

Министерство здравоохранения СССР
Управление по внедрению новых лекарственных средств
и медицинской техники

ГЛОССАРИЙ
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ
ДЛЯ УНИФИКАЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ
ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ

Методическое письмо

В составлении глоссария принимали участие:
Ф.И. Иванов, А.И. Бабич, Ю.Я. Бунтов,
К.А. Валпгенгейм, Ф.И. Грудев, А.Г. Давыдова,
Б.Я. Первомайский, Е.Н. Толстяков, К.Н. Тощева,
М.А. Цивилько

Москва, 1974 год

Введение

Группа экзогенно-органических психозов включает большое число нозологических форм, близких, весьма близких или почти однозначных по синдромологическому признаку. Это обстоятельство, на первый взгляд, упрощает задачу разработки унифицированных синдромов, если оставить в стороне нозологическую пестроту всей группы. Но это только на первый взгляд.

В действительности разработка глоссария для столь большого числа отдельных форм, близких по синдромальному признаку, но совершенно не сходных по этиологическому, представляется чрезвычайно трудной. Трудной, во-первых, потому, что игнорировать нозологический принцип было бы неправильно, особенно если учитывать, что сходство симптомов, многих синдромов не исключает и некоторых, хотя и мало заметных различий. Трудной, во-вторых, потому, что разработать глоссарий с учетом всех известных в настоящее время вредных экзогенных воздействий практически не представляется возможным.

В представленном глоссарии экзогенно-органические психозы сгруппированы по этиологическому признаку. На основе этого принципа построена общая систематика групп психотических и непсихотических синдромов травматического, инфекционного, интоксикационного, соматогенного происхождения. Предполагалось при этом дать характеристику синдромов, наиболее типичных для данной этиологической группы.

Такой глоссарий будет способствовать идентификации психопатологических синдромов этиологически однородных или близких форм с учетом их групповой принадлежности. Присвоение стандартизованным синдромам шифра позволит применить вычислительную технику.

Шифром обозначены психопатологические синдромы (первые три цифры) и их нозологическая принадлежность (последняя цифра).

Разумеется, предлагаемый перечень далеко не охватывает всех групп экзогенно-органических психозов и иных психопатологических состояний. В будущем он будет дополняться и углубляться.

Психопатологические синдромы при черепно-мозговой травме. 500.1

Клиника психических нарушений при черепно-мозговой травме отличается большим полиморфизмом. Синдромы начального периода, периода восстановления и отдаленного отличаются как по своей структуре, так и по содержанию.

В представленном разделе глоссария приведены наиболее типичные синдромы травматической болезни мозга в ее динамике от начального этапа до отдаленного.

Синдром оглушенности 501.1

Один из самых распространенных синдромов помрачения сознания в начальном периоде черепно-мозговой травмы. Степень выраженности оглушенности неодинакова. Легкая оглушенность характеризуется неотчетливым восприятием окружающего, затруднениями в осмыслении происходящих событий, замедленными реакциями на внешние раздражители. Нередко реакции следуют только на сильные раздражители (громкий голос, повторные настойчивые вопросы), на слабые и однократные раздражители реакции отсутствуют. Больные могут напоминать одурманенных, плохо слышащих или дремлющих, переутомленных людей. Помимо затруднения в сосредоточении внимания, замедления восприятий, могут быть нарушения формальной правильности мышления и даже его бесвязность. Для синдрома оглушенности характерны также пассивность и безынициативность больных, что проявляется в общей двигательной заторможенности, эмоциональной индифферентности, замедленной и бедной (или отсутствующей) мимике, в тихой, монотонной, односложной речи. Замедление и неполнота восприятий окружающего приводят к нарушению аллопсихической ориентировки.

Делириозный синдром (травматический делирий) 502.1

Обычно развивается сразу же после выхода из комы или через некоторое время на фоне оглушенности или астении.

Начало обычно острое. Появляются зрительные галлюцинации, которые носят чаще профессиональный характер. Галлюцинации однообразные, чаще всего это отрывочные сцены и события, в которых участвует сам больной. К вечеру и в ночное время обманы восприятий нарастают, иногда на фоне усиливающейся тревоги. Продолжительность травматического делирия 3–4 дня. По выходе из психоза наблюдается астения, сохраняются фрагментарные воспоминания о содержании галлюцинаций.

Онейроидный синдром 503.1

Наблюдается при выходе из комы, сопора. Для онейроидного синдрома характерно обилие сновидных переживаний, которые больные могут дифференцировать с реальной обстановкой. Типичны ложные узнавания, аллопсихическая дезориентировка. Содержание сновидных переживаний различно: бытовые, служебные ситуации, сцены из его прошлой жизни с участием больного. Со стороны эмоциональной сферы наблюдается лабильность эмоциональных реакций, слабодушие, плаксивость, переходящая эйфория. Характерна также моторная заторможенность. В периоды прояснения сознания выявляются псевдореминисценции.

