**Анамнез жизни.** Родился в городе Воронеже. Беременность и роды протекали у матери без осложнений. Раннее развитие соответствовало возрасту. Единственный ребенок в семье. В школе учился хорошо. После окончания экономического факультета работал в фирмах по продаже нефти, но успеха не достиг, поскольку постоянно конфликтовал с вышестоящими руководителями, доказывая им приоритет своих предложений. Женат, имеет двух сыновей. Бытовые условия удовлетворительные. Менял места работы и жительства. В данный момент не работает. Семейный анамнез не отягощен. Туберкулез онкозаболевания, вирусные гепатиты отрицает.

**Психический статус.** Двигательно спокоен. Внешне напряжен. На вопросы отвечает в плане заданного, с раздражением (заявляет, что «с головой у него все в порядке, вы меня не обманете»). Ориентирован полностью. Речь быстрая внятная. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту и полученному образованию. Эмоционально лабилен. Настроение обычное. Бредовых идей активно не высказывает. Обманы восприятия отсутствуют Критика отсутствует. Сон нарушен, аппетит удовлетворительный.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.



**Клинический диагноз.** Параноидное расстройство личности. Синдром диссомнии.

**Рекомендации по лечению.**

Таб. Trazodonі 150мг, по 1/3 таб на ночь

Таб. Tofisopami 50мг, по 1 таб 3 р/д

**Клинический пример.**

Мужчина 30 лет по настоянию родителей обратился за помощью к участковому врачу–психиатру. Со слов мамы ведет асоциальный образ жизни, пьянствует, ворует. Периодически раздражителен, агрессивен.

**Анамнез заболевания.** В детстве отличался лживостью, неровными успехами в учебе, являясь единственным ребенком, был опекаем, но постоянно ускользал от родительского контроля. Первые уходы из школы и дома были зафиксированы уже в возрасте 10 лет. На наказания никак не реагировал. Стал воровать деньги у родителей и на них покупал алкоголь. С криминальными компаниями познакомился в 12 лет. Благодаря социальному положению родителей окончил среднюю школу и был определен в школу милиции. Однако ее не окончил в связи с тем, что приходил на занятия в нетрезвом состоянии. Упреки родителей и воспитательные меры ни к чему не приводили. Дважды был судим за кражи, но по возвращении из заключений никаких выводов не сделал. Для того чтобы получить деньги, которые проигрывал в казино, распускал слух о смерти отца и собирал деньги на его похороны, под гарантии его имени занимал значительные суммы. Последние годы не имеет определенного места жительства и занимается воровством цветных металлов и сбором пустых бутылок на свалках. При беседе безмятежно уверяет, что такой образ жизни ему нравится, и обвиняет родителей в том, что они не помогают ему материально.

**Анамнез жизни.** Родился в Москве. Беременность и роды протекали без особенностей. Раннее развитие соответствовало возрасту. Школьную

программу выполнял наравне со всеми. Поступил в школу милиции, но закончить не смог вследствие асоциального поведения. Не женат. Последние годы не имеет определенного места жительства.

**Психический статус.** Двигательно спокоен, расторможен. В разговоре дистанцию с врачом не держит, обращается на «ты». Ориентирован полностью. На вопросы отвечает в плане заданного. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту и полученному образованию. Эмоционально лабилен. Настроение приподнятое. Нахождение в больнице не тяготится. Планы на будущее формальные. Бредовые идеи активно не высказывает. Обманов восприятия не обнаружено. Критика отсутствует. Сон, аппетит удовлетворительные.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Дисоциальное расстройство личности.

**Рекомендации по лечению.**

Таб. Fluvoxatini 100мг, по ½ таб вечером

Капс. Acidi aminophenylbutyrici 250 мг, по 1 капс 3 р/д

Таб. Carbamazepini 200мг, по 1 таб 2 р/д

## 37. РАССТРОЙСТВА ПРИВЫЧЕК И ВЛЕЧЕНИЙ

Расстройства привычек и влечений – группа психических расстройств, характеризующихся периодической неспособностью противостоять импульсивным желанием совершать опасные для себя и окружающих действия. Расстройства не обусловлены приёмом ПАВ, соматическим, неврологическим заболеванием или другим психическим расстройством. Частота встречаемости – 1–3% населения.

### *Общие характеристики:*

- Периодически возникающее непреодолимое желание совершить опасное для себя и окружающих действие, которому невозможно противостоять.
- Перед совершением действия пациенты испытывают нарастающее напряжение и повышенную психическую и физическую активность.
- Во время совершения действия пациенты ощущают радость или чувство облегчения.

### *Классификация и клиническая картина*

- **Периодическое взрывное расстройство** (расстройство в виде периодического возбуждения) – эпизоды потери контроля над агрессивными импульсами, во время которых пациенты совершают акты жестокого насилия или разрушительные действия. За каждым эпизодом следует искреннее раскаяние. Агрессивные тенденции в межприступном периоде отсутствуют. Может возникнуть в любом возрасте, чаще всего – в 20–40 лет.
- **Клептомания** (импульсивное воровство) – эпизоды непреодолимого желания воровать предметы, не имеющие материальной ценности и не нужные для личного пользования. После каждого эпизода развивается депрессия. Кражу невозможно объяснить гневом или мстостью. Украденные вещи выбрасывают, тайно возвращают владельцам или хранят дома. Приступ kleptomании часто провоцируют психотравмирующие ситуации. Клептомания часто сочетается с депрессией, нервной анорексией и пироманией. Расстройство обычно возникает в детстве.

- **Патологическая игра** (патологическое влечение к азартным играм) – хроническая прогрессирующая неспособность противостоять желанию участвовать в азартных играх, приводящая к социально – трудовой дезадаптации и деградации личности. Пациенты настолько увлечены азартными играми, что игра на определённом этапе становится смыслом жизни. Они каждый раз испытывают потребность в увеличении размеров ставок, чтобы достичь желаемого возбуждения. Неоднократные попытки контролировать желание участвовать в игре безуспешны и сопровождаются беспокойством и раздражительностью. Игру часто используют для ухода от проблем или уменьшения тревоги, чувства вины. В случае необходимости выполнения своих социальных и профессиональных обязательств пациенты чаще вовлекаются в игру. Чтобы скрыть степень увлечения азартными играми, они обманывают окружающих. Больные продолжают играть, несмотря на растущие долги, часто совершают антисоциальные поступки, направленные на добывание денег для игры. Патологическим игрокам присуще убеждение, что деньги – причина и решение их проблем. Расстройство у мужчин начинается в подростковом возрасте, у женщин – в позднем периоде жизни. В патологической игре различают 3 стадии: стадия вовлечения в игру (начинается после первого крупного выигрыша), стадия прогрессирующих проигрышей (участие в рискованных мероприятиях, растущие долги, прогулы и потеря работы), стадия отчаяния (пациент играет на большие суммы денег, растрачивая чужие деньги). До наступления 3 – й стадии может пройти 15 лет, но затем в течение 1–2 лет происходит полное разрушение личности больного.

- **Пиромания** (импульсивное поджигательство) – непреодолимое желание совершать поджоги. Пациенты, наблюдая за пожаром или участвуя в нём, проявляют интерес и любопытство, испытывают радость, удовлетворение или облегчение. Пожар никогда не совершается ради материальной выгоды, для сокрытия преступлений, как выражение общественно – политического протеста. Пиромания начинается в детстве и подростковом возрасте.

- **Трихотилломания** (трихокриптомания) – непреодолимое желание выдёргивать собственные волосы, не связанное с кожными заболеваниями. Наиболее часто выдёргивают брови, ресницы, бороду и волосы на голове. Расстройство может сопровождать трихофагия – заглатывание волос (рис. 47).



Рисунок 6 Причины трихотилломании

- **Дромомания** (бродяжничество, пориомания) – импульсивное непреодолимое влечение к перемене мест.
- **Мифомания** (патологическая лживость, мифомания Дюпре, истерическое фантазирование, сновидения наяву) – непреодолимое влечение к обману с преобладанием рассказов о собственных необычных приключениях с присвоением заслуг, титулов, званий. В сознании субъекта стирается грань между реальными фактами и вымыслом.
- **Копролалия** – импульсивное непреодолимое влечение к произнесению произнесение бранных слов, нецензурных выражений.

- **Дипсомания** (дипсомания истинная, запой истинный) – непреодолимое влечение к интенсивному пьянству на фоне подавленного настроения с тяжёлыми алкогольными эксцессами, но без признаков зависимости.

### **Клинический пример.**

*Мужчина 26 лет по настоянию родителей обратился за помощью к врачу психотерапевту. Жалобы на непреодолимое влечение к азартным играм, раздражительность, нарушение сна.*

***Анамнез заболевания.** Со слов пациента в течение 12 лет страдает игровой зависимостью, периодические «не играл» по 3–4 года. В течение последнего года стал проигрывать все деньги, которые зарабатывал, «набрал кредиты» «влез в долги», появилась раздражительность, чувство «внутреннего» напряжения, перестал спать. Обратился к психиатру, госпитализирован в стационар.*

***Анамнез жизни.** Наследственность патологически не отягощена. Родился младшим из 3-х детей. В школу пошел с 7 лет, закончил 9 классов, учился на 3 и 4. После школы учиться не захотел, работал на стройке подсобником, затем рихтовщиком машин, последние 8 лет работает кладовщиком. В настоящее время не работает. Не женат, детей нет. Проживает с родителями в частном доме. Туберкулез, венерические заболевания, ЧМТ отрицает. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, страдает хр. гастритом. Курит, употребление наркотиков отрицает, «алкоголь» по праздникам. В Армии не служил из – за плоскостопия. Аллергологический анамнез не отягощен. Эпид. анамнез: в течении последних 3-х недель лихорадки, кожной сыпи, респираторных инфекций не отмечает. контакта с инфекционными больными не было. дисфункцию кишечника отрицает.*

***Психический статус.** Ориентирован полностью. В беседу с врачом вступает охотно. При поступлении жаловался на раздражительность, плохой сон, «дрожь» в теле, усиливающаяся при волнении, чувство*

*«внутреннего напряжения», утомляемость, компульсивное влечения к азартным играм, «Если у меня появляются деньги мне тут же надо их проиграть...». На фоне проводимого лечения улучшился сон, уменьшилась раздражительность, стал спокойнее. Желание играть отрицает. Сохраняется чувство «внутреннего» напряжения, периодически возникающие «тремор», головные боли. Астенизирован Фиксирован на своих переживаниях. Эмоционально лабилен. Настроение неустойчивое, чаще снижено. Внимание неустойчивое, память, мышление сохранены. Суицидальные мысли не высказывает. Бреда, галлюцинаций не выявлено.*

***Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.*

***Клинический диагноз.** Патологическое влечение к азартным играм.*

***Рекомендации по лечению.***

*Психотерапевтическая коррекция*

*Таб. Sulpiridi 200мг, по 1 таб 2 р/д*

*Таб. Carbamazepini 200мг, по 1 таб 2 р/д*

*Таб. Sertralini 100мг, по 1 таб 1 р/д утром.*

### **Клинический пример.**

*Пациентка 16 лет обратилась за помощью к психотерапевту с жалобами на очаг облысения, периодическое непреодолимое желание расчесывать и выдергивать волосы в этой области.*

***Анамнез заболевания.** Болеет с 12 лет. Заболела остро, точно указывают дату первой манифестации. Первично заметила очаг выпадения волос в области челки диаметром около 2 см. Обращалась к дерматологу. Соскоб на мицелий – отрицательный. Для лечения рекомендована настойка красного перца наружно на очаг. На фоне проводимой терапии рост очага продолжился. За неделю размер увеличился до 10\*5 см. А за три месяца патологический процесс захватил всю теменную зону. После этого площадь очага не увеличивалась, но рост волос восстанавливался плохо. В течение*

последующих трех лет неоднократно обращалась за консультацией дерматолога и трихолога. Не смотря на то, что многократные соскобы с кожи в очаге не выявили наличие мицелия, был поставлен диагноз микоз кожи головы, проводилось лечение топическими антимикотиками, затем был назначен гризеофульвин в дозе 0,5625 г (4,5 таб.) в сутки, курс 30 дней. На фоне проводимой терапии пациентка стала жаловаться на боли в животе, от дальнейшего лечения отказалась. Еще одним дерматологом было высказано предположение, что нарушение волос является вложенной патологией вследствие проживания в экологически неблагоприятном районе (пациентка жила в Казахстане, городе Семей, до 2007 года – Семипалатинск)

**Анамнез жизни.** Родилась в г. Семей. Беременность и роды протекали без особенностей. Раннее развитие соответствовало возрасту. Наследственность патологически не отягощена. Единственный ребенок в семье. В школу пошла с 6 лет, закончила 10 классов, училась на 4 и 5. Проживает с родителями в частном доме. Условия быта удовлетворительные. Туберкулез, онкозаболевания, ЧМТ отрицает. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Вредные привычки отрицает. Алергологический анамнез не отягощен.

**Психический статус.** Двигательно спокойна. Внешне опрятна. Мимика живая. Вербальному контакту доступна. На вопросы отвечает в плане заданного. В беседе активна. Ориентирована полностью. Речь быстрая внятная. Мышление продуктивное. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту и полученному образованию. Эмоциональный фон ближе к ровному. Настроение обычное. Периодически – непреодолимое желание выдергивать волосы на голове, усиливающееся на фоне психоэмоциональной нагрузки. Ощущение внутреннего напряжения, волнение. Бредовых идей, обманов восприятия не выявлено. Сон, аппетит удовлетворительные.



*Данные объективного обследования. Соматический статус без особенностей.*

*Неврологический статус без особенностей.*

*Клинический диагноз. Трихотилломания.*

*Рекомендации по лечению.*

*Психотерапевтическая коррекция*

*Таб. Hydroxyzini 25мг, по 1 таб 2 р/д*

*Таб. Chlorprothixeni 25 мг, по 1 таб 1 р/д вечером.*

### 38. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Умственная отсталость – состояние, обусловленное врожденным или раноприобретенным недоразвитием психики с выраженной недостаточностью интеллекта, затрудняющее или делающее полностью невозможным адекватное социальное функционирование индивидуума.

Термин «умственная отсталость» стал общепринятым в мировой психиатрии в течение последних двух десятилетий, вошел в международные классификации психических болезней и национальные классификации многих стран, заменив термин «олигофрения», который длительное время был распространен в нашей стране и некоторых других странах мира.

В МКБ–10 умственная отсталость определяется как «состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных особенностей».

Независимо от особенностей того или иного определения умственной отсталости в нем всегда в сравнении с нормальным развитием отмечаются два момента: раннее возникновение интеллектуальной недостаточности и нарушение адаптационного поведения.

Главными критериями олигофрении всегда считались следующие: тотальность психического недоразвития с преобладанием слабости абстрактного мышления при меньшей выраженности нарушений предпосылок интеллекта и относительно менее грубым недоразвитием эмоциональной сферы; непрогредиентность интеллектуальной недостаточности, то есть остановка психического развития, являющаяся следствием нарушения онтогенеза, а также необратимость вызвавшего недоразвитие патологического процесса.

В настоящее время, помимо диагноза «умственная отсталость», или «олигофрения», существует диагностическое определение «задержка психического развития», которое обозначает не только более легкую степень

интеллектуального недоразвития, но и отсутствие во многих случаях необратимости состояния.

В психиатрической практике количественная оценка интеллектуальной недостаточности является одним из необходимых методов обследования при диагностике умственной отсталости, но одновременно должны учитываться показатели развития речи (словарный запас) и других психических функций – памяти, внимания, способность к обучению, особенности поведения. Это помогает избежать серьезных диагностических ошибок, которые подчас допускаются при массовом применении психометрических тестов в отрыве от других методов обследования.

Недоразвитие интеллекта может быть следствием влияния многих факторов, нарушающих развитие и созревание мозга. Эти факторы многочисленны – как внешнесредовые, так и эндогенные, наследственно обусловленные. В большинстве случаев они выступают в сложном взаимодействии и единстве. В связи с тем, что именно нервная ткань наиболее чувствительна к самым разнообразным тератогенным влияниям, эти факторы могут быть причиной антенатально обусловленной умственной отсталости. Но существуют и патогенные факторы перинатального и раннего постнатального периодов – гипоксия, нейроинфекции, различные соматические заболевания (особенно первых месяцев жизни). Особенно важную роль в развитии умственной отсталости играют наследственные факторы, различные как по механизмам воздействия, так и по характеру проявления наследственной патологии. Наконец, на возникновение психического недоразвития влияет дефицит сенсорной стимуляции в раннем возрасте, то есть психическая депривация.

Разнообразие патогенных факторов и неспецифичность умственной отсталости как признака затрудняют оценку причинно – следственных связей в патогенезе умственной отсталости. Существует гипотеза, в соответствии с которой в этиологии психического недоразвития различают два принципиально различных ряда факторов.

Первый ряд факторов относится к умственной отсталости более тяжелой степени. Он представлен совокупностью наследственных и внешнесредовых факторов, каждый из которых резко изменяет фенотип. Часто таким фактором является наследственный – хромосомные aberrации, мутантные гены. Средовые же воздействия в этом случае относятся к так называемым случайно–средовым явлениям (травмы, нейроинфекции).

Второй ряд факторов относится к умственной отсталости более легкой степени. Ее связывают с действием «микрофенных» факторов, имеющих наследственный и ненаследственный компоненты и дающих суммарный эффект. Наследственные компоненты рассматриваются как конституциональные особенности, отражающие семейную отягощенность, а внешнесредовые – как сумма отрицательных воздействий среды (биологического и культурально–семейного характера), препятствующих развитию интеллекта ребенка в рамках его генетического потенциала. Выделение мегафенных и микрофенных факторов, естественно, не является абсолютным и скорее отражает лишь общую тенденцию повышения доли мегафенных причин при большей тяжести интеллектуального дефекта.

В связи с приведенной гипотезой представляет интерес сопоставление умственной отсталости легкой и тяжелой степени (табл. 1).

Клинико–биологические и социальные особенности умственной отсталости разной степени

Таблица 1

Характеристика	Степень умственной отсталости	
	Легкая	Тяжелая
IQ	Выше 50	Около 30–20
Клиническая оценка степени тяжести	Дебильность, пограничная умственная отсталость	Имбецильность, идиотия, тяжелая умственная отсталость

Обозначение в литературе	Семейная, недифференцированная, семейно–культуральная, семейная доклиническая	Биологическая, патологическая, клиническая
Частота в популяции	1–3 % (с большими колебаниями показателей в разных источниках)	Около 0,4 %
Распределение по полу	Отсутствие различий или незначительное преобладание мужчин	Преобладание мужчин
Сопутствующие состояния	Нарушения поведения	Двигательная расторможенность, соматическая и неврологическая патология, эпилептиформный синдром
Репродуктивность	Нормальная или повышенная	Отсутствует или резко снижена
Семейная психопатология	Родители и сибсы часто умственно отсталые или с низкой нормой интеллекта; алкоголизм; преступность	Родители, как правило, интеллектуально полноценны, сибсы могут быть умственно отсталыми
Этиопатогенез	Мультифакториальное наследование заболевания; реже болезнь, обусловленная одним геном и хромосомными нарушениями; незначительная роль экзогенных факторов	Экзогенно обусловленное заболевание, редкие случаи наследования болезни по рецессивному типу и обусловленное хромосомными аномалиями

Цели и возможности медицинской и педагогической помощи больному и семье	Обучение и воспитание, трудоустройство	Медико–генетическое консультирование семьи; социальное устройство больного, патогенетическое лечение некоторых дефектов обмена
---	--	--

Соотношение клинических и психометрических оценок тяжести умственной отсталости (IQ) (табл. 2)

Таблица 2

IQ (по тесту Векслера)	Клиническое определение	Определение степени умственной отсталости по МКБ–10	Другие градации умственной отсталости
80 – 100	Норма (средняя)	Норма	Норма
70 – 80	Пограничные с нормой задержки развития	–	Пограничные формы
50 – 70	Дебильность	Легкая	Мягкая форма
35–50	Имбецильность	Умеренная	Среднетяжелая
20–35(40)		Тяжелая	Тяжелая
Менее 20	Идиотия	Глубокая	Очень глубокая

В показателях распространенности умственной отсталости в разных странах и даже в отдельных районах одной и той же страны отмечаются значительные колебания. Это может отражать и реальное число больных в том или ином регионе мира, но следует указать основные причины таких различий: степень выявляемости больных, разные критерии диагностики умственной отсталости, а также культуральные особенности того или иного общества и вытекающие из них системы обучения и воспитания, не только создающие предпосылки для адаптации больных и компенсации нарушенных

функций, но и отражающие разную степень толерантности общества к умственно отсталым.

### **Клинический пример.**

*Пациентка 32 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в связи ухудшением состояния. По словам ее сестры пациентка неоднократно уходила гулять на улицу и являлась, когда стемнеет, не слушается, пьет спиртное, гуляет с мужчинами, дома не следит за собой. Жалоб не предъявляет.*

***Анамнез заболевания.** С детства отмечались судорожные припадки. В 2003 году лечилась в данном стационаре с диагнозом: ЛУО, обусловленная неуточненными причинами, без нарушения поведения, судорожный синдром.*

***Анамнез жизни.** Младшая из 2 детей. С детства отставала в умственном развитии. Ходить начала к 1г 6 мес., фразовая речь с 3 лет. В школу пошла с 7 лет, окончила 9 классов вспомогательной школы. Не работала, является инвалидом 2 группы. Мать умерла в 2011г. Сестра является опекуном. Проживает с сестрой.*

*Перенесенные заболевания: простудные, частые ангины, детские инфекции, хр. тонзилит. Акушерский анамнез: menses регулярные. ТВС, ЧМТ, болезнь Боткина, вензаболевания, вирусный гепатит – отрицает. Аллергоанамнез отягощен – ампициллин. Наследственность психопатологически отягощена: отец злоупотребляет алкоголем.*

***Психический статус.** Сознание ясное. Ориентирована во всех видах достаточно. Правильно отвечает на простые вопросы. Расстройств восприятия и бредовых идей нет. Мышление конкретное, малопродуктивное. Не понимает переносный смысл пословиц и поговорок, не может считать до 10. Читает. Память и интеллект низкие. Круг интересов ограничен. Не может объяснить неправильное поведение дома. Критика к своему состоянию формальная. Судорожных припадков в течении последнего года не наблюдалось. Сон, аппетит достаточные.*

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Легкая умственная отсталость с нарушением поведения.

**Рекомендации по лечению.**

Таб. Memantini 10 мг, внутрь по 1 таб 1 р/д утром

Р-р Risperidoni, внутрь по 0,5 мл 2 р/д

Таб. Carbamazepini 200мг, по 1 таб 2р/д

**Клинический пример.**

Ребенок 11 лет по направлению участкового врача–психиатра был госпитализирован в ВОКПНД. Самостоятельно жалоб не предъявляет. Со слов родителей, расторможенность в поведении ребенка, временами агрессивные проявления, особенно по отношению к окружающим, может поднять руку, ударить. Мальчик не слушается, капризничает, часто настаивает на своем. Плохой сон. Рассеянность. Начал хуже заниматься, стал неусидчивым, быстрее утомляется, теряет интерес к заданиям, уходит больше времени на занятия. Низкий интеллект, снижение памяти, нарушение речи.

**Анамнез заболевания.** Ребёнок болен с рождения. В возрасте 4 месяцев поступил в дом ребенка. Рос со значительной задержкой в НПР и ФР, плохо прибывал в массе и росте. Сидит – с 11 месяцев, стоит у опоры – с 1 г 6 мес., ходит – с 1 г 11 мес. Часто болел ОРВИ, обострения атопического дерматита, анемия легкой степени, ЗНПР, задержка ФР, РЭП. Получал курсами ноотропы, сосудистые адаптогены, биостимуляторы, поливит, аминокислоты. Последнее ухудшение 10 мая 2012 года. Отмечалось расторможенность в поведении, неусидчивость, плохой сон, рассеянность. При поступлении три дня плакал в отделении, ничто не могло отвлечь его. Также отмечалось агрессивность. Госпитализируется с целью обследования, лечения, коррекции и решения экспертных вопросов.



**Анамнез жизни.** Ребенок от третьей беременности, мать во время беременности не наблюдалась, злоупотребляла алкоголем. Роды на сроке 36–37 недель. Родился мальчик с массой тела 1800г, длиной тела 48см. Диагноз роддома: Перинатальное поражение ЦНС, гипертензионный синдром, синдром мышечной дистонии, фетальный гепатит, пренатальная гипотрофия II степени, анемия средней тяжести. Лекарственная аллергия на ампициллин, витамин В1, В6; ОРЗ.

В дом ребенка поступил 21.02.02 в возрасте 4 месяцев. Рос со значительной задержкой в НПР и ФР, плохо прибывал в массе и росте. Сидит – с 11 месяцев, стоит у опоры – с 1 г 6 мес., ходит – с 1 г 11 мес. Часто болел ОРВИ, обострения атопического дерматита, анемия легкой степени, ЗНПР, задержка ФР, РЭП. Получал курсами ноотропы, сосудистые адаптогены, биостимуляторы, поливит, аминокислоты.

Перенесенные заболевания: 2005 год – скарлатина, острый ринит; 2006 год – ветряная оспа, острый гастрит, 2007 год – вирусная инфекция, лимфаденит, ячмень левого века, инородное тело носового прохода; 2008 год – контагиозный моллюск на ягодицах, ОРВИ, ринофарингит; 2009 год – ОРВИ. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергический анамнез: лекарственная аллергия на ампициллин, витамин В1, В6.

**Психический статус.** Внешне опрятен. Пациент сидит спокойно, улыбается, доволен собой. Отношение к куратору дружественное, заинтересованное. Задания выполняет. В беседе без чувства дистанции. Сознание ясное. Пациент ориентируется в себе, во времени и пространстве. Речь невнятная, развита плохо. Использует фразы и простые предложения. Словарный запас беден. Механически называет свое имя, фамилию, возраст. Кругозор узок, называет предметы и вещи с помощью куратора, опирается на наглядный материал. Приметы раскрывает не полностью, примитивно, называет не все предметы, домашних животных. На вопросы отвечает охотно, но однословно. Мышление наглядно – действенное. Функции анализа – синтеза развиты слабо. Сравнения проводить затрудняется. Простые

сравнения проводит (по форме, цвету, размеру), значительно затруднено описание, с усложнением не справляется. Эмоционально однообразен, несколько монотонен, не всегда адекватен. Эмоционально не зрелый, развязан. Изменений интенсивности и качества ощущения, восприятия не наблюдаются. Психосенсорных расстройств не отмечено. Усиления или ослабления пищевых влечений нет. Реакции паники, страха не наблюдается. Временами двигательно расторможен, временами двигательно активен, неусидчив. Расстройства сна не наблюдаются – засыпает быстро, спит хорошо. Внимание истощенное, неустойчивое, привлекается ненадолго. Задания выполняет неравномерно, избирательно. С трудом привыкает к новому. Детям особо не тянется, играть не умеет. Затруднено общение со сверстниками, больше тянется к взрослым. Интеллектуальные проявления неравномерны, в целом, ниже возрастного уровня. Счетные операции затруднены в пределах 20. Знает основные цвета, оттенки, геометрические фигуры. При выполнении заданий требует постоянного внимания к себе. Целостный образ знакомых предметов нечеткий, неполный. Разрезы картинки из 3–4 частей собирает с небольшой помощью, из 4–х диагональных – не справляется. Серийные картинки самостоятельно не раскладывает. Упрощенный вариант сложил с пошаговыми подсказками, причинно–следственной связи не улавливает. Операциями переноса не владеет. Школьные знания неравномерны. Критики к своему состоянию нет

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз:** Олигофрения, легкая умственная отсталость (дебильность)

**Рекомендации по лечению.**

Таб. Метантини 10 мг, внутрь по 1/2 таб 1 р/д утром

Таб. Тиарпиди 100мг, по 1/2 таб 3 р/д

## **39. РАССТРОЙСТВО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО (ПСИХИЧЕСКОГО) РАЗВИТИЯ.**

Расстройства психологического (психического) развития имеют следующие признаки:

- а) начало обязательно в младенчестве или детстве;
- б) повреждение или задержка в развитии функций, тесно связанных с биологическим созреванием ЦНС;
- в) постоянное течение, без ремиссий или рецидивов, характерных для многих психических расстройств.

В большинстве случаев пораженные функции включают речь, зрительно – пространственные навыки и/или двигательную координацию. Характерной особенностью повреждений является тенденция к прогрессивному уменьшению по мере того, как дети становятся старше (хотя более легкая недостаточность часто остается во взрослой жизни). Обычно задержка в развитии или повреждение проявляются с такого раннего периода, как только это могло быть обнаружено, без предшествующего периода нормального развития. Большинство этих состояний отмечается у мальчиков в несколько раз чаще, чем у девочек.

Для нарушений развития характерна наследственная отягощенность подобными или родственными расстройствами и имеются данные, предполагающие важную роль генетических факторов в этиологии многих (но не всех) случаев. Средовые факторы часто оказывают влияние на нарушенные развивающиеся функции, но в большинстве случаев они не имеют первостепенного значения. Однако, хотя обычно не имеется существенных расхождений в общей концептуализации расстройств этого раздела, в большинстве случаев этиология неизвестна, и сохраняется неуверенность относительно границ и определенных подгрупп нарушений развития. Более того, существуют два типа состояний, включенных в этот раздел, что не полностью отвечает широкому концептуальному определению, приведенному выше. Во – первых, это расстройства, в которых

была несомненная фаза предшествующего нормального развития, такие как дезинтегративное расстройство детского возраста, синдром Ландау–Клефнера, некоторые случаи аутизма. Эти состояния включены сюда потому, что хотя их начало различно, но их характерные особенности и течение имеют много сходного с группой нарушений развития; кроме того, неизвестно, отличаются ли они этиологически. Во – вторых, есть расстройства, прежде всего определяемые как отклонения, а не задержка в развитии функций; это особенно применимо к аутизму. Аутистические расстройства включены в этот раздел потому что, хотя и определены как отклонения, задержка развития некоторой степени обнаруживается почти постоянно. Кроме того, есть частичное совпадение с другими нарушениями развития, как в смысле характерных особенностей отдельных случаев, так и в сходной группировке.

#### **40. ДЕТСКИЙ АУТИЗМ.**

Ранний детский аутизм (РДА, синдром Каннера) – психопатологический синдром, основу которого составляют стойкие нарушения социального взаимодействия, общения и поведения. Частота раннего детского аутизма в популяции составляет 2–4 случая на 10 тыс. детей за явным преобладанием данного расстройства среди мальчиков (3–4:1).

Ранний детский аутизм начинает проявлять себя в первые 3 года жизни ребенка, обычно диагностируется у детей в возрасте 2–5 лет. Примерно в 0,2% случаев ранний детский аутизм сочетается с умственной отсталостью. Характерно, что ранний детский аутизм никогда не развивается у детей старше 5 лет, поэтому, начиная со старшего дошкольного возраста, следует думать о возникновении у ребенка с отклонениями в поведении других психических отклонений, прежде всего шизофрении.

На сегодняшний день причины и механизмы раннего детского аутизма до конца неясны, что порождает множество теорий и гипотез происхождения нарушения.

Генная теория происхождения связывает ранний детский аутизм с генетическими дефектами. Известно, что 2–3% потомков аутистов также страдает этим расстройством; вероятность рождения второго ребенка–аутиста в семье составляет 8,7%, что во много раз превышает среднюю популяционную частоту. У детей с ранним детским аутизмом чаще обнаруживаются другие генетические нарушения – фенилкетонурия, синдром ломкой X–хромосомы, нейрофиброматоз Реклингхаузена, гипомеланоз Ито.

Согласно тератогенной теории возникновения раннего детского аутизма, различные экзогенные и средовые факторы, воздействующие на организм беременной на ранних сроках, могут вызывать биологические повреждения ЦНС плода и в дальнейшем приводить к нарушению общего развития ребенка. Такими тератогенами могут выступать компоненты продуктов питания (консерванты, стабилизаторы, нитраты), алкоголь, никотин, наркотики, лекарственные препараты, внутриутробные инфекции, стрессы, факторы среды (радиация, выхлопные газы, соли тяжелых металлов, фенол и др.). Кроме этого, частая связь раннего детского аутизма с эпилепсией (примерно у 20–30% больных) указывает на наличие перинатальной энцефалопатии, которая может развиваться вследствие токсикозов беременности, гипоксии плода, внутричерепных родовых травм.

Альтернативные теории связывают происхождения раннего детского аутизма с грибковой инфекцией, метаболическими, иммунными и гормональными нарушениями, старшим возрастом родителей. В последние годы появились сообщения о связи раннего детского аутизма с профилактической вакцинацией детей против кори, паротита и краснухи, однако свежие исследования убедительно опровергли наличия причинно–следственной связи между прививкой и заболеванием.

Согласно современным представлениям, ранний детский аутизм входит в группу первазивных (общих) нарушений психического развития, при которых страдают навыки социально–бытового общения. Эта группа также

включает синдром Ретта, синдром Аспергера, атипичный аутизм, гиперактивное расстройство с УО и стереотипными движениями, дезинтегративное расстройство детского возраста.

По этиологическому принципу различают ранний детский аутизм эндогенно–наследственного, связанного с хромосомными абберациями, экзогенно – органического, психогенного и неясного генеза. На основании патогенетического подхода выделяют наследственно – конституциональный, наследственно – процессуальный и приобретенный постнатальный дизонтогенез.

С учетом преобладающего характера социальной дезадаптации при раннем детском аутизме К. С. Лебединская выделила 4 группы детей:

- с отрешенностью от окружающего (полное отсутствие потребности в контакте, ситуативное поведение, мутизм, отсутствие навыков самообслуживания)
- с отвержением окружающего (двигательные, сенсорные, речевые стереотипии; синдром гиперактивности, нарушение чувства самосохранения, гиперсензитивность)
- с замещением окружающего (наличие сверхценных пристрастий, своеобразие интересов и фантазий, слабая эмоциональная привязанность к близким)
- со свертормозимостью в отношении окружающего (пугливость, ранимость, лабильность настроения, быстрая психическая и физическая истощаемость).

Основные «классические» проявления раннего детского аутизма включают: избегание ребенком контактов с людьми, неадекватные сенсорные реакции, стереотипии поведения, нарушения речевого развития и вербальной коммуникации.

Нарушения социального взаимодействия у ребенка, страдающего аутизмом, становятся заметными уже раннем детстве. Ребенок–аутист редко улыбается взрослым и откликается на свое имя; в более старшем возрасте –

избегает зрительного контакта, редко приближается к посторонним, в т. ч. другим детям, практически не проявляет эмоций. По сравнению со здоровыми сверстниками, у него отсутствует любопытство и интерес к новому, потребность в организации совместной игровой деятельности (рис. 48).



Рисунок 7 Основные симптомы аутизма. Сопутствующие нарушения.

Обычные по силе и длительности сенсорные раздражители вызывают у ребенка с синдромом раннего детского аутизма неадекватные реакции. Так, даже негромкие звуки и неяркий свет могут вызывать повышенную пугливость и страх либо, напротив, оставлять ребенка равнодушным, как будто он не видит и не слышит, что происходит вокруг. Иногда дети – аутисты избирательно отказываются надевать одежду определенного цвета или использовать некоторые цвета в продуктивной деятельности (рисовании, аппликации). Тактильный контакт даже в младенческом возрасте не вызывает ответной реакции или провоцирует сопротивление. Дети быстро утомляются от деятельности, пресыщаются от общения, зато склонны к «застреванию» на неприятных впечатлениях.