Симптоматика синдрома обычно обостряется в вечернее и ночное время. В структуре синдрома могут появляться эпизоды делирия или эпилептиформные припадки. По выходе из психотического состояния больные частично амнезируют содержание и последовательность переживаний.

Синдром сумеречного помрачения сознания 504.1

Возникает внезапно на фоне легкой оглушенности или астении, чаще в период восстановления нервно-психической деятельности, т.е. относительно удовлетворительного состояния. Характеризуется нарушением ориентировки во времени, окружающей обстановке, адекватности опосредования ситуации. Нередко наблюдаются галлюцина-

ции: обонятельные, слуховые, зрительные устрашающего содержания, отрывочные бредовые идеи, чем определяется неправильное (агрессивное) поведение больных. Сумеречному состоянию может предшествовать судорожный припадок (что облегчает диагностику). Часто имеют место аффективные расстройства: тоска, гнев, страх. Продолжительность сумеречного состояния от нескольких часов до суток, реже дольше. По выходе из психотического состояния отмечается амнезия на весь период измененного сознания. Синдром наблюдается как в остром, так и отдаленном периоде.

Аментивный синдром 505.1

Наблюдается при выходе из комы, сопора; при этом восстанавливается низшая рефлекторная деятельность, прояснение же сознания не наступает. Характерны дезориентировка в собственной личности и окружающей обстановке, беспорядочное возбуждение, бессвязность речи (произносятся отдельные слова, фразы), иногда речь отсутствует вовсе. Характерен также негативизм. Настроение больных подавленное, либо тревожное, мимические реакции: недоумение, растерянность. Двигательное возбуждение нередко сменяется адинамией. Возможно появление отрывочных слуховых или зрительных иллюзий и галлюцинаций. Больные не в состоянии следить за собой, самостоятельно принимать пищу, нередко сопротивляются уходу и кормлению. Как правило, у них нарушен сон. Контакт с больными затруднен или невозможен. Продолжительность – 2–4 суток и более. По мере прояснения сознания часто выявляются грубые амнестические нарушения на прошлые и текущие события.

Синдром аффективно-двигательного возбуждения (абортивный травматический психоз) 506.1

Наблюдается в начальном периоде травмы (сотрясения, ушибы). В структуре синдрома преобладают явления

умеренного аффективного и двигательного возбуждения, чувства общего аффективного подъема, удовольствия без отчетливых признаков благодушия и стремления к деятельности. Приподнятое настроение легко сменяется гневливостью. Темп речи обычный или несколько ускоренный. Утрачена способность осмысления ситуации и критической оценки своего состояния. Нарушен сон. Продолжительность от нескольких дней до двух недель. Сменяется состоянием астении.

Маниакальный синдром 507.1

Наблюдается в начальном периоде черепно-мозговой травмы. Часто непосредственно по выходе из состояния оглушенности, кратковременного сопора, очень редко – комы. Синдром характеризуется повышенным настроением, умеренным повышением активности, оживлением моторики. Отмечается обострение памяти на прошлые события, переоценка собственных возможностей; бредоподобные идеи личного превосходства, стремление к несвойственной ранее деятельности. Отвлекаемость внимания не характерна, поэтому деятельность больных носит однообразный характер. Не характерна и чрезмерная веселость. Потребность в сне уменьшена, однако, не столь значительно. Часто отмечается гневливость, как реакция протеста. Продолжительность состояния до 2–4 месяцев. Обычно сменяется астенией.

Синдром сурдомутизма (глухонмота) 508.1

Наблюдается при травме воздушной взрывной волной (в военное время при разрыве артиллерийских снарядов, в мирное – при взрывных работах) в начальном и остром периоде. Основным патогенетическим фактором глухонмоты является чрезмерное раздражение периферической части слухового анализатора (акустическая травма) и разлитое торможение корковых центров слухо-речевой зоны

коры мозга. Письменная речь не нарушена. Явления глухонемоты постепенно проходят: речь восстанавливается через этап заикания. Слух также постепенно восстанавливается. При наличии морфологических изменений в области периферического конца слухового анализатора полного восстановления слуха может не наступить.

Ретро-антероградная амнезия 509.1

Выявляется тотчас после выхода из коматозного или сопорозного состояния, на фоне астении. Объективно констатируется утрата способности воспоминаний событий, предшествующих травме и последующих, текущие события воспроизводятся правильно. Из других симптомов наблюдается аффективная лабильность, плохой сон. Расстройства памяти могут удерживаться в течение нескольких месяцев. В случаях тяжелой комы память на прошлые и последующие события не восстанавливается.