Отсутствие способности к гибкому взаимодействию с окружающей средой при раннем детском аутизме обуславливает стереотипность поведения: однообразие движений, однотипные действия с предметами, определенный порядок и последовательность выполнения действий, большую привязанность к обстановке, к месту, а не к людям. У детей – аутистов отмечается общая двигательная неловкость, неразвитость мелкой моторики, хотя в стереотипных, часто повторяемых движениях они демонстрируют поразительную точность и выверенность. Формирование навыков самообслуживания также происходит с запозданием.

Речевое развитие при раннем детском аутизме отличается своеобразием. Долингвистическая фаза языкового развития протекает с задержкой – поздно появляется (иногда совсем отсутствует) гуление и лепет, звукоподражание, ослаблена реакция на обращение взрослых. Самостоятельная речь у ребенка с ранним детским аутизмом также появляется позднее обычных нормативных сроков (смотри «Задержка речевого развития»). Характерны эхолалии, штампованность речи, выраженные аграмматизмы, отсутствие в речи личных местоимений, интонационная бедность языка.

Своеобразие поведения ребенка с синдромом раннего детского аутизма определяется негативизмом (отказом от обучения, совместной деятельности, активным сопротивлением, агрессией, уходом «в себя» и пр.) Физическое развитие у детей – аутистов обычно не страдает, однако интеллект в половине случаев оказывается сниженным. От 45 до 85% детей с ранним детским аутизмом испытывают проблемы с пищеварением; у них часто встречаются кишечные колики, диспепсический синдром.

Согласно МКБ–10, диагностическими критериями раннего детского аутизма являются:

- 1) качественное нарушение социального взаимодействия;
- 2) качественные нарушения общения;
- 3) стереотипность форм поведения, интересов и активности.



Диагноз раннего детского аутизма устанавливается после периода наблюдения за ребенком коллегиальной комиссией в составе педиатра, детского психолога, детского психиатра, детского невролога, логопеда и других специалистов. Широко используются различные опросники, инструкции, тесты измерения уровня интеллекта и развития. Уточняющее обследование может включать ЭЭГ, МРТ и КТ головного мозга при судорожном синдроме; консультацию генетика и генотипирование при неврогенетических расстройствах; консультацию гастроэнтеролога при пищеварительных расстройствах.

Дифференциальная диагностика раннего детского аутизма проводится как внутри группы первазивных нарушений развития, так и с другими психопатологическими синдромами – задержкой психического развития, олигофренией, шизофренией, депривационными расстройствами и пр.

### **Клинический пример.**

*Ребенок 13 лет в сопровождении родителей направлен на госпитализацию в ПНД участковым врачом–психиатром. Со слов родителей, у ребенка чрезмерная раздражительность, плаксивость. Не всегда откликается на собственное имя. Отсутствие словарного запаса. Часто беспричинно прыгает на месте, машет руками.*

***Анамнез заболевания.** С 1г 8 мес «замолчал», стал общаться жестами, "мычал" до 6 лет, хотя буквы называл, с 8 лет начал считать до 10, называя цифры. С июня 2010г. стал говорить фразы «мама, деда, пошли кушать в столовую, а Вова купается». Себя называет в 3–м лице. Всегда был осторожным, «оберегал себя», не давал дотронуться до себя, постригаться. Около 2–х лет стал стереотипно трясти ладонями, последние годы раскачивается. С 2,5 лет оформлен в детский сад, посещал 1 год обычную группу, с 3–х лет был в группе ЗПР, где сам ел, раздевался, одевался, якобы, «в толпе особо не отличался». С 6 до 8 лет находился в специализированном ДДУ, где перестал одеваться, стал кричать, подражая*

другим. С 8 лет был оформлен в школу №00, но бабушка водила 2 раза в неделю (в классе не понимал дисциплины, дистанции, был расторможен, бегал), переведен на домашнее обучение. Учится формально, переведен в 6 класс. С 3-х лет наблюдается краевым детским психиатром с диагнозом: Аутизм, в 2009 г на ЭЭГ мониторинге выявлялись комплексы пик-медленная волна во время сна – генерализованная активность. С 2006г получал эглонил 50мг – 1р, затем сероквель 50мг с улучшением, Risperidoni с 2007г по 2009г по 0,5мг/сут. В это время (в 5–6 лет) наблюдалось обострение симптоматики, был возбужденным, агрессивным. С 21.04.2009 г получал сероквель, Chlorpromazini, с мая 2009 г – Clozapini 25 мг 1/4т на ночь, стал спокойнее. С 2009 г назначались конвульсан, депакин-хроно, на трилептал была аллергическая сыпь. С сентября 2010г в ГПД назначен Thioridazini 10мг – 3р/д с улучшением, на хлорпротиксен – возбуждение. Дома играл с конструктором, строил кошке дом, помогал бабушке готовить, набирал буквы на компьютере, пишет слова «школа, мама, деда». Ролевая игра примитивная. Последняя выписка из ПБ в 2011 году, диагноз: Атипичный аутизм эндогенный с выраженным расстройством экспрессивной речи, выраженным гиперкинетическим синдромом, расстройством поведения. После выписки непродолжительное время принимал поддерживающее лечение. В течении последних 2 лет специфического лечения не получает, находится на гомеопатическом лечении (со слов матери). Состояние начало ухудшаться с лета 2014 года – очень ждал сестренку, но после ее рождения стал агрессивен к ней, в связи с чем мать переселила ее к бабушке, осталась ухаживать за ним. В течении последней недели состояние значительно ухудшилось – ночью не спит, двигательно возбужден, крайне агрессивен, кидает предметы в родных, на любые звуки ломает мебель и бытовую технику, кидается драться на мать, отказывается мыться. По направлению врача психиатра ГПД госпитализирован в ПБ.

**Анамнез жизни.** Ребенок родился 3 ноября 2003 года от 1 беременности, 1 родов, беременность желанная, в 23 недели – гестоз 1 степени, в 29 недель

– многоводие, периодическое повышение АД до 140/100, первородящая старшего возраста, на момент родов маме было 38 лет, дородовое излитие околоплодных вод, крупный плод, роды путем кесарева сечения на сроке беременности 39–40 недель. Вес при рождении 4272, рост 55 см, окружность головы 37 см, окружность груди 38 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов, выписан на 5 сутки. Формула развития: голову начал держать в 4 месяца, сел в 8 месяцев, пошел в 1 год. Первые слова появились после 1,5 лет, фразовая речь – после 3 лет.

**Психический статус.** С первого дня нахождения в стационаре возбужден, импульсивен, протестен, плаксив, трудноуправляем. Контакту недоступен, внимание привлекается с трудом, словарный запас ограничен (говорит: мама, домой, хочу, курочка). Примитивен, круг интересов ограничен физиологическими потребностями, самостоятельно не кушает, кормится мед. персоналом, при этом часто пытается укунить кормящего, вываливает пережеванную еду изо рта, падает на пол, начинает кричать, выть, плакать. Уговорам не поддается. В туалет самостоятельно не просится, в памперсе. В отделении находится в наблюдательной палате, постоянно стремится из нее выйти, большую часть времени либо сидит стереотипно раскачиваясь на кровати, либо лежит и «воет», при этом если подойти и потормозить, перестает, смотрит в глаза, успокаивается, если с ним разговариваешь. С матерью на свиданиях спокоен, ест все, подчиняем, выполняет все инструкции. Препараты принимает замешанные во фруктовом пюре, иначе таблетки выплевывает. Мнестико – интеллектуально выраженно снижен. Аффективно неустойчив, импульсивен. Мотивационно – волевой компонент деятельности снижен. Дефектен. Нуждается в постоянном контроле, надзоре и уходе. Социально дезадаптирован. На фоне лечения стал спокойнее, сам просится в туалет, двигателью более упорядочен, остается привередливым в еде, ест только домашнюю пищу, больничную ест не всегда, вываливает изо рта. С матерью на свиданиях спокоен, становится капризным и плаксивым после ее ухода.

*Данные объективного обследования. Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.*

*Клинический диагноз: Атипичный аутизм с умственной отсталостью умеренной степени сложного генеза с легкими нарушениями поведения, требующими ухода и лечения со стойкими нарушениями функции тазовых органов.*

**Рекомендации по лечению.**

*Таб. Clozapini 50мг, по ½ таб 2 р/д*

*Таб. Carbamazepini рет. 200мг, по 1 таб 2 р/д*

**Клинический пример**

*Пациент 5 лет поступил на стационарное лечение в ПНД. Мать жалуется на отсутствие у ребенка «навыков самообслуживания» («во многом приходится помогать»), на отсутствие желания общаться с родными и сверстниками, «не говорит», «плохо засыпает», часто раскачивается из стороны в сторону, «ходит на цыпочках», «не смотрит в глаза».*

*Анамнез заболевания. Со слов матери: до 1,5 лет развивался в соответствии с возрастом. В 1,5 года ребенок перестал говорить ранее произносимые слова и слоги. К 2 годам стало заметно, что ребенок не стремится к контакту с родными и сверстниками, не смотрит в глаза, ведет себя «холодно и отчужденно», часто «ходил на носочках». С 2 лет 8 месяцев наблюдается у невролога с диагнозом: ЗРР. Родители обращались в частные центры ко многим специалистам (генетикам, сурдологам, неврологам), со слов матери «после консультаций легче не становилось». С 4 лет наблюдается у психиатра с диагнозом F-84.00. Периодически проходят лечение в стационаре БУЗ ВО «ВОДКБ №1». 23.04.2015 года врачом психиатром «КУЗ ВО «ВОКПНД» направлен на реабилитационные курсы в АУ ВО «ОЦРДП «Парус надежды». С 14.09.2015 года посещает АУ ВО «ОЦРДП «Парус надежды». Длительность реабилитационного курса 9*

недель, посетил 3 реабилитационных курса, последний курс 11.01.2016 год. В еде избирателен. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Анамнез жизни.** Мать 1973 г.р., образование высшее, не работает. Отец 1973 г.р., работает приемщиком в магазине «Центрторг». 5 ребенок в семье. Родился от 5 беременности, вес при рождении 4200 г, оценка по шкале Апгар 7–8 баллов. Со слов матери начал говорить слоги и некоторые слова в 1 год, начал ходить в 1 год 4 месяца. После года стал нарушаться контакт с окружающими, перестал смотреть в глаза, стал замкнут (мать говорит: Стал застенчивым), с течением времени перестал говорить слоги и слова. С 2 лет 8 месяцев наблюдается у невролога с диагнозом: задержка речевого развития. 01.12.2015 года установлена инвалидность (категория «ребенок–инвалид»). Обращались за консультацией генетика в апреле 2015 года, после консультации был выставлен диагноз Z.31.5 (на момент осмотра убедительных клиничко – генеалогических данных на наследственные синдромы сочетающихся с проявлениями аутизма (синдром Мартин–Белл, Ангельмана не выявлено). С 4 лет наблюдается у психиатра с диагнозом F–84.00. 23.04.2015 года врачом психиатром «КУЗ ВО «ВОКПНД» направлен на реабилитационные мероприятия в АУ ВО «ОЦРДП «Парус надежды». С 14.09.2015 года посещает АУ ВО «ОЦРДП «Парус надежды». Периодически проходят лечение в стационаре БУЗ ВО «ВОДКБ №1». ДДУ не посещает. Проживает вместе с родителями, братьями и сестрами в квартире, нуждается в постоянном материнском присутствии и уходе.

**Психический статус.** Возможен тактильный контакт. На вопросы не отвечает, задания не выполняет. Эмоционально уплощен. Моторно спокоен. Во время осмотра периодически трясет руками, иногда раскачивается из стороны в сторону. Навыки самообслуживания частично сформированы, может убрать за собой игрушки. После 2 курсов наблюдается незначительная положительная динамика: стал иногда произносить слова «мама», «баба», научился смотреть в глаза непродолжительный период

времени. Контакт глаз поддерживает изредка. Интеллект не соответствует возрасту.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз:** Детский аутизм.

**Рекомендации по лечению.**

*R-p Risperidoni, по 0,5 мл 2 р/д*

*Капс. Acidi aminophenylbutyrici 250 мг, по 1 капс 2 р/д*

### **Клинический пример**

Ребенок 6 лет в сопровождении родителей поступил в ПНД по направлению участкового врача психиатра. Родители жалуются на отсутствие речи, навыков самообслуживания, повышенную возбудимость, протестность, трудноуправляемость, задержку в психическом развитии, пребывание в себе, отсутствие взаимодействия с другими детьми, стереотипии (закрывает уши, кружится на месте), затрудненную адаптацию к новой обстановке, беспокойный сон.

**Анамнез заболевания.** На учете у невропатолога состояла до полугода как угрожаемая по ПЭП. Раннее развитие без особенностей. Перенесенные заболевания: ОРЗ, ОРВИ. ЧМТ, операции не было. Дет. сад посещает с 3 лет 11 месяцев, адаптировалась тяжело, с другими детьми не взаимодействует, не сидит на одном месте, неусидчива, на улице постоянно убегает, на речь воспитателя не реагирует. Поведение: гиперактивная, возбудимая, трудноуправляемая, упрямая.

Со слов матери, до года выраженных отклонений в развитии не отмечалось. Затем стали обращать внимание на то, что девочка не реагирует на свое имя, не обращает внимание на сестру, начала отставать от нее в развитии, в речи появились слоги, некоторые слова, но быстро исчезли. Также у ребенка не было «чувства самосохранения» – залезала на подоконник, высовывалась из окна, забиралась на спинку дивана и прыгала.

*Не вынимала руку изо рта, раскачивалась на месте, махала перед собой руками, могла саму себя укусить. Интерес к игрушкам ограничивался вращением колес на машинках. Обратились к неврологу, проходили курс массажа, физиотерапии без эффекта. В мае 2012 года получали курс медикаментозного лечения (Acidi hopantenici, Glycini, актовегин), затем стали посещать реабилитационный центр «Парус надежды», девочка стала чуть спокойнее в поведении. Летом 2013 года получала кортексин, магне В6, биодобавки, в поведении стала упорядоченнее, уменьшилась возбудимость на непродолжительное время. В настоящее время посещает детский сад, коррекционную группу. На фоне лечения и регулярных психокоррекционных занятий стала устанавливать визуальный контакт на непродолжительное время, преимущественно с мужчинами, появился указательный жест. Если что-то не по её – сильно злится, может биться о стену или ударить себя, мать. Не взаимодействует с другими детьми. В последнее время ухудшился сон, стал беспокойным, с многократными ночными пробуждениями, тяжело переносит новые места. Усилились стереотипные действия (трясет перед собой руками, закрывает уши, особенно если слышит музыку, кружится на месте). Инструкции и просьбы не слышит, не отпускает от себя маму, «невозможно даже на минуту отойти – сразу истерика». Ест с ложки, сильно протестует, если нарушают её придуманный порядок, не дается переодеваться, становится агрессивной, неуправляемой. В связи с вышеописанными жалобами госпитализирована для обследования и лечения в КУЗВО ВОКПНД.*

**Анамнез жизни.** *Наследственность психопатологически отягощена: у двоюродного дяди шизофрения, у сестры бабушки «нервно-психическое расстройство». Беременность, со слов, у матери протекала патологически, дважды сопровождалась угрозой прерывания. Роды, со слов матери, в сроке 36 недель. Родилась нормальной, второй плод из двойни, закричала сразу, вес при рождении 2600г.*

**Психический статус.** В ясном сознании. В кабинете двигательльно расторможена, заходит за руку с мамой, протестует, громко кричит, мычит, рвется из кабинета. К контакту привлечь не удастся. Закрывает уши руками, из стороны в сторону мотает головой. Отвлекается на планшет, но быстро переключается, раскручивает краны, играет с водой, мылом, крайне неусидчива. Интерес к беседе врача с матерью не проявляет. Кружится на месте, стереотипно хлопает в ладоши, мычит что – то, периодически издает отдельные звуки. Откликается на свое имя, поворачивает голову в сторону врача, но взгляд плавающий. Прimitivesкие инструкции доктора не выполняет. Эмоционально лабильна. Быстро утомляется, истощается и начинает тянуть мать из кабинета, плачет, визжит. С матерью в эмоциональном контакте, подбегает, прижимается к ней. Уходя из кабинета, оборачивается на оклик врача, в ответ машет рукой, говорит «ака». Интеллект, мышление оценить не удастся в связи со статусом ребенка. Наличие активной психопродуктивной симптоматики оценить не удастся.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей. Неврологический статус без особенностей.

**Клинический диагноз:** Детский аутизм.

**Рекомендации по лечению.**

Курс семейной психотерапии

R–p Ruritipoli, внутрь по 2,5 мл x 2p/d

Таб. Glycini 100мг, по 1 таб 3 p/d

R–p Periciazini 4%, внутрь по 2 кап. 1 p/d на ночь

### **Клинический пример.**

Ребенок 6 лет по инициативе матери обратился в ПНД. Жалобы при поступлении, со слов матери, на задержку в психическом и речевом развитии ребенка, отсутствие диалога с родителями, потребности в общении с окружающими, в том числе, с другими детьми.