Амнестический (корсаковский) синдром 510.1

Расстройства памяти выявляются тотчас после выхода из комы или сопора, вначале маскируются благодушным настроением, реже дисфорией. Отмечаются ретроградная и антероградная амнезия и, что особенно характерно, утрата памяти на текущие события (фиксационная амнезия в сочетании с амнестической дезориентировкой). Нередки конфабуляции, сдвиг событий во времени (псевдореминисценции). Характерна для этих больных попытка компенсировать дефект памяти с помощью записей в блокноты. Использование записных книжек свидетельствует о критическом отношении к имеющемуся дефекту памяти. Продолжительность мнестических нарушений от нескольких (6–8) дней до 2–4 месяцев. Более продолжительное течение должно настораживать в отношении неблагоприятного прогноза (исхода в травматическое слабоумие).

Судорожный эпилептиформный синдром. 511.1

Наблюдается в остром и отдаленном периоде. Характеризуется периодическими судорожными припадками с потерей сознания. Припадку часто предшествуют мелкие конфликты, истериформный дебют: плач, рыдания, беспорядочные движения, вслед за которыми появляются тонические и клонические судороги. Продолжительность припадков 6–10 минут. Нередко чередуются с дисфорическими состояниями и сумеречными помрачениями сознания.

Дисфорическое состояние 512.1

Наблюдается преимущественно в отдаленном периоде. Тоскливо-злое настроение наступает внезапно без видимых причин, преимущественно в утренние часы. Отмечается тенденция к разрядке тягостного состояния агрессивным актом, самоповреждением. Понижается или полностью утрачивается работоспособность, нарушается сон. Продолжительность от нескольких часов до суток.

Астенический синдром 513.1

Наблюдается в остром и отдаленном периоде. Состояние психической слабости выражается в понижении тонуса психических процессов и повышенной их истощаемости. Характерна неспособность к длительному нервно-психическому напряжению, быстрое утомление при умственном и физическом напряжении, снижение психической активности, инициативы. Часты жалобы на головные боли, нарушения сна. Отмечается повышенная чувствительность к обычным привычным раздражителям: звуку, яркому свету, голосам (психическая гиперестезия), изменчивость настроения, аффективная неустойчивость (раздражительная слабость). Для астенического синдрома свойственны также неустойчивость и недостаточная концентрация внимания, рассеянность, снижение памяти. Для травматических астений типичны вегетативные нарушения: ла-

бильность пульса, головокружения, приступы головных болей при переутомлении, затруднено засыпание. Нередко на фоне астении формируются навязчивые страхи, ипохондрические сверхценные идеи. Течение нередко затяжное – от нескольких недель до многих лет.

Синдром посттравматического изменения личности. 514.1

Характеризуется наличием стойкой эмоциональной неуравновешенности, постоянной готовностью к бурным аффективным реакциям по незначительному поводу. Затруднена концентрация внимания, снижено пассивное и активное запоминание. Отмечается снижение интереса к приобретению новых знаний, легкомысленное отношение к семье, близким, снижена работоспособность, особенно умственная. Наблюдается три варианта этого синдрома. В одних случаях имеют место отчетливые истерические признаки изменения личности: эмоциональная лабильность, повышенная внушаемость, склонность к истерическим реакциям на повседневные трудности – двигательные (парезы), чувствительные (анестезии) и другие (глухонмота, глухота, мутизм), претенциозность, переоценка своих заслуг, тяжести соматического страдания. В других – наблюдается преобладание астенических симптомов со снижением настроения. При этом на фоне постоянно сниженного настроения легко формируются ипохондрические жалобы, а в дальнейшем стойкие ипохондрические синдромы. Реже наблюдается формирование паранойяльных черт характера и соответствующее поведение. Отмечается интеллектуальное снижение. Часто больные отличаются упорством при домогательствах личных выгод, руководствуясь исключительно аффективной логикой.

Травматическое слабоумие 515.1

Травматическое слабоумие наблюдается в случаях тяжелых ушибов или сотрясений мозга в отдаленном периоде. Развитию слабоумия в начальном или остром периоде

предшествует длительное коматозное состояние и мнестические расстройства (корсаковский синдром). В структуре болезни отчетливо выступают снижение памяти на текущие события и прошлые, снижение интеллекта. Снижены активность, инициатива. Мотивация ограничивается удовлетворением насущных потребностей (пища), круг интересов необычайно узок, словарный запас небольшой («обиходный»). Характерны неряшливость в одежде, обстановке. Со стороны аффективной сферы преобладают апатия, иногда, наоборот, раздражительность, гневливость. К труду, как правило, не способны.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ

В отдаленном периоде травмы могут возникать психотические состояния с аффективными и бредовыми синдромами. Следует предполагать, что одним из условий возникновения травматических психозов является воздействие экзогенных вредностей (инфекций, интоксикации – алкогольной, повторных черепно-мозговых травм, психических травм).