*Ребёнок не реагирует на свое имя, «как будто» не слышит обращенной к нему речи. Не просится на горшок, не ест самостоятельно ложкой, не умеет одеваться.*

***Анамнез заболевания.** Со слов матери, ребёнок всегда был «тихим», «удобным» – мог часами сидеть в одиночестве, не призывая к себе мать, крутить колесики от машинки, смотреть на крутящуюся юлу. Проявлял большой интерес к предметам неигрового назначения: шнуркам, листочкам, электропроводам. Мог целый день провести, вертя в руках бельевую прищепку. Отмечалась стереотипная ходьба с опорой на носочки, бесцельный бег по кругу. Лежа в кровати постоянно крутил пальцами перед глазами, рассматривал ладошки.*

*Для обозначения своих потребностей не использовал слов, мимику, не указывал на предметы пальцем. Мог взять маму за руку, привести её на кухню и молча смотреть на стоящую кружку, тем самым обозначая желание попить. Словами мамы ребёнка, «если хотел есть – просто сидел на кухне и плакал». Не научился держать ложку и есть ей самостоятельно, мог взять еду рукой или кормился из рук взрослого.*

*К трем годам, со слов матери, обладал уже достаточно богатым пассивным словарем, но не использовал речь как средство диалога. Никак не обращался к родителям, произносил фразы – штампы из мультфильмов и рекламы, отмечалась эхололия, в том числе, и отсроченная.*

*При появлении в семье младшего ребёнка вначале никак на него не реагировал, «не замечал вовсе», постепенно начал проявлять к нему агрессию – забирал у него игрушки, хотя сам с ними не играл, мог толкнуть, даже ударить. Очень раздражался, когда мать брала малыша на руки, плакал, бросал игрушки. Спустя какое – то время стал спокойнее реагировать на брата, не противится его присутствию рядом, но в игру с ним не вступает.*

*В возрасте 3х лет начал посещать д/сад. Часто болел простудными заболеваниями, ходил нерегулярно. В целом, к режиму сада привык, но не всегда выполняет инструкции воспитателей – встает из – за стола во*

время приема пищи, не включается в развивающие занятия, не играет вместе с детьми, держится обособленно. Не любит слушать сказки, не рассматривает картинки в книгах, не указывает на персонажей по просьбе. При попытке матери позаниматься с ним – встает и уходит.

В связи с заметным отставанием в психо – речевом развитии и нарушении коммуникации у ребёнка был госпитализирован в неврологическое отделение ВОДКБ№1, где находился 10.06.15 по 14.06.15г. и выписан с диагнозом: Последствия резидуально–органического поражения ЦНС, задержка психо – речевого развития. Расстройство аутистического спектра.

**Анамнез жизни.** Ребенок от I беременности у матери, протекавшей на фоне ОРВИ в первом триместре, с ХФПН, ХВГП. Роды срочные, самостоятельные, стремительные. Вес при рождении – 2,300 кг, рост – 50 см, оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. На первом году жизни наблюдался невропатологом в поликлинике по месту жительства с диагнозом: ПЭП.

Раннее моторное развитие с незначительной задержкой: голову держал с 2х мес., сидел с 8 мес., самостоятельно пошел в 14 мес. К году произносил несколько слов, не обращаясь к кому – либо конкретно. С 1,5 лет мог произнести простую фразу, автономно.

Наследственность, со слов матери, психопатологически не отягощена. Брак родителей зарегистрирован, оба здоровы. У матери мальчика медицинское образование (косметолог). Материальное положение и жилищно – бытовые условия семьи удовлетворительные. В семье двое детей. Обследуемый – старший сын, младшему ребёнку 1г. 5 мес.(здоров).

**Психический статус.** В кабинет входит самостоятельно за руку с мамой. Взгляд «зачарованный», направлен мимо врача и других сотрудников в кабинете. На обращение по имени устанавливает мимолетный визуальный контакт без эмоциональной окраски и заинтересованности в продолжении общения. На лице гримаса улыбки, не обращенная на собеседника. Двигательная активность умеренная. Проявил интерес к стоящей на столе

машинке, взял её в руки и начал крутить колеса, не пытаясь покатасть её, не издавая соответствующий мотору звук. Быстро теряет к ней интерес и начинает хаотично передвигаться по кабинету, бесцельно открывая дверцы шкафов и дверь в соседнюю комнату. Запреты и ограничения воспринимает спокойно, даже равнодушно, эмоциональные реакции монотонны, лишены детской живости и модуляции. Инструкции и задания не выполняет. Берет протянутые ему игрушки, но не пытается их изучить и поиграть – носит игрушку в руке, скользя взглядом по предметам обстановки. Не противится тактильному контакту – дает руку по просьбе, послушно садится за стол. Формально надевает кольца на пирамидку без соблюдения размерного ряда, вербальную помощь не использует. На вопросы не отвечает, хотя спонтанно произносит какие – то слова, чаще всего трудноразличимые. Вне темы беседы и адресованных ему вопросов внезапно произносит фразу из мультфильма: *А давайте построим воздушный корабль.* На вопрос врача «А из чего мы его построим?» отвечает эхололичным повторением фразы. Самостоятельная деятельность лишена последовательности и целесообразности, контакт малопродуктивен. Объективных данных за наличие у ребенка в момент осмотра бредовых и галлюцинаторных переживаний не выявлено.

**Данные объективного обследования.** Неврологический статус. Данные за очаговую неврологическую патологию отсутствуют.

Соматический статус без особенностей. Акцентуирована венозная сеть на висках.

**Клинический диагноз.** Детский аутизм.

**Рекомендации по лечению.**

Курс семейной психотерапии.

R–p Risperidoni, внутрь по 0,5 мл 2 p/d

Таб. Метантини 10мг, по ½ таб 1 p/d

## **Клинический пример**

*Пациент 7 лет поступил в детское отделение ПНД с жалобами на повышенную двигательную активность, повторение отдельных слов и фраз, нарушения общения с окружающими, отставание в развитии от сверстников.*

***Анамнез заболевания.** Пациент болен с раннего возраста, отставал в речевом и психическом развитии от сверстников. Было нарушение сна. Отмечалась избирательность в приеме пищи. Сразу обращало на себя внимание снижение потребности в общении с окружающими и близкими людьми. Игрушками не играл, предпочитал предметы бытового характера. Отмечалась моторная расторможенность, неустойчивость внимания. Равнодушно относился к происходящему вокруг. Избегал визуального контакта, в лицо собеседнику не смотрел.*

***Анамнез жизни.** Мать 39 лет имеет среднее специальное образование. Отец 49 лет подземный электрослесарь. Мальчик от 4 ой беременности протекавшей с угрозой выкидыша в первой половине беременности, во второй половине беременности угроза прерывания, ВСД, анемия, дрожжевой кольпит. У матери ребенка резус отрицательная кровь. Роды третьи срочные, вес при рождении 4180,0 при рождении обвитие пуповиной вокруг шеи, родился в синей асфиксии. К груди был приложен сразу. В период новорожденности конъюгационная желтуха с затяжным течением. До одного года состоял на учете у невропатолога с диагнозом: Пирамидная недостаточность в ногах. В анамнезе аллергический дерматит. В раннем детстве частые ОРВИ. Голову держит с 2 мес., сидит с 7 мес., ходит с 9 мес. Был неловок, часто падал, походка была развинченной, ходил на цыпочках, размахивал руками. Навыки опрятности с 3–4 лет. Навыки самообслуживания с 5 лет. Первые слова с 3 лет. Фразовая речь появилась к шести годам.*

***Психический статус.** В настоящее время при наблюдении: моторно – расторможен, неуравновешен, отмечают стереотипные движения, в*

контакт вступает не охотно, нарушены коммуникативные связи, с детьми практически не общается, предпочитает играть в одиночестве, используя предметы не игрового характера. Избегает визуального контакта, периодически отмечаются эхолалии. Сохраняется зависимость от матери.

Недостаточно ориентирован во времени и пространстве. Внимание неустойчиво и отвлекаемо. Словарный запас ниже возрастной нормы, общий запас представлений недостаточный. Знает основные цвета, оттенки путает. Память незначительно снижена.

Четвертый лишний не выделяет, обобщает с помощью, простые аналогии не выделяет. Мышление конкретное. Интеллектуально–мнестические функции снижены.

**Данные объективного обследования.** Неврологический статус. Данные за очаговую неврологическую патологию отсутствуют. Соматический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Детский аутизм.

**Рекомендации по лечению.**

1. Таб. Risperidonі 1мг, внутрь по 1 таб 2раза в день;
2. Таб. Acidi horantepісі 250мг, по 1таб 2р в день;
3. Таб. Glycіnі 100мг, по 1 таб 2р в день;
4. Р–р витамин В1– 1мл. в/м № 10 через день; витамин В6–1мл в/м №10 через день.

Рекомендованы занятия со специалистами коррекционной педагогики, определение программы обучения на ПМПК.

#### **41.СИНДРОМ АСПЕРГЕРА.**

Синдром Аспергера – расстройство аутистического спектра, характеризующееся специфическими трудностями социального взаимодействия. Дети с синдромом Аспергера испытывают проблемы с невербальной коммуникацией, установлением и поддержанием дружеских контактов; склонны к однотипному поведению и действиям; имеют заторможенную моторику, стереотипизированную речь, узконаправленные и, вместе с тем, глубокие интересы. Диагноз синдрома Аспергера устанавливается на основе данных психиатрической, клинической, неврологической экспертизы. Дети с синдромом Аспергера нуждаются в развитии навыков социального взаимодействия, психолого – педагогической поддержке, медицинской коррекции основных симптомов.

Синдром Аспергера – общее нарушение развития, относящееся к высокофункциональному аутизму, при котором способность к социализации остается относительно сохранной. Согласно принятой в современной психиатрии классификации, синдром Аспергера входит в пятерку нарушений аутистического спектра, наряду с ранним детским аутизмом (синдромом Каннера), детским дезинтегративным расстройством, синдромом Ретта, неспецифическим первазивным нарушением развития (атипичным аутизмом). По данным зарубежных авторов, признаки, удовлетворяющие критериям синдрома Аспергера, встречаются у 0,36–0,71% школьников, при этом у 30–50% детей данный синдром остается не диагностированным. Синдром Аспергера в 2–3 раза чаще встречается среди мужского населения. Изучение причин синдрома Аспергера продолжается до настоящего времени и далеко от своего завершения. До сих пор не выявлены первичный морфологический субстрат и патогенез заболевания.

Вероятными факторами риска развития синдрома Аспергера называются генетическая предрасположенность, мужской пол, воздействие токсических веществ на развивающийся плод в первые месяцы беременности,

внутриутробные и постнатальные вирусные инфекции (краснуха, токсоплазмоз, цитомегалия, герпес).

Синдром Аспергера является сложным общим (первазивным) нарушением, накладывающим отпечаток на все стороны личности ребенка. Структура расстройства включает трудности социализации, узконаправленные, но интенсивные интересы; особенности речевого профиля и поведения. В отличие от классического аутизма, у детей с синдромом Аспергера имеется средний (иногда выше среднего) интеллект и определенная лексикографическая база.

Обычно характерные для синдрома Аспергера признаки становятся заметными к 2–3 годам и могут варьировать от умеренных до тяжело выраженных. В младенческом возрасте синдром Аспергера может проявляться повышенным спокойствием ребенка или, напротив, раздражительностью, подвижностью, нарушением сна (затрудненным засыпанием, частыми пробуждениями, чувствительным сном), избирательностью в питании. Рано проявляются специфические для синдрома Аспергера нарушения общения. Дети, посещающие детский сад, с трудом расстаются с родителями, плохо адаптируются к новым условиям, не играют с другими детьми, не вступают в дружеские отношения, предпочитая держаться обособленно.

Расстройство социального поведения у детей с синдромом Аспергера проявляется в нечувствительности к эмоциям и чувствам других людей, выраженным мимикой, жестами, оттенками речи; неспособности к выражению собственного эмоционального состояния. Поэтому дети с синдромом Аспергера часто кажутся эгоцентричными, черствыми, эмоционально холодными, бестактными, непрогнозируемыми в своем поведении. Многие из них плохо переносят прикосновения других людей, практически не смотрят в глаза собеседнику либо смотрят необычным фиксированным взглядом (как на неодушевленный предмет).

Наибольшие сложности ребенок с синдромом Аспергера испытывает при общении со своими сверстниками, предпочитая общество взрослых или детей младшего возраста. Во время взаимодействия с другими детьми (совместных игр, решения задач) ребенок с синдромом Аспергера старается навязать окружающим свои правила, не идет на компромисс, не может сотрудничать, не принимает чужие идеи. В свою очередь, детский коллектив также начинает отторгать такого ребенка, что приводит еще большей социальной изоляции детей с синдромом Аспергера. Подростки тяжело переносят свое одиночество, у них может наблюдаться депрессия, склонность к суициду, наркотической и алкогольной зависимости.

Коэффициент интеллекта у детей с синдромом Аспергера может находиться в пределах возрастной нормы или даже превышать ее. Однако при обучении детей выявляется недостаточный уровень развития абстрактного мышления и способности к осмыслению, отсутствие навыка самостоятельного решения задач. При наличии феноменальной памяти и энциклопедических познаний, дети порой не могут адекватно применить свои знания в нужных ситуациях. Вместе с тем, дети – аспергеры часто добиваются успехов в тех областях, которыми увлеченно интересуются: обычно это история, философия, география, математика, программирование.

Круг интересов ребенка с синдромом Аспергера ограничен, однако своим увлечениям они отдаются страстно и фанатично. При этом они чрезмерно сосредотачиваются на деталях, концентрируются на мелочах, «зацикливаются» на своем хобби, постоянно пребывают в мире своих мыслей и фантазий.

У детей с синдромом Аспергера не отмечается темповой задержки развития речи, и к 5–6 годам их речевое развитие значительно опережает сверстников. Речь ребенка с синдромом Аспергера грамматически правильная, но отличается медленным или ускоренным темпом, монотонностью и неестественным тембром голоса. Излишняя академичность



и книжный стиль речи, наличие речевых шаблонов способствуют тому, что ребенка часто называют «маленьким профессором».

Дети с синдромом Аспергера могут очень долго и подробно рассказывать об интересующем их предмете, не отслеживая при этом реакцию собеседника. Зачастую они не способны первыми начать разговор и поддержать беседу, выходящую за область их интересов. То есть, несмотря на потенциально высокие навыки речи, дети не способны использовать язык в качестве средства коммуникации. У детей с синдромом Аспергера часто встречается семантическая дислексия – механическое чтение без понимания прочитанного. При этом дети могут иметь повышенные способности к письменному изложению своих мыслей (рис. 49).

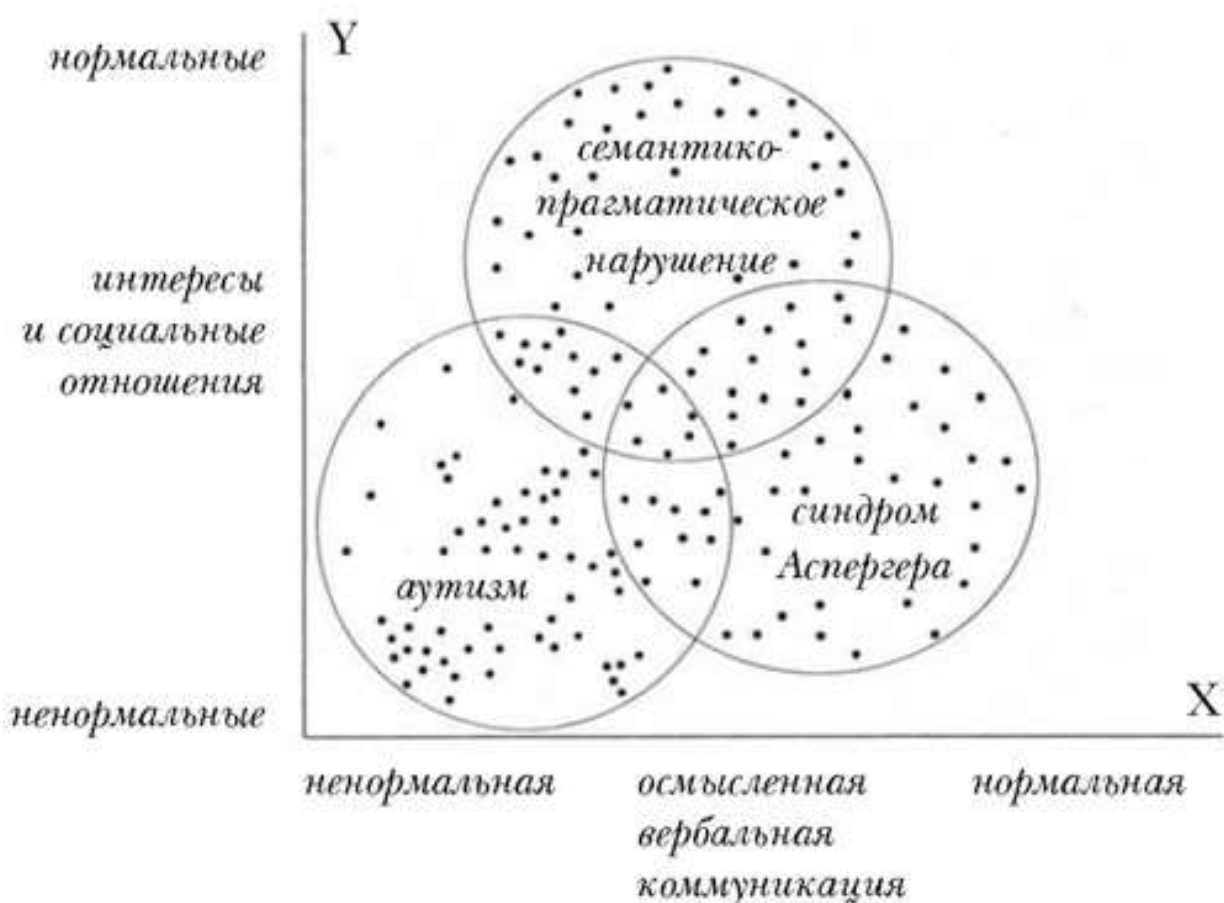


Рисунок 49. Факторный подход к дифференциальной диагностике синдрома Аспергера.

Детей с синдромом Аспергера характеризует расстройство сенсорной чувствительности, которое проявляется в повышенной восприимчивости к различным визуальным, звуковым, тактильным стимулам (яркому свету, звуку каплюющей воды, уличному шуму, прикосновениям к телу, к голове). С самого детства аспергеров отличает излишняя педантичность и стереотипность поведения. Дети изо дня в день следуют рутинным ритуалам, а любое изменение условий или порядка действий приводит их в замешательство, вызывает тревогу и беспокойство. Очень часто дети с синдромом Аспергера имеют строго определенные гастрономические пристрастия и категорически отрицают любые новые блюда.

Ребенок с синдромом Аспергера может иметь необычные навязчивые страхи (боязнь дождя, ветра), которые отличаются от страхов детей их возраста. При этом в опасных ситуациях у них может отсутствовать инстинкт самосохранения и необходимая осторожность.

Как правило, у ребенка с синдромом Аспергера нарушены моторные навыки и координация движений. Они дольше, чем сверстники, не могут научиться застегивать пуговицы и завязывать шнурки; в школе имеют неровный, неаккуратный почерк, из-за чего получают постоянные замечания. У детей – аспергеров могут наблюдаться стереотипные навязчивые движения, неуклюжесть, нарушения осанки и походки.

### ***Клинический пример.***

*Пациент 6 лет поступил в детское отделение ПНД. Со слов родителей ребенок практически не общается с другими детьми, тяготеет, если они подходят к нему, эмоционально неустойчив.*

***Анамнез заболевания.** В 6 лет пошел в «мини-школу» с целью социальной адаптации в детском коллективе. Ходил с желанием, хорошо занимался, но воспитатели – педагоги обратили внимание родителей, что ребенок не играет с детьми, замкнут, часто отвлекается, «думает о своем». Рекомендовали обратиться к психиатру. Получал Thioridazini, пантагам.*

Стал вялым, лечение отменили. Помимо школы, с 6 лет 4 мес. занимался в кружке начального технического моделирования, с интересом, успешно мастерил авиамодели. С 6,5 лет стало меняться настроение, без внешних причин начинал плакать, тут же от слез переходил к смеху. Помещен в дневной стационар для детей при ПНД.

**Анамнез жизни.** Психозов у родственников не выявлено. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей в первой половине с небольшими проявлениями токсикоза. Роды в срок. Закричал сразу. Масса тела 3500 г, длина 52 см. К груди приложили на 2-й день, сосал активно, из роддома выписали на 5-е сутки. В грудном возрасте спокойный, не требовал, чтобы его брали на руки, выделял мать, не шел к незнакомым людям. Раннее моторное развитие своевременное. Речевое развитие: гулил с 2 мес, лепет с 7 мес, к 12 мес произносил 20 слов, после года – короткие фразы, к 1,5 годам отмечалась правильная фразовая речь. Навыки опрятности сформированы до 2 лет. Всегда был избирательным в пище, плохо переносил ее новые виды. После года любил все блестящее, движущееся, собирал пирамидку, складывал башню из кубиков, играл в машины, рассматривал, катал их, показывал основные части. Следил за движением машин на улице. К 3 годам появился интерес к инструментам отца, мастерил вместе с ним, клеил, пилил. В 4 года сам научился читать, а затем увлекся рисованием, забросил машинки, остальные игрушки, занимался только этим. В этом возрасте его пытались отдать в детский сад; он к детям не привык, и от посещения сада отказались. Играл преимущественно один. Детей не замечал, тяготился, если те подходили к нему. Когда ему было 5 лет, родилась сестра. Ревности не испытывал, привязался к ребенку, опекал ее, никогда не обижал.

**Психический статус.** В отделение вошел без слез, спокойно расстался с матерью. Черты лица тонкие, выражение глаз грустное. Пассивно подчинился распорядку. Держался в стороне от детей. В игрушки не играл. Предпочитал сидеть в углу игровой комнаты. Сам почти ни с кем не заговаривал, на вопросы отвечал тихим голосом, односложно. Когда куда –

либо шел, движения были замедленными. Плохо ел. Отмечались запоры. Долго не засыпал по вечерам. Через несколько недель внезапно настроение стало повышенным, строил из кубиков замки, разъяснял окружающим, что он построит. Говорил много, скороговоркой, громким голосом, комментировал все свои действия. Постепенно настроение выровнялось. Пытался выборочно играть с детьми, вступал в диалог, иногда старался незаметно для персонала обидеть ребенка. На занятиях с логопедом, педагогом – дефектологом, психологом был усидчив, внимателен, с заданиями справлялся.

**Данные объективного обследования.** Соматический статус без особенностей.

**Неврологический статус.** Минимальная мозговая дисфункция (ММД), субкомпенсированная гидроцефалия.

**Клинический диагноз.** Синдром Аспергера.

**Рекомендации по лечению.**

**Курсы психотерапии**

*Risperidoni*, внутрь по 0,5 мл 2 р/д

## **42. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, НАЧИНАЮЩИЕСЯ ОБЫЧНО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Расстройства поведения характеризуются стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения.

Диагноз основывается на чрезмерной драчливости или хулиганстве, жестокости к другим людям или животным, тяжелых разрушениях собственности: поджогах, воровстве, лживости, прогулах в школе и уходах из дома, необычно частых и тяжелых вспышках гнева; вызывающем провокационном поведении, постоянном откровенном непослушании.

Эмоциональные расстройства могут принимать различные формы, часто включая некоторую регрессию с потерей ранее приобретенных навыков (например, контроль над функцией кишечника и мочевого пузыря) и тенденцией к младенческому поведению. Часто ребенок пытается копировать младенца, чтобы получить от родителей больше внимания (например, посредством кормления). Обычно возрастает конфронтационное или оппозиционное поведение по отношению к родителям, вспышки гнева и дисфории, проявляемые в форме тревоги, депрессии или отгороженности. Может нарушаться сон, и часто возрастает назойливое поведение с целью получения от родителей большего внимания, особенно в ночное время.

## **43. ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА.**

Данная группа расстройств характеризуется ранним началом; сочетанием чрезмерно активного, слабо модулируемого поведения с выраженной невнимательностью и отсутствием упорства в выполнении любых заданий. Поведенческие особенности проявляются в любых ситуациях и постоянны во временном интервале.

Гиперкинетические расстройства возникают обычно в первые 5 лет жизни. Их главными особенностями являются отсутствие настойчивости в познавательной деятельности, тенденция переходить от одного задания к

другому, не завершая ни одного из них; чрезмерная, но непродуктивная активность. Эти характеристики сохраняются в школьном возрасте и даже во взрослой жизни. Гиперкинетичные дети часто безрассудны, импульсивны, склонны попадать в затруднительные ситуации из – за необдуманных действий. Взаимоотношения со сверстниками и взрослыми нарушены, без чувства дистанции.

Вторичные осложнения включают диссоциальное поведение и сниженное чувство собственного достоинства. Часто наблюдаются сопутствующие трудности в освоении школьных навыков (вторичная дислексия, диспраксия, дискалькулия и другие школьные проблемы) (рис. 50).

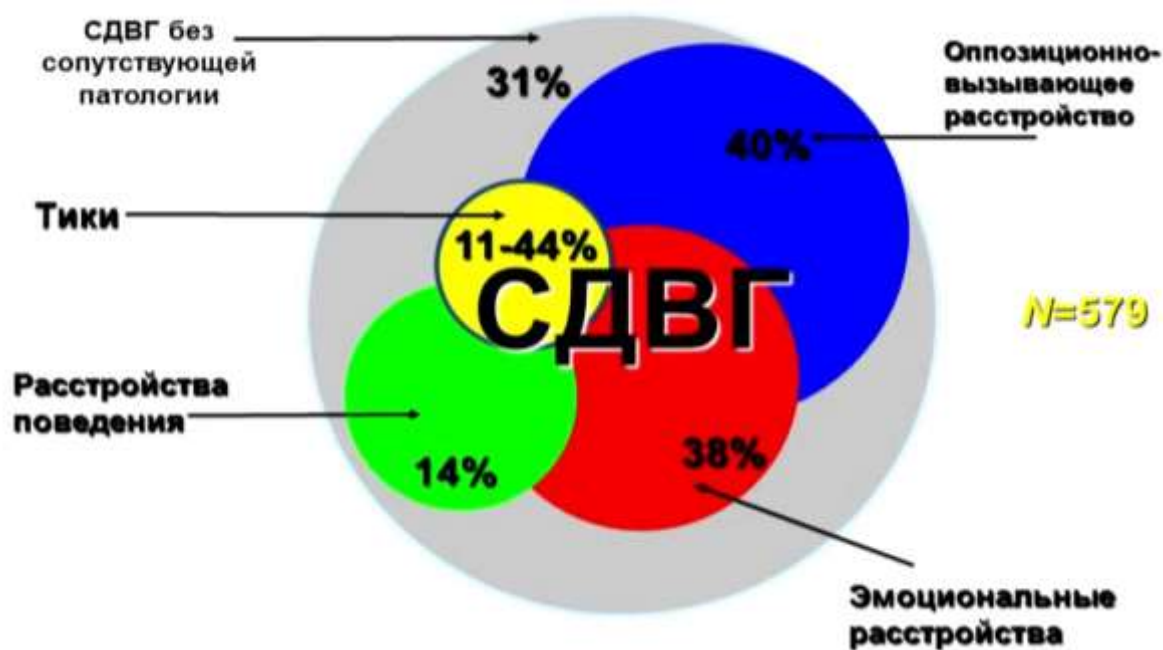


Рисунок 50. Коморбидность при СДВГ

Гиперкинетические расстройства встречаются в несколько раз чаще у мальчиков, чем у девочек (3:1). В начальной школе расстройство наблюдается у 4 – 12% детей.

Основные признаки – нарушения внимания и гиперактивность, проявляющиеся в различных ситуациях – дома, в детских и лечебных учреждениях. Характерна частая смена и прерывание любой деятельности,

без попыток ее завершить. Такие дети чрезмерно нетерпеливы, неусидчивы. Они могут вскакивать с места во время любой работы, чрезмерно болтать и шуметь, ерзать... Диагностически значимым является сравнение поведения таких детей с другими детьми данной возрастной группы.

Сопутствующие клинические характеристики: расторможенность в социальном взаимодействии, безрассудство в опасных ситуациях, бездумное нарушение социальных правил, прерывание занятий, необдуманные и неправильные ответы на вопросы. Довольно часто наблюдаются нарушения обучения и двигательная неуклюжесть. Они должны кодироваться под рубрикой и не должны являться частью данного расстройства.

Наиболее ярко клиника расстройства проявляется в школьном возрасте. У взрослых гиперкинетическое расстройство может проявляться в диссоциальном личностном расстройстве, токсикомании или другом состоянии с нарушениями социального поведения.

Наиболее трудно дифференцировать от расстройств поведения. Однако если имеется большинство критериев гиперкинетического расстройства, то следует ставить его диагноз. Когда имеются признаки выраженной общей гиперактивности и расстройств поведения, ставится диагноз «гиперкинетическое расстройство поведения».

Явления гиперактивности и невнимательности могут быть симптомами тревоги или депрессивных расстройств, нарушений настроения. Диагноз данных расстройств ставится при наличии их диагностических критериев. Двойной диагноз возможен тогда, когда имеется отдельная симптоматика гиперкинетического расстройства и, например, нарушений настроения.

Наличие острого начала гиперкинетического расстройства в школьном возрасте может быть проявлением реактивного (психогенного или органического) расстройства, маниакального состояния, шизофрении, неврологического заболевания.

## Клинический пример

*Пациент 8 лет поступил на стационарное лечение в ПНД. Со слов бабушки, ребенок «довел учительницу», расторможен, неусидчив, отвлекаем, срывает уроки, ходит по классу, мешает. Дерется с детьми.*

**Анамнез заболевания.** *С 2-х лет был беспокойным, крикливым ребенком. Периодически – агрессивное поведение, «истерики». Неусидчивость. Д/сад посещал с 2-х лет, где удерживался плохо, был крикливым, беспокойным, ломал игрушки. В школе с 7 лет, материал усваивал, но поведение было грубо нарушено. Педагоги настаивают на домашнем обучении, т.к. в школе – гимназии не удерживается.*

**Анамнез жизни.** *Мать уехала в другую область, забирала ребенка, не заботилась, не кормила, лишена родительских прав в 2014 г. Амбулаторная карточка утеряна. Мать с образованием 8 классов, была недалекой, «странноватой», сейчас в розыске. Дед по отцу был офицером, служил в морской авиации, сейчас пенсионер, бабушка – опекун, работала на разных работах, ухаживает за внуком. Мать, якобы, разъезжала по разным местам, около 6 мес. жила в Санкт – Петербурге у «цыганского барона», вышла в очередной раз замуж, родила еще ребенка, сейчас в федеральном розыске. Родной отец 1981 г.р., обр. ЖД техникум, электрик, мастеровитый, последние годы злоупотребляет алкоголем, попадает в вытрезвитель, около 5 лет не работает, лишен родительских прав. От 1 брака имеет дочь 20 лет, студентка, здорова. Живут в 3-х комнатной квартире.*

*Беременность 2-я, 1-выкидыш, во время 2-й беременности мать курила, лежала на сохранении. Роды в срок, тяжелые, якобы, «собирались выдавливать», вес 2600г, закричал сразу, выписаны на 6 день. Был здоровым, вскармливание искусственное, сидит с 5 мес., пошел в 10 мес., первые слова в 1 год, фразовая речь к 3 годам, вначале был спокойным, в 2-х летнем возрасте мать забрала ребенка и уехала к родным на хутор, где за ребенком не ухаживала, был голодным, через 4 мес. бабушка забрала внука, т.к. мать*



ушла бродяжничать. Перенес ОРЗ, ветряную оспу в 6 лет, ангины. В 5 лет отравление циннаризином, 3 дня находился в реанимационном отделении. ЧМТ, судорог не было.

**Психический статус.** Мечется по кабинету, постоянно вмешивается в беседу опекуна и врача, отпускает реплики, тормозит, бездистантен, эйфоричен, приставуч, хватает все со столов без разрешения, хлопает с силой пирамиду о пирамиду, так, что летят осколки, стучит органайзером по столу, изображая стрельбу, звуки машин, уговорами успокоить не удается, тормозит опекуна, требует выпустить его на улицу, тут же хватается игрушечную корову и потрошит её. Импульсивен, криклив, громко вопит, но может сделать меткое замечание. Интеллект сохранен. Внимание крайне отвлекаемое, грубо нарушено.

**Данные объективного обследования.** Неврологический статус. Со стороны Ч.М.Н.: с – мы орального автоматизма. Мышечный тонус, сила не изменены. Сухожильные рефлексы D=S. Патологические рефлексы: нет. Чувствительные нарушения: нет. В позе Ромберга: устойчив. Координаторные пробы: выполняет удовлетворительно. Менингеальные знаки: нет. Функции тазовых органов: сохранены. Диагноз: P11.8 Последствия перинатального поражения ЦНС с рассеянной микросимптоматикой. Неврозоподобный энурез, энкопрез.

**Соматический статус.** Без особенностей.

**Клинический диагноз.** Выраженное гиперкинетическое расстройство поведения сложного генеза с речевыми нарушениями, неврозоподобным энурезом.

**Рекомендации по лечению.**

Р-р Periciazini 4%, внутрь по 2 кап 3 р/д,

Таб. Carbamazepini 0.2, по 1/4 таб 3 р/д,

Таб. Acidi hopantenici 0.25, по 1т 3 р/д,

ФТЛ, КВЧ, массаж, ЛФК, психокоррекция

#### **44. ТИКОЗНОЕ РАССТРОЙСТВО. СИНДРОМ ЖИЛЬ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА.**

Тик – распространенное явление. В той или иной форме он встречается у 20% детей и подростков и у 10–20% взрослых. Тик характеризуется стереотипными, быстрыми, повторяющимися, неритмичными двигательными или голосовыми актами, возникающими произвольно и неожиданно. В более редких случаях тики бывают особенно стойкими или тяжелыми, и в последних классификациях (МКБ–10, DSM–IV) такие тики выделены в группу тиковых расстройств.

Одно из таких расстройств – синдром Жиль де ла Туретта (в DSM–IV – расстройство Туретта), представляющий собой типичное психоневрологическое заболевание. Этот синдром характеризуется множественными двигательными и голосовыми тиками (моргание, пожимание плечами, покашливание, произношение фраз или слов, например нет), то усиливающимися, то ослабевающимися. Он возникает в детском или подростковом возрасте и сопровождается неврологическими, поведенческими и эмоциональными нарушениями. Синдром Жиль де ла Туретта чаще всего бывает наследственным.

Тики могут затрагивать отдельные мышцы или группы мышц. Их различают по тому, какие мышцы вовлечены, по частоте и продолжительности. Кроме того, выделяют простые и сложные тики; в последних участвуют несколько мышечных групп. В соответствии с современными критериями, тиковое расстройство диагностируется, если тик продолжается более 14 дней. К этим расстройствам относится преходящий тик (в МКБ–10 – транзиторное тиковое расстройство), продолжительностью больше двух недель, но меньше года, и хронический тик (в МКБ–10 – хроническое двигательное или голосовое тиковое расстройство), продолжительностью больше года. У всех трех расстройств есть общие черты – например, возрастание частоты тика при тревоге и стрессе, наличие тика во сне. В некоторой степени тик зависит от внушения,

так как он может усиливаться, когда о нем говорят. С другой стороны, тики могут несколько подавляться волевым усилием, уменьшаться при сосредоточении на чем – либо или при отвлечении.

Как уже отмечалось, синдром Жиль де ла Туретта характеризуется множественными двигательными и голосовыми тиками и протекает волнообразно. Первые проявления синдрома Туретта чаще всего относятся к возрасту 5–6 лет, когда родители начинают замечать странности в поведении ребенка: подмигивание, гримасничанье, высовывание языка, частое моргание, хлопки ладонями, произвольные сплевывания. В дальнейшем, по мере прогрессирования заболевания гиперкинезы распространяются на мышцы туловища и нижних конечностей и становятся более сложными (прыжки, приседания, выбрасывание ног, прикосновения к частям тела). Могут иметь место явления эхопраксии (повторения движений других людей) и копропраксии (воспроизведения оскорбительных жестов). Иногда тики носят опасный характер (удары головой, прикусывание губ, надавливание на глазные яблоки), в результате чего пациенты с синдромом Туретта могут наносить себе серьезные травмы.

Вокальные (голосовые) тики при синдроме Туретта так же многообразны, как и двигательные. Простые вокальные тики могут проявляться повторением бессмысленных звуков и слогов, свистом, пыхтением, вскрикиванием, мычанием, шипением. Вплетаясь в речевой поток, вокальные тики могут создавать ложное впечатление запинок, заикания и других нарушений речи. Навязчивый кашель, сопение носом нередко ошибочно воспринимаются как проявления аллергического ринита, синусита, трахеита. К звуковым феноменам, сопровождающим течение синдрома Туретта, также относятся эхолалии (повторение услышанных слов), палилалии (многократное повторение одного и того же собственного слова), копролалии (выкрикивание нецензурных, бранных слов). Вокальные тики также проявляются изменением ритма, тона, акцента, громкости, скорости речи.

Пациенты с синдромом Туретта отмечают, что перед началом тика они испытывают нарастающие сенсорные феномены (ощущение инородного тела в горле, зуд кожи, резь в глазах), вынуждающие их издать звук либо совершить то или иное действие. После окончания тика напряженность спадает. Эмоциональные переживания оказывают индивидуальное влияние на частоту и выраженность моторных и вокальных тиков (уменьшают или увеличивают).

В большинстве случаев при синдроме Туретта интеллектуальное развитие ребенка не страдает, однако отмечаются трудности в обучении и поведении, связанные, главным образом, с СДВГ. Другими поведенческими нарушениями могут служить импульсивность, эмоциональная лабильность, агрессия, обсессивно – компульсивный синдром.

Те или иные проявления синдрома Туретта могут быть выражены в различной степени, на основании чего выделяю 4 степени заболевания:

- легкая степень – пациентам удается хорошо контролировать проявления болезни, поэтому внешние признаки синдрома Туретта не заметны для окружающих. В течение заболевания имеются короткие асимптомные периоды.
- умеренно выраженная степень – гиперкинезы и вокальные нарушения заметны для окружающих, однако относительная способность к самоконтролю сохраняется. «Светлый» промежуток в течение заболевания отсутствует.
- выраженная степень – проявления синдрома Туретта очевидны для окружающих и практически не поддаются контролю.
- тяжелая степень – вокальные и моторные тики преимущественно сложные, ярко выраженные, их контроль невозможен.

Проявления синдрома Туретта обычно достигают наивысшего пика в подростковом возрасте, затем, по мере взросления, могут уменьшаться или прекращаться совсем. Однако у части больных они сохраняются в течение всей жизни, усиливая социальную дезадаптацию.

## **Клинический пример**

*Пациент 7 лет поступил на лечение стационару в ГКБ. Со слов матери жалобы на произвольные движения мышц лица, проявляющиеся гримасами: зажмуриванием, частыми морганиями, шмыганье носом, непроизвольные движения мышц верхних конечностей: сгибание, разгибание мышц предплечья, кисти. Не усидчивость, отсутствие концентрации внимания.*

**Анамнез заболевания.** *Впервые заболевание проявилось около 2 лет назад, с произвольных движений мимическими мышцами, с течением времени эти движения распространились на верхние конечности. В июле 2007 года обратились в поликлинику по поводу данных жалоб, был поставлен диагноз «хронические моторные тики» и назначено амбулаторное лечение, после которого было улучшение в течении 3 месяцев. Затем симптомы появились снова. В ноябре 2014 года прошел повторное амбулаторное лечение после которого улучшения не отмечалось, за последний месяц отмечалось ухудшение: тики участились, мать отмечает что ребенок неусидчив, отсутствует концентрация внимания, в связи с чем 11.09.15 был направлен на стационарное лечение.*

**Анамнез жизни.** *Ребенок родился от третьей беременности, первых родов на фоне угрозы прерывания во второй половине беременности в 22 недели. Мать во время беременности перенесла ОРВИ с повышением температуры в 8–12 недель. Роды срочные на фоне дискоординированной родовой деятельности и обвития пуповины вокруг шеи. Масса при рождении 2850 г, рост 50 см. Из роддома выписали на 4 сутки. Жилищные, санитарно – гигиенические условия удовлетворительные, семья из 3 человек, питание регулярное, полноценное. Перенесенные заболевания: ОРВИ и ветряная оспа. Хирургических вмешательств не было. В контакте с инфекционными больными не был. Переливаний крови не было. Туберкулеза, вен. заболеваний, гепатита в семье нет. Отмечалась аллергическая реакция на пенициллин.*

**Психический статус.** Контакт с ребенком не затруднен, умственное развитие соответствует возрасту, Память на ближайшие и отдаленные события не нарушена, наблюдается легкое нарушение концентрации внимания: часто отвлекается, на некоторые просьбы реагирует не сразу, после повторения. Эмоциональный фон не нарушен. Отношение к своему заболеванию – считает себя здоровым. Поведение при исследовании: мимика – периодически гримасничает при ответах на вопросы, сгибает, разгибает руки, кисти. Речь сформирована правильно, соответствует возрасту, дизартрии, скандирования, монотонности, брадилалии, заикания, косноязычия нет. Сохранность целенаправленных действий, понимание значения зрительных, слуховых раздражителей, ориентировка в пространстве не нарушены.

**Данные объективного обследования.** Неврологический статус без особенностей. Соматический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Хроническое моторное тикозное расстройство

**Рекомендации по лечению.**

Индивидуальная психотерапия.

Массаж

Водные процедуры.

Таб. Thioridazini 10 мг, по ½ таб 2 раза в день.

### **Клинический пример**

Пациент 9 лет направлен на стационарное лечение. Жалобы на множественные произвольные движения мышц лица, шеи, плеч, рук. Периодическое произвольное покашливание, «ойканье».

**Анамнез заболевания.** Считает себя больным в течение 3-х лет, когда на фоне психоэмоциональной нагрузки (сильно напугала собака) появилась вышеописанная симптоматика. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно лечился препаратами *Acidi aminophenylbutyrici*, адаптол без положительной динамики.

**Анамнез жизни.** Ребенок родился от первой беременности, первых родов на фоне угрозы прерывания во второй половине беременности в 26 недель. Мать во время беременности перенесла ОРВИ без повышения температуры в 13–16 недель. Роды срочные на фоне двойного обвития пуповины вокруг шеи. Масса при рождении 2940 г, рост 51 см. Из роддома выписали на 4 сутки. Жилищные, санитарно – гигиенические условия удовлетворительные, семья из 4 человек, питание регулярное, полноценное. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Хирургических вмешательств не было. В контакте с инфекционными больными не был. Переливаний крови не было. Туберкулеза, вен. заболеваний, гепатита в семье нет. Отмечалась аллергическая реакция на цефалоспорин.

**Психический статус.** Внешне опрятен. При беседе периодически гримасничает, подергивает руками, «ойкает». Продуктивному контакту доступен. На вопросы отвечает в плане заданного. В беседе пассивен. Ориентирован полностью. Мышление продуктивное. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту. Критика адекватная. Сон, аппетит удовлетворительные.

**Данные объективного обследования.** Неврологический статус. Минимальная мозговая дисфункция. Соматический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Комбинированные голосовые и множественные двигательные тики (синдром Туретта)

**Рекомендации по лечению.**

*R–p Risperidoni 1мг/мл, внутрь по 1 мл 2 р/д*

*Таб. Carbamazepini 200мг, по 1 таб 2 р/д*

*ФТЛ, КВЧ, массаж, ЛФК, психокоррекция*

## 45. ЭНУРЕЗ НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ.

Несмотря на большое внимание и огромный опыт, накопленный врачами разных стран, проблема первичного ночного энуреза остается по – прежнему до конца неразрешенной. Международная классификация болезней X пересмотра четко выделяет энурез неорганической природы как отдельную нозологию.

Различают следующие формы энуреза неорганической природы: энурез неорганической природы (первичный и вторичный); функциональный энурез; психогенный энурез; недержание мочи неорганического происхождения.

Существует множество теорий, предложенных для описания этиопатогенеза энуреза. В последние пять лет ученые придают большое значение роли наследственности. Риск возникновения непроизвольного ночного мочеиспускания у ребенка составляет 77% в случае, если энурез был в анамнезе у обоих родителей, 44% – если ночным недержанием мочи страдал один из них, и только 15%, если ни у отца, ни у матери энуреза не было. Последние обследования близнецов подтверждают сильное влияние наследственного фактора.

Одно из существующих самых старых представлений – зависимость энуреза от особой глубины сна. Наряду с этим утверждается, что глубокий сон не играет никакой роли в развитии энуреза, что характер сна у страдающих ночным энурезом не отличается от такового у здоровых детей. Мочеиспускание может происходить в любой фазе сна («быстрого» и «медленного»). Электроэнцефалографические исследования последних лет, проведенные во время сна, позволили утверждать, что ночной энурез может встречаться не только в любой фазе сна, но и независимо от его глубины.

Большие споры вызывает роль нарушений функции гипоталамо – гипофизарной системы в возникновении энуреза. У здоровых людей в ночные часы увеличивается выработка антидиуретического гормона, что приводит к снижению выработки мочи. Кроме того, вазопрессин не только



влияет на продукцию мочи, но и стабилизирует нестабильный мочевой пузырь. У детей, страдающих непроизвольным мочеиспусканием во сне, выделение вазопрессина в плазму крови возрастает недостаточно. В результате объем мочи с низким удельным весом, накопленный в ночные часы, превышает анатомические возможности мочевого пузыря.

Таким образом, роль нарушения обмена антидиуретического гормона в этиопатогенезе энуреза очевидна. Однако сбой в этой системе может обнаруживаться на любом уровне. У одних пациентов изменяется выработка «релизинг – факторов», у других сбой происходит на уровне самой железы, у третьих – на этапе периферических рецепторов. Поэтому непроизвольное ночное мочеиспускание можно расценить как своеобразную нейроэндокринопатию.

Многие исследователи склоняются к мысли, что у части больных энурез является только следствием замедленного по времени созревания регуляторных механизмов акта мочеиспускания. Это подтверждается исчезновением данной проблемы у большинства пациентов к моменту достижения ими половой зрелости.

Однократные непроизвольные мочеиспускания во сне через большие промежутки времени должны настораживать в отношении возможного приступа эпилепсии. В то же время «эпилептическая» форма энуреза встречается достаточно редко, накладывает отпечаток на личность больного, с формированием типичного эпилептического характера и, возможно, грубой задержкой психического развития. В большинстве случаев дети, страдающие ночным недержанием мочи, ничем не отличаются от сверстников, течение энуреза благоприятное, и в определенном возрасте наступает излечение (самопроизвольно или под влиянием терапии, не имеющей никакого отношения к эпилепсии).

## **Клинический пример.**

*Пациент 9 лет поступил в неврологическое отделение ОДКБ с жалобами на недержание мочи в ночное время суток.*

***Анамнез заболевания.** Вышеуказанные жалобы в течение всей жизни, наблюдается у психоневролога. При очередном обследовании выявлена пиелэктазия, ввиду чего рекомендовано стационарное уронефрологическое обследование в плановом порядке.*

***Анамнез жизни.** Ребенок от 2, нормально протекавшей беременности, от 2 срочных родов, путем кесарево сечения из-за ВПГ у матери. Родился доношенным, с весом 3300 г, ростом – 52 см. Закричал сразу. В период новорожденности не болел. Рос и развивался соответственно возрасту. Привит по календарю. Из перенесенных заболевания ОРВИ, ангина, бронхит, в. оспа (5 лет). Наблюдается у хирурга с долисигмой. Контакт с туберкулезными, инфекционными больными отрицает. Аллергоанамнез спокоен. Наследственность энуреза в семье по линии матери.*

***Психический статус.** Внешне опрятен. Двигательно спокоен. Продуктивному контакту доступен. На вопросы отвечает в плане заданного. В беседе активен. Речь быстрого темпа внятная. Мышление продуктивное. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту. Эмоционально лабилен. Настроение обычное. Критика формальная. Сон, аппетит удовлетворительные.*

***Данные объективного обследования.** Неврологический статус без особенностей. Соматический статус без особенностей.*

***Клинический диагноз.** Энурез неорганического генеза.*

***Рекомендации по лечению.***

*Коррекция режима сна и отдыха. Водный режим.*

*Таб. Desmopressini 0, 2 мг, по 1 таб 1 р/д вечером*

*Таб. Acidi aminophenylbutyrici 250 мг, по 1 таб 3 р/д*

## 46. ЗАИКАНИЕ

Заикание – судорогоподобные движения артикуляционной и гортанной мускулатур, возникающих чаще вначале речи (реже в середине), в результате которых пациент вынужден задерживаться на каком – либо звуке (группе звуков). Данные симптомы заикания весьма схожи с клоническими и тоническими судорогами. При клоническом заикании наблюдается повторное образование слов, слогов и звуков. Тоническое заикание не позволяет пациенту сдвинуться со звуковой остановки, чтобы перейти к артикуляции другого звука.

Выделяют невротическую и неврозоподобную формы заикания. Невротическое заикание возникает у здоровых детей, как результат стрессов и неврозов. Неврозоподобное заикание свойственно детям с заболеваниями нервной системы (как наследственными, так и приобретенными).

Выделяют две группы причин возникновения заикания: предрасполагающие и провоцирующие. Среди предрасполагающих причин возникновения заикания необходимо выделить:

- наследственную отягощенность;
- заболевания, вызывающие энцефалопатические последствия;
- внутриутробные, родовые травмы;
- переутомление и истощение нервной системы (как следствие инфекционных заболеваний).

Условиями, способствующими возникновению заикания могут выступать:

- нарушение развития моторики и чувства ритма;
- скудность эмоционального развития;
- повышение реактивности в результате аномальности отношений с окружающими;
- скрытые психические нарушения (например, ущемленность).

Наличие одного из вышеперечисленных условий достаточно для нервного срыва и, как следствие, заикания. К причинам, провоцирующим возникновение заикания, относятся:

- одномоментная психическая травма (страх, испуг);
- двуязычие или многоязычие в семье;
- подражание;
- тахилалия (ускоренная речь).

Патогенез заикания схож с механизмом подкорковой дизартрии. В его составе – нарушение координации дыхательного процесса, артикуляции и голосообразования. Поэтому заикание часто обозначают как дизритмическую дизартрию. Срыв индукционных взаимодействий коры головного мозга и подкорковых структур приводит к нарушению регуляции коры. В связи с этим происходят сдвиги в работе стриопаллидарной системы, которая отвечает за «предуготовность» к совершению движения.

В движении участвуют две группы мышц – одни сокращаются, другие – расслабляются. Благодаря точному и согласованному перераспределению тонуса мышц, возможно совершение быстрых, точных и строго дифференцируемых движений. Именно стриопаллидарной системой осуществляется контроль над рациональным перераспределением тонуса мышц. Блокирование стриопаллидарного регулятора речи вследствие эмоционального перевозбуждения или анатомо – патологических повреждений мозга приводит к клоническим повторениям (тик) или тоническому спазму. Со временем патологический рефлекс – нарушение речевого автоматизма и гипертонус мускулатуры речевого аппарата – перерастает в условный рефлекс.

### **Симптомы заикания**

*Дыхание.* Среди нарушений дыхательного процесса при заикании отмечается громадный расход воздуха на вдохе и выдохе, что обусловлено расстройством сопротивления в области артикуляции. Нарушение речевого

дыхания при заикании заключается в образовании пациентом инспираторно – гласных или проторных звуков. Другими словами, для движения голосовых связок и образования проторного шума пациент использует вдыхаемый воздух. Укороченный выдох наблюдается не только во время речи, но и в покое.

**Голос.** Попытка произношения звука при заикании сопровождается судорогоподобным замыканием голосовой щели, что препятствует возникновению звука. Во время приступа гортань быстро и резко движется вверх, вниз и выдвигается вперед. Из – за не способности на плавное произношение пациенты пытаются произносить гласные звуки твердо. Наблюдается смягчение симптоматики заикания при пении и шепоте вплоть до полной нормализации речи.

**Артикуляция.** Кроме функциональных нарушений в артикуляционном аппарате при заикании наблюдаются и соматические нарушения. Например, высокий свод неба, отклонение высунутого языка в сторону, в носовой полости – искривленная носовая перегородка, гипертрофия раковин.

**Сопутствующие движения** – это движения, сопровождающие речь при заикании, не являющиеся необходимыми, но, в то же время, производимые пациентом, как сознательное движение. Во время приступа заикания пациенты могут откидывать голову назад, наклонять ее, закрывать глаза, сжимать кулак, пожимать плечами, топтать ногой, переступать с ноги на ногу. Словом, совершать движения, которые можно обозначить как тонические или клонические судороги.

**Психика.** С развитием заикания неизбежны те или иные психические расстройства. Наиболее часто встречается страх перед некоторым буквами, слогами и словами, а именно их произношением. В своей речи пациенты, страдающие заиканием, намеренно избегают таких букв и слов, по возможности подыскивают им замену. При обострениях может возникать абсолютная немота. Мысли о невозможности нормального общения могут доводить до сознания неполноценности и в отношении всего «я».

## ***Фазы развития заикания***

***1-ая фаза.*** Наблюдаются небольшие эпизоды заикания, сокращение периодов плавной размеренной речи. Окончание первой фазы заикания определяют по следующим симптомам:

- затруднения в произношении возникают чаще в начальных словах предложений;
- эпизоды заикания возникают при произнесении союзов, предлогов и других кратких частей речи;
- «коммуникативное давление» усугубляет заикание;
- ребенок никак не реагирует на свои трудности с произнесением слов, разговаривает без смущения. Нет беспокойства, страха речи. Спровоцировать заикание способна сиюминутная эмоциональная вспышка.

***2-ая фаза.*** Появляются проблемы в контактировании, некоторые сопутствующие движения. Постепенно повышается число ситуаций, сложных в плане общения.

- заикание приобретает хронический характер, но различается тяжесть приступов;
- проблемы с произнесением возникают чаще в многосложных словах, во время быстрой речи и значительно реже в кратких частях речи;
- ребенок осознает нарушения своей речи, но не считает себя заикающимся. Говорит непринужденно в любой ситуации.

***3-я фаза.*** Закрепление судорожного синдрома. Однако пациенты не испытывают страха речи и какой-либо неловкости. Они используют любую возможность для общения. Предложение о лечении не вызывает какой – либо поддержки или энтузиазма со стороны пациента. Они как будто дают себе установку на спокойствие.

- пациенты осознают, что по причине заикания некоторые ситуации становятся затруднительными в плане общения;
- появляются трудности в связи с произнесением определенных звуков, слов;

- попытки заменить «проблемные» слова другими.

**4-ая фаза.** На этой стадии заикание – большая личностная проблема. Появляются выраженные эмоциональные реакции на заикание и, как следствие, избегание речевых ситуаций. Если раньше пациент прибегал к замене «проблемных» звуков (слов) периодически, то теперь он делает это постоянно. Он начинает обращать внимание на реакцию окружающих на его заикание. Характерные черты 4-ой фазы заикания:

- ожидание заикания (антиципация);
- затруднения при произнесении определенных звуков (слов) принимают хронический характер;
- логофобия (страх речи);
- ответы на вопросы становятся уклончивыми.

### ***Осложнения заикания***

Наличие заикания вынуждает ребенка избегать речевых ситуаций, в результате чего сужается круг его общения и, как следствие, общего развития. Появляется мнительность, настороженность, ощущение разницы между собой и сверстниками. В результате непонимания между ребенком и его родителями (одноклассниками, сверстниками) развивается ощущение ущемленности, собственной неполноценности. Нарастает раздражительность, появляется пугливость, которая может привести к угнетению психики и усугублению заикания. Заикание может привести к снижению успеваемости в школе по причине неловкости, стеснительности и замкнутости ребенка. Развитие заикания может помешать в выборе профессии, а также в создании семьи.

### **Клинический пример**

*Ребенок 6 лет поступил на лечение по дневному стационару в ОДКБ с жалобами на выраженное нарушение речи (заикание)*

**Анамнез заболевания.** Вышеописанная симптоматика беспокоит в течение полугода. Возникновению заболевания предшествовало тяжелое психическое потрясение – нападение собаки. После чего у ребенка появилась боязнь собак, беспокойство во время сна, заикание. Данные симптомы возникли сразу после перенесенного потрясения. По данному поводу в больницу не обращались, лечились народными средствами (заговорами). С 3-х до 5-ти лет посещал детский сад, с логопедом не занимался, по причине его отсутствия.

**Анамнез жизни.** Ребенок от 1, нормально протекавшей беременности, от 1 срочных родов. Родился доношенным, с весом 3200 г, ростом – 51 см. Закричал сразу. В период новорожденности не болел. Рос и развивался соответственно возрасту. Привит по календарю. Из перенесенных заболевания ОРВИ, ангина (5 лет). Контакт с туберкулезными, инфекционными больными отрицает. Аллергоанамнез спокоен. Наследственность отягощена: заикание в семье по линии отца.

**Психический статус.** Внешне опрятен. Двигательно спокоен. Продуктивному контакту доступен. На вопросы отвечает в плане заданного. В беседе активен. Речь быстрого темпа, внятная, с заиканием. Мышление продуктивное. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту. Эмоционально лабилен. Настроение обычное. Критика формальная. Сон, аппетит удовлетворительные.

**Данные объективного обследования.** Неврологический статус без особенностей. Соматический статус без особенностей.

**Клинический диагноз.** Логоневроз в виде заикания.

**Рекомендации по лечению.**

Занятия с логопедом.

Капс. *Acidi aminophenylbutyrici* 250 мг, по 1 капс 2 p/d

Таб. *Carbamazepini* 200мг, по ¼ таб 2 p/d



## ЛИТЕРАТУРА

1. Агаркова И.В. Клинико-психологический анализ принятия роли матери у первородящих беременных женщин / И.В. Агаркова, В.А. Куташов, Т.Ю. Куташов // Центральный научный вестник. – 2017. – Т. 2, №1 (18). – С. 22– 26.
2. Бобонов А.М. К вопросу лечения зависимости от курительных смесей / А.М. Бобонов, В.А. Бобонов, О.В. Бобонов // Центральный научный вестник. – 2017. – Т. 2, №3. – С. 6 – 9.
3. Бударов Н.А. К вопросу о диагностике и лечения героиновой зависимости / Н.А. Бударов, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Центральный научный вестник. – 2017. – Т. 2, №3. –С. 10– 13.
4. Будневский А.В. Аффективные расстройства на фоне гипотиреоза / А.В. Будневский, В.А. Куташов, Д.Н. Будневский, А.Я. Кравченко, А.А. Кравченко // Клиническая медицина. 2018. Т. 96, № 3. С. 222– 227.
5. Будневский А.В. Клинические проявления антифосфолипидного синдрома при поражении центральной нервной системы. / А.В. Будневский, В.А. Куташов, А.Я. Кравченко // Клиническая медицина. – 2016. – Т. 94, № 5. – С. 391-394.
6. Будневский А.В. Применение классификационно – прогностического моделирования для выявления и анализа значимости индивидуальных факторов риска развития нервно–психических расстройств / А.В. Будневский, О.В. Ульянова, О.П. Захаров, Т.Ю. Хабарова, В.А. Куташов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2016. – №3. – С. 37 – 43.
7. Венозная энцефалопатия. Собственное клиническое наблюдение: / Ульянова О.В., Куташов В.А., Поединок Е.Ю. Всерос. науч.-практ. конф., посвящ. 140-летию со дня рождения Михаила Ивановича Аствацатурова «Неотложные состояния в неврологии: современные методы диагностики и лечения», 17-18 ноября 2017 г., Санкт-Петербург: сб. ст. и тез. / под ред. И.В. Литвиненко. – СПб.: Альта Астра, 2017. – С. 80 – 81.
8. Вербенко В.А. Неврологические и психические проявления у пациентов с ишемическим инсультом мозжечка в раннем и позднем восстановительном периодах / В.А. Вербенко, Е.А. Ремизова, В.А. Куташов, О.В. Ульянова, Е.О. Бойко, В.Г. Бойко // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2018. № 6. С. 40– 44.
9. Дудина А.А. Влияние нейрометаболической терапии на эмоциональное состояние больных с ишемическим инсультом средней

тяжести / А.А. Дудина, В.А. Куташов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – Т.1. Спец. выпуск, № 15. – С. 47 – 48.

10. Дудина А.А. Нейрометаболическая терапия в остром периоде ишемического инсульта / А.А. Дудина, В.А. Куташов, О.В. Ульянова, А.П. Скороходов. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2018. – №17, Спец. выпуск (октябрь). – С. 62 – 63.

11. Дудина А.А. Сравнительное исследование эффективности препаратов с нейротрофическим действием в лечении острого периода ишемического инсульта / А.А. Дудина, В.А. Куташов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – Т.1. Спец. выпуск, № 15. – С. 47.

12. Елисеев С.Б. К вопросу о лечении обсессивно-компульсивного расстройства психотерапией / С.Б. Елисеев, В.А. Куташов, А.С. Самсонов // Центральный научный вестник. – 2017. – Т. 2, №11 (28). – С. 10– 12.

13. Есауленко И.Е. Основные принципы оказания неврологической помощи больным с рассеянным склерозом в условиях многопрофильного городского стационара (30-летний опыт) / И.Е. Есауленко, А.В. Чернов, О.В. Ульянова, В.А. Куташов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2016– №7. – С. 37-41.

14. Есауленко И.Э. Анализ внутренней картины болезни при медико-социальной экспертизе инвалидов молодого возраста, перенесших черепно-мозговую травму / И.Э. Есауленко, А.В. Есауленко, В.А. Есауленко, О.В. Ульянова // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2016. – № 65. – С. 176 – 182.

15. Есауленко И.Э. Неврологические проявления вторичного антифосфолипидного синдрома / И.Э. Есауленко, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Саратовский научно – медицинский журнал. – 2017. – Т. 13, №1. – С. 139 – 143.

16. Есауленко И.Э. Принципы социальной и медицинской реабилитации детей с аутизмом в Воронеже и Воронежской области / И.Э. Есауленко, А.В. Сущенко, О.С. Саурина, О.В. Ульянова, Н.Н. Чайкина, И.Н. Уланова, В.А. Куташов // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2017. – Т. 20, №2. – С. 32 – 51.

17. Есауленко И.Э., Клинический случай синдрома Гийена – Барре / И.Э. Есауленко, В.А. Куташов, О.В. Ульянова, И.А. Соколов // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2017. – Т. 20, №2. – С. 284 – 289

18. Жигулин Е.И. Немедикаментозная коррекция аффективных расстройств у нейрососудистых пациентов / Е.И. Жигулин, В.А. Куташов, О.В. Куташов // Центральный научный вестник. – 2018. – Т. 3, № 5 (46). – С. 13-14.

19. Землянкина О.А. Музыкальная терапия как фактор влияющий на функцию внимания у детей с ЗПР старшего дошкольного возраста / О.А. Землянкина, Д.Н. Припутневич, В.А. Куташов // Центральный научный вестник. – 2017. – Т. 2, №2 (19). – С. 26– 28.

20. Иванов В.Т. Клиника и диагностика ретробульбарного неврита / В.Т. Иванов, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Центральный научный вестник. – 2017. – Т. 2, №5. – С. 7– 10.

21. К вопросу о лечении пациентов с посттравматической нейропатией лучевого нерва Клиническая нейрофизиология и нейрореабилитация : Материалы Пятой научно-практической конференции с международным участием / О.В. Ульянова, В.А. Куташов, Е.С. Ливерко. – СПб, 22-24 ноября 2017. – С.125 – 126.

22. Кашкина А.Г. К вопросу об особенностях снижения когнитивных функций у пациентов с артериальной гипертензией / А.Г. Кашкина, Т.Ю. Хабарова, В.А. Куташов // Центральный научный вестник. 2018. Т. 3, № 4 (45). С. 9 – 10.

23. Киньшина Анализ структуры соматической патологии у подростков с девиантным поведением в условиях соматического стационара и амбулатории / В.Н. Киньшина, О.Ю. Ширяев, В.А. Куташов // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2016. – Т. 19, № 1. – С. 38-41.

24. Комплексный подход в терапии каннабиоидной зависимости. Собственное клиническое наблюдение Душевные расстройства: от понимания к коррекции и поддержке [Электронный ресурс]: мат. регион. науч. конф. / А.В. Черных, О.В. Ульянова, В.А. Куташов. Ростов на Дону, 2018 – С. 129 – 132.

25. Куташов В. А. К вопросу о нервно-психических расстройствах у больных гипотиреозом / В. А. Куташов, А. В. Куташов, О. В. Ульянова, Д. Н. Ульянова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2016. – Т. 12, № 3. – С. 375 – 379.

26. Куташов В.А. Психологический анализ проблем современных конфликтов в сфере родительско-детских взаимоотношений подростка / В.А. Куташов, Л.С. Немых, Е.Н. Ласкина // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2016. – Т. 19, № 1. – С. 47-51.

27. Куташов В.А. Влияние нейрометаболической терапии на кровоток в сосудах головного мозга / В.А. Куташов, А.А. Дудина, О.В. Ульянова, А.П. Скороходов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2018. – № 4. – С. 3 – 10.

28. Куташов В.А. Исследование употребления психоактивных веществ водителями транспортных средств / В.А. Куташов, Е.А. Щербак // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2017. – № 3. – С. 49 – 52
29. Куташов В.А. К вопросу о тревожно-депрессивных расстройствах при инсульте мозжечка (тезисы Scopus) / В.А. Куташов, О.П. Захаров, О.В. Ульянова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика – 2018. – Дополнит. выпуск (март). – С. 174 – 175.
30. Куташов В.А. Клиника и диагностика общеклинических и неврологических поствакцинальных реакций и осложнений / В.А. Куташов, О.В. Ульянова, А.В. Будневский // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2017. – №3. – С. 25 – 30.
31. Куташов В.А. Клинико-социальные характеристики у больных с аффективными расстройствами / В.А. Куташов, В.А. Вербенко, Е.А. Ремизов, Е.О. Бойко, В.Г. Заика // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2018. № 6. С. 3 – 7.
32. Куташов В.А. Когнитивные нарушения при рассеянном склерозе / В.А. Куташов, О.В. Куташов, Т.Ю. Куташов, А.В. Куташов // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2016. – Т. 12, № 2. – С. 267 – 270.
33. Куташов В.А. Медико-психологическая реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами / В.А. Куташов, Л.С. Немых, Т.И. Неретина // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2016. – Т. 19, № 1. – С. 42-46.
34. Куташов В.А. Медико-психологическая реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами / В.А. Куташов, Г.В. Суржко // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2016. – Т. 19, № 1. – С. 52-55.
35. Куташов В.А. Наиболее значимые предикторы кардиоэмболического инсульта, определяющие клиническую картину и исход заболевания [Текст] / В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2016. – №6. – С. 51 – 55.
36. Куташов В.А. Наркология. Клиника. Диагностика. Лечение / В.А. Куташов, И.Е. Сахаров. – Воронеж, 2016. – 982 с.
37. Куташов В.А. Неврологические проявления у больных с антифосфолипидным синдромом : учебно–методические рекомендации / В.А. Куташов, А.В. Чернов, О.В. Ульянова, Л.А. Куташова. – Воронеж, 2016. – 92 с.
38. Куташов В.А. Неврология в клинических примерах / В.А. Куташов, И.Е. Сахаров, Л.А. Куташова, И.А. Чемордаков. – Москва, 2017. – 306 с.

39. Куташов В.А. Основные принципы лечения антифосфолипидного синдрома / В.А. Куташов, О.В. Куташов // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2016. – Т. 19, № 1. – С. 92-98/
40. Куташов В.А. Основные принципы цереброваскулярной терапии / В.А. Куташов, О.В. Ульянова, А.В. Будневский // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – Т.1. Спец. выпуск, № 15. – С. 87.
41. Куташов В.А. Основы психологической реабилитации больных, перенесших инсульт мозжечка (тезисы Scorpus) / В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика – 2018. – Дополнит. выпуск (март). – С. 302 – 303.
42. Куташов В.А. Особенности клиники и социальных проблем у больных с аффективными расстройствами разных возрастных групп / В.А. Куташов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2018. № 8. С. 3 – 6.
43. Куташов В.А. Особенности лечения больных с аффективными расстройствами при гипотиреозе / В.А. Куташов, А.В. Куташов, Д.Н. Припутневич, О.В. Ульянова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2016. – Т.6, №10. – 1544
44. Куташов В.А. Особенности медико-социальной характеристики и тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с инсультом мозжечка в раннем восстановительном периоде / В.А. Куташов, О.В. Ульянова, О.П. Захаров Особенности // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2018. – Т. 14, № 1. – С. 141 – 145.
45. Куташов В.А. Остеохондроз. Современные методы диагностики и лечения. Медикаментозные блокады: уч.- метод. пособие / В.А. Куташов, О.В. Ульянова, Т.Ю. Хабарова. – Воронеж, 2016. – 196 с.
46. Куташов В.А. Распространенность синдрома эмоционального выгорания среди врачей города Воронежа / В.А. Куташов, Д.Н. Припутневич // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2017. – Т. 20, №2. – С. 90 – 93.
47. Куташов В.А. Связь психофизиологических факторов с расстройствами вегетативной нервной системы / Куташов В.А // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2016 – №3. – С. 63 - 66
48. Куташов В.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей, оказывающих ургентную и плановую помощь / В.А. Куташов, О.В. Ульянова, О.С. Саурина, Т.Ю. Хабарова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – Дополнит. выпуск (ноябрь). – С. 103 – 104.
49. Куташов В.А. Современная терапия цереброваскулярных заболеваний в Воронежском регионе / В.А. Куташов, А.В. Будневский, О.В.

Ульянова, И.Э. Сазонов, Т.Ю. Хабарова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2016. – Т.6, №10. – С. 1543.

50. Куташов В.А. Современное лечение алкогольных психозов в многопрофильной клинике / В.А. Куташов, А.В. Будневский // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2016– №5. – С. 18 - 22

51. Куташов В.А. Транскраниальная магнитотерапия в неврологической клинике / В.А. Куташов, А.С. Шульга // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – Т.1. Спец. выпуск, № 15. – С. 85 – 86.

52. Куташов В.А., Ульянова О.В., Хабарова Т.Ю., Скороходов А.П., Белинская В.В., Дутова Т.И., Дудина А.А., Титаренко А.А. Особенности диагностики и неврологических проявлений катастрофического антифосфолипидного синдрома. Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2016. – № 65. – 117 – 123

53. Ландышева Т. И. К вопросу о перманентных непсихотических психических расстройствах при эпилепсии / Т.И. Ландышева, В.А. Ландышева, О.В. Ландышева // Центральный научный вестник. – 2017. – Т. 2, №3. – С. 27– 30.

54. Мелкумян О.Л. К вопросу о гемодинамически значимых нарушениях в неврологической и нейрохирургической практике / О.Л. Мелкумян, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Центральный научный вестник. – 2017. – Т. 2, №3. – С. 37– 39.

55. Минькова Е.Е. Психологическая коррекция психоэмоционального состояния пациентов перенесших острое нарушение мозгового кровообращения / Е.Е. Минькова, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Центральный научный вестник. – 2017. – Т. 2, №8 (25). – С. 38– 42.

56. Немых Л.С. Социально-психологические аспекты алкогольной мотивации у мужчин / Немых Л.С., Немых Е.В., Немых В.А. // Центральный научный вестник. – 2017. – Т. 2, №1 (18). – С. 7– 9.

57. Немых Л.С. Эмоциональные и поведенческие расстройства детского возраста: системные неврозы заикание, энурез, энкопрез / Л.С. Немых, В.А. Куташов, Т.Ю. Хабарова, О.В. Ульянова. – Воронеж, 2017. – 208 с.

58. Опсоклонус–миоклонус синдром паранеопластического происхождения. Клинический случай [Текст] : «Кайшибаевские чтения»: Сборник научных трудов VII научно-практической конференции с международным участием, Алма-Аты, октябрь 2017. / О.В. Ульянова, В.А. Куташов, Ю.В. Миляева. – Алма-Аты, 2017. С. 112 – 116.

59. Пинаев А.В. Особенности физиотерапевтического лечения пациентов пожилого возраста с хронической ишемией головного мозга

[Текст] / А.В. Пинаев, М.А. Покачалова, В.А. Покачалова, О.В. Покачалова // Центральный научный вестник. – 2017. – Т. 2, №5. – С. 15– 18.

60. Полянская О.В. Клинический случай изолированной гемигипертрофии / О.В. Полянская, О.П. Полянская, В.А. Полянская // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2016. – № 65. – С. 109-116

61. Полянская О.В. Клинический случай лечения постинсультной депрессии с расстройством сна и отказом пациента от еды / О.В. Полянская, В.А. Полянская // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2017. – Т. 20, №2. – С. 127 – 138.

62. Преображенский А.П. зависти в человеческих отношениях / А.П. Преображенский, В.А. Куташов // Вестник Воронежского института высоких технологий. 2018. № 1 (24). С. 150 152.

63. Преображенский А.П. Обида как социальный феномен / А.П. Преображенский, В.А. Куташов // Вестник Воронежского института высоких технологий. 2018. № 1 (24). С. 153 155.

64. Принципы организации комплексной программы психологической коррекции тревожно депрессивных расстройств у пациентов с инсультом мозжечка Душевные расстройства: от понимания к коррекции и поддержке [Электронный ресурс]: мат. регион. науч. конф. / О.В. Ульянова, О.П. Захаров, В.А. Куташов. Ростов на Дону, 2018. – С.225 – 227.

65. Припутневич Д.Н. Влияние заместительной гормонотерапии на динамику депрессивной симптоматики у пациентов, страдающих аффективными расстройствами и гипотиреозом / Д.Н. Припутневич, В.А. Куташов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – Т.1. Спец. выпуск, № 15. – С.124 – 125.

66. Припутневич Д.Н. Гипотиреоз и депрессия. Психосоматические взаимоотношения / Д.Н. Припутневич, А.В. Будневский, В.А. Куташов, А.Я. Кравченко. – Воронеж, 2016. – 176 с.

67. Припутневич Д.Н. Гипотиреоз, как фактор, влияющий на наличие алекситимии у пациентов с аффективными расстройствами / Д.Н. Припутневич, В.А. Куташов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – Т.1. Спец. выпуск, № 15. – С.125 – 126.

68. Припутневич Д.Н. Заместительная гормонотерапия как фактор, влияющий на скорость наступления и устойчивость ремиссии у больных депрессией, страдающих гипотиреозом / Д.Н. Припутневич, В.А. Куташов, А.В. Будневский // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2017. – № 1. – С. 42 – 45.

69. Припутневич Д.Н. Клинико-демографические особенности пациентов с депрессией и гипотиреозом / Д.Н. Припутневич, В.А. Куташов, А.В. Будневский, О.В. Ульянова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2018. № 5. С. 44-48.

70. Припутневич Д.Н. Опыт применения тиапридала в лечении гиперкинетического расстройства поведения у детей / Д.Н. Припутневич, В.А. Куташов, Д.О. Куташов // Прикладные информационные аспекты медицины. 2018. Т. 21. № 2. С. 107-111.

71. Припутневич Д.Н. Применение нейрорептинов в терапии гиперкинетического расстройства поведения у детей / Д.Н. Припутневич, В.А. Куташов, Д.А. Черных, Е.В. Сыромятникова, Д.О. Купцова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – Т. 118, № 2. – С. 31-34.

72. Припутневич Д.Н. Психический дискомфорт, как фактор развития синдрома эмоционального выгорания у врачей / Д.Н. Припутневич, В.А. Куташов, А.М., Гамазина Н.А. Сыраева // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2017. – Т. 20, №2. – С. 139 – 143.

73. Припутневич Д.Н. Распространенность синдрома эмоционального выгорания среди врачей терапевтов города Воронежа / Д.Н. Припутневич, В.А. Куташов, Н.А. Куташов // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2017. – Т. 7. – № 7. – С. 1358-1359.

74. Проведение тромболитической терапии при ишемическом инсульте: опыт Воронежской области : сб. стат. Acta Neurologica Daghestanica к 140-летию со дня рождения профессора М.С. Доброхотова / И.Э. Есауленко, В.А. Куташов, О.В. Ульянова, Н.М. Буланая; гл. ред. Б.А. Абусуева. Махачкала, 2018. С. 116-141.

75. Психологическая коррекция тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с инсультом мозжечка Душевные расстройства: от понимания к коррекции и поддержке [Эл. ресурс] : мат. регион. науч. конф. / О.П. Захаров, В.А. Куташов, О.В. Ульянова. Ростов на Дону, 2018. – С. 81-85

76. Психопатологическая связь депрессии с соматической патологией и её социальные аспекты Душевные расстройства: от понимания к коррекции и поддержке [Электронный ресурс]: мат. регион. науч. конф. / О.В. Ульянова, Е.В. Ткачёва, В.А. Куташов. Ростов на Дону, 2018 – С. 132-134.

77. Ранняя клиническая диагностика родовых травм шейного отдела позвоночника: стат. сб. материалы. меж. науч. – практ. конф., Курск, 12 мая 2017 г. / О.В. Ульянова, В.А. Куташов, Е.В. Кислицына; под редакцией Н.К. Горшуновой. – Курск, 2017. С. 463 – 481.



78. Расстройства пищевого поведения. Атипичная нервная булимия. Клиническое наблюдение: «Кайшибаевские чтения»: Сборник научных трудов VII научно-практической конференции с международным участием, Алма-Аты, 4-5 октября, 2018 // В.А. Куташов, О.В. Ульянова. – Алма-Аты, 2018. С. 88-92.

79. Рахманова А.А. Эффективность транскраниальной магнитной стимуляции при лечении когнитивных нарушений у пациентов с ишемическим инсультом в позднем восстановительном периоде / А.А. Рахманова, В.А. Куташов, О.В. Куташов // Прикладные информационные аспекты медицины. 2018. Т. 21, № 2. С. 112-116.

80. Самсонов А.С. Интеллектуализационные методики в профилактике и прогнозировании психосоматических расстройств у пациентов общемедицинской сети / А.С. Самсонов, В.А. Куташов, А.В. Будневский, И.Э. Есауленко // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – Т.1. Спец. выпуск, № 15. – С. 139.

81. Самсонов А.С. Использование классификационно-прогностического моделирования для прогнозирования риска развития депрессивных расстройств / А.С. Самсонов, В.А. Куташов // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 13, №1. – С. 168 – 174/

82. Самсонов А.С. Применение интеллектуализационных методик прогнозирования аффективных расстройств в практике врача-интерниста / А.С. Самсонов, В.А. Куташов, А.В. Будневский, И.Э. Есауленко // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – Т.1. Спец. выпуск, № 15. – С.138 – 139.

83. Самсонов А.С. Процедура анализа взаимосвязи ресурсного обеспечения психиатрической службы с распространенностью психических расстройств и расстройств поведения на примере Воронежской области / А.С. Самсонов, В.А. Самсонов // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2017. – Т. 20, №2. – С. 176 – 181.

84. Самсонов А.С. Факторы, осложняющие адекватную оценку уровня распространённости депрессивных расстройств / А.С. Самсонов, В.А. Самсонов // Прикладные информационные аспекты медицины. 2018. Т. 21, № 2. С. 122-127.

85. Скороходов А.П. Факторы риска, влияющие на исход кардиоэмболического инсульта / А.П. Скороходов, О.Н. Хаханова, В.А. Хаханова // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2016. – Т. 19, № 1. – С. 113-118.

86. Смагина Ю.О. Криминогенные последствия наркомании / Ю.О. Смагина, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Центральный научный вестник. – 2016. – Т.1, №13. – С. 38 – 41.

87. Смагина Ю.О. К вопросу о эпидемиологии болезней зависимости / Ю.О. Смагина, В.А. Смагина, О.В. Смагина // Центральный научный вестник. – 2016. – Т.1, №13. – С. 42 – 44.

88. Сочатанное применение наркотических и психоактивных веществ. Клинический случай. Душевные расстройства: от понимания к коррекции и поддержке [Электронный ресурс]: мат. регион. науч. конф. / А.В. Сарвилин, В.А. Куташов, О.В. Ульянова. Ростов на Дону, 2018 – С. 204 – 208.

89. Суржко Г.В. Психокоррекция тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с инсультом в раннем восстановительном периоде / Г.В. Суржко, В.А. Куташов, Т.Б. Хабарова, О.В. Ульянова. – Воронеж, 2017. – 170 с.

90. Транскраниальная магнитная стимуляция при лечении пациентов с ишемическим инсультом: «Кайшибаевские чтения»: Сборник научных трудов VII научно-практической конференции с международным участием, Алма-Аты, 4-5 октября, 2018 // В.А. Куташов, О.В. Ульянова. – Алма-Аты, 2018. С. 92 – 102

91. Тревожно – депрессивные расстройства у больных перенесших инсульт: Материалы Международного конгресса, посвященного всемирному дню инсульта / В.А. Куташов, Т.Ю. Хабарова, О.В. Ульянова. – М.: ООО «Буки-Веди», 2017. – С.567 – 568.

92. Тревожно-депрессивные расстройства у больных в остром периоде инсульта: / В.А. Куташов, О.В. Ульянова, Т.Ю. Хабарова. Всерос. науч.-практ. конф., посвящ. 140-летию со дня рождения Михаила Ивановича Аствацатурова «Неотложные состояния в неврологии: современные методы диагностики и лечения», 17-18 ноября 2017 г., Санкт-Петербург: сб. ст. и тез. / под ред. И.В. Литвиненко. – СПб.: Альта Астра, 2017. – С.76 - 77.

93. Ульянова О.В. К вопросу о клинической картине и диагностике редких неврологических заболеваний / О.В. Ульянова, В.А. Куташов, Н.В. Брежнева // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2018. – Т. 14, № 1. – С. 174 – 177.

94. Ульянова О.В. К вопросу об этиологии, клинической картине и диагностике синдрома Клейне – Левина / О.В. Ульянова, В.А. Куташов // Саратовский научно – медицинский журнал. – 2017. – Т. 13, №1. – С. 181 – 187

95. Ульянова О.В. Катастрофический антифосфолипидный синдром / О.В. Ульянова, В.А. Куташов, А.В. Будневский // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – Т.1. Спец. выпуск, № 15. – С. 167 – 168.

96. Ульянова О.В. Клинический случай реабилитации ребенка с нижним парапарезом / О.В. Ульянова, Е.А. Гоголева, В.А. Куташов // Прикладные информационные аспекты медицины. 2018. Т. 21, № 2. С. 152 – 156.

97. Ульянова О.В. Комплексное лечение больных с рассеянным склерозом в условиях многопрофильного городского стационара / О.В. Ульянова, В.А. Ульянова // Вестник КазНМУ. – 2016. – №2. – С. 339 – 342

98. Ульянова О.В. Неврологические и психопатологические расстройства как следствие травматической болезни головного мозга / О.В. Ульянова, В.А. Куташов, А.В. Куташов // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2017. – Т. 20, №2. – С. 205 – 211

99. Ульянова О.В. Основополагающие взгляды на особенности питания пациентов с рассеянным склерозом / О.В. Ульянова, В.А. Куташов // Нейроиммунология. – 2017. – Т. XIV, № 1 – 2. – С. 68.

100. Ульянова О.В. Особенности аффективных нарушений у больных в раннем восстановительном периоде ОНМК / О.В. Ульянова, В.А. Куташов, Т.Ю. Хабарова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – Т.1. Спец. выпуск, № 15. – С. 167.

101. Ульянова О.В. Особенности неврологических проявлений у пациентов с антифосфолипидным синдромом / О.В. Ульянова, В.А. Ульянова, Т.Ю. Хабарова / Вестник КазНМУ. – 2016. – №2. – С. 333 – 339.

102. Ульянова О.В. Применение транскраниальной магнитной стимуляции при комплексном лечении пациентов с ишемическим инсультом в позднем восстановительном периоде с лечебно-реабилитационных позиций / О.В. Ульянова, В.А. Куташов // Вестник физиотерапии и курортологии. 2018. № 3. С. 73 – 81.

103. Ульянова О.В. Психические расстройства у пациентов с рассеянным склерозом / О.В. Ульянова, В.А. Куташов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118. № 8. С. 147 – 148

104. Ульянова О.В. Психологические расстройства у пациентов с рассеянным склерозом / О.В. Ульянова, М.В. Костылева, В.А. Куташов // Прикладные информационные аспекты медицины. 2018. Т. 21, № 2. С. 146 – 151.

105. Ульянова О.В. Роль витамина D в лечении рассеянного склероза / О.В. Ульянова, В.А. Куташов // Нейроиммунология. – 2017. – Т. XIV, № 1 – 2. – С. 68 – 69.

106. Ульянова О.В. Синдром эмоционального выгорания у врачей неврологов / О.В. Ульянова, В.А. Ульянова, А.П. Ульянова, А.А. Дудина // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2016. – Т. 19, № 1. – С. 119-123.

107. Ульянова О.В. Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) при лечении пациентов с ишемическим инсультом (ИИ) /О.В. Ульянова, В.А. Куташов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика – 2018. – №17, Спец. выпуск (октябрь). – С. 63 – 64.

108. Хабарова Т.Ю. К вопросу социально-психологических особенностей в клинике внутренних болезней / Т.Ю. Хабарова, В.А. Куташов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – Т.1. Спец. выпуск, № 15. – С. 162.

109. Хабарова Т.Ю. Медико-психологическая реабилитация пациенток женской консультации с посттравматическим стрессовым расстройством [Текст] / Т.Ю. Хабарова, Н.Н. Хабарова, В.А. Хабарова // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2016. – Т. 19, № 1. – С. 141-146.

110. Хабарова Т.Ю. Медико-психологические предикторы при ожирении коморбидным с нарушением пищевого поведения [/ Т.Ю. Хабарова, В.А. Куташов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – Т.1.Спец. выпуск, № 15. – С.162 – 163.

111. Хабарова Т.Ю. Особенности личности у педагогов высших учебных заведений / Т.Ю. Хабарова, В.А. Хабарова, О.В. Хабарова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2016. – Т.6, №10. – С. 1552.

112. Хабарова Т.Ю. Роль индивидуально-психологических особенностей в формировании интернет-аддикции / Т.Ю. Хабарова, В.А. Хабарова // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2017. – Т. 20, №2. – С. 223 – 226.

113. Хаханова О.Н. Кардиоэмболический инсульт: факторы риска, прогноз, вторичная профилактика / О.Н. Хаханова, А.П. Скороходов, В.А. Куташов, О.В. Куташов // Саратовский научно – медицинский журнал. – 2017. – Т. 13, №1.– С. 187 – 192.

114. Хороших Н.В. Формирование положительного имиджа первого пренатального скрининга в среде беременных / Н.В. Хороших, С.С. Гостева, И.Г. Волкова, Е.Б. Волкова, В.А. Волкова // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2016. – Т. 19, № 1. – С. 147-150.

115. Центральный понтинный миелолиз. Случай из клинической практики: «Кайшибаевские чтения»: Сборник научных трудов VII научно-практической конференции с международным участием, Алма-Аты, октябрь

2017. / В.А. Куташов, О.В. Ульянова, Л.Н. Боровая. – Алма-Аты, 2017. С. 76 – 79.

116. Швед И.Н. Оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе больным с «ОКС» / И.Н. Швед, В.А. Швед, А.С. Шульга // Центральный научный вестник. – 2017. – Т. 2, №1 (18). – С. 17– 19.

117. Швырёв А.П. Детская клиническая психология и психиатрия / А.П. Швырёв, В.А. Куташов. – Москва, 2016. – 602 с.

118. Шульга А.С. Использование ритмической транскраниальной магнитной стимуляции для лечения депрессии у больных в позднем восстановительном периоде ишемического инсульта / А.С. Шульга, В.А. Шульга // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2017. – Т. 20, №2. – С. 266 – 272.

119. Щербак Е.А. Депрессия и алкоголизм: клинико-социальные взаимоотношения / Е.А. Щербак, В.А. Куташов, Ю.П. Сиволап, В.А. Руженков, В.И. Михайлов. – Москва, 2018. – 174 с.

120. Щербак Е.А. Исследование когнитивных нарушений у пациентов с болезнями мозга / Щербак Е.А., В.А. Куташов // Центральный научный вестник. 2018. Т. 3, № 10 (51). С. 37 – 39.

121. Щербак Е.А. Клинико-психопатологические факторы формирования депрессивных расстройств у больных алкоголизмом / Е.А. Щербак, Ю.П. Сиволап, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2018. – № 4. – С. 24 – 29

122. Щербак Е.А. Медико-социальная характеристика больных при алкоголизме с депрессивными расстройствами как клинико-психопатологическая основа их профилактики / Е.А. Щербак, Л.С. Немых, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2017. – № 8. – С. 76 – 81.

123. Щербак Е.А. Принципы профилактики депрессивных расстройств при синдроме зависимости от алкоголя / Е.А. Щербак, Ю.П. Сиволап, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2018. – № 4. – С. 16 – 23.

124. Щербак Е.А. Профилактика депрессивных расстройств при болезни зависимости от алкоголя / Щербак Е.А., В.А. Куташов // Центральный научный вестник. 2018. Т. 3, № 10 (51). С. 43 – 46.

125. Щербак Е.А. Психопатологические факторы формирования депрессивных расстройств у больных алкоголизмом / Щербак Е.А., В.А. Куташов // Центральный научный вестник. 2018. Т. 3, № 10 (51). С. 39 – 42.

126. Этиология и патогенез рассеянного склероза: история и современные аспекты: сб. стат. Acta Neurologica Daghestanica к 140-летию со дня рождения профессора М.С. Доброхотова / В.А. Куташов, О.В. Ульянова, Т.Г. Фролова; гл. ред. Б.А. Абусуева. Махачкала, 2018. С. 170-180.