Паранойяльный синдром 516.1

Развивается чаще на фоне посттравматического изменения личности. Исходным моментом является ущемление сугубо личных интересов. В дальнейшем формируется симптомокомплекс «борьбы со злом» в большом масштабе. Содержание бредовых идей отличается конкретностью, без тенденции к расширению. Всякого рода проекты и жалобы больных, как правило, не отличаются ни разнообразием, ни оригинальностью содержания.

Параноидный синдром. 517.1

Наблюдается редко. Характеризуется слуховыми галлюцинациями вначале индифферентного характера, при-

обретающими в дальнейшем значимость для больного. Постепенно формируется бред отношения, воздействия, преследования. В структуре синдрома выявляются симптомы аффективной лабильности и вегетативные расстройства, свойственные астеническому синдрому.

Другой вариант этого синдрома характеризуется наличием бредовых идей отношения, ревности и др. Бредовые идеи нестойки, мало систематизированы, актуализация их в значительной мере зависит от аффективной напряженности: чем последняя выше, тем бред менее актуален и наоборот.

Прочие синдромы 518.1

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ («Экзогенные типы реакций»). 500.2

В группу включены психопатологические синдромы, наблюдающиеся при наиболее распространенных острых и хронических инфекционных заболеваниях: гриппе, пневмонии, острых кишечных, вирусных, острых лихорадочных состояниях невыясненной этиологии, бруцеллезе, туляремии, туберкулезе, сифилитических поражениях, ревматической болезни. Многообразие этиологических предпосылок и пестрота синдромов создают трудности для их систематики. Особенно это касается тех синдромов, которые отличаются симптоматологическим сходством с синдромами эндогенной группы.

Делириозный синдром 501.2

Может возникать во время лихорадочного периода (на высоте температуры), а также в периоды рецидива хронических инфекций. В начале многих инфекционных заболеваний делириозный синдром возникает лишь ночью и часто однократно. В случаях тяжелого течения

инфекции, например в активной фазе суставной формы ревматизма, он может продолжаться несколько дней. Различают инфекционный делирий, развивающийся еще до повышения температуры и исчезающий с окончанием лихорадки. В более тяжелых случаях делириозный синдром может возникнуть при падении температуры во время кризиса – бред коллапса. Характерные особенности инфекционного делирия: относительная кратковременность, «мерцающий» характер помрачения сознания, чередование его с состояниями ясного сознания. Волнообразное течение характерно для активной фазы суставного ревматизма. Психотическая симптоматика развивается не сразу, а постепенно. Вначале отмечается общее недомогание, головные боли, повышенная чувствительность к внешним раздражениям, повышенная эмоциональная раздражительность, расстройство сна, кошмарные сновидения, затем сознание нарушается, появляются иллюзии, галлюцинации. Картины инфекционного делирия разнообразны. Наиболее характерно наличие ярких истинных зрительных галлюцинаций и расстройство ориентировки, аутопсихическая ориентировка не нарушается. Сознание окружающего страдает в гораздо большей степени. Из галлюцинаций на первый план выступают обманы зрения, яркие и многочисленные. Для инфекционного делирия характерна сценичность галлюцинаций, сцены быстро меняются. Эмоциональные переживания характеризуются насыщенностью и богатством оттенков. Частым является аффект страха. Двигательное возбуждение тесно связано с переживаниями. В случаях, когда переживания носят бытовой, профессиональный характер, двигательное возбуждение менее выражено. В ряде случаев в структуре делириозного синдрома имеет место оглушенность, тогда больные многое из своих переживаний амнезируют. В периоды выздоровления отмечается астеническая симптоматика, сравнительно быстро проходящая. В отдельных случаях наблюдается резидуальный бред.

Аментивный синдром502.2

Характеризуется глубоким нарушением сознания окружающего и собственной личности. Чаще всего аменция наблюдается как последствие тяжелых инфекций. Основным симптомом аментивного состояния является бессвязность мышления, в сочетании с беспомощностью и растерянностью. Часто больные не понимают простых вопросов, не выполняют элементарных просьб: дать руку, открыть рот. В других случаях они односложно отвечают на простые вопросы, не охватывая ситуацию в целом. Эмоциональные переживания бледны и элементарны, двигательное возбуждение хаотично: беспорядочно мечутся в постели, пытаются встать, временами как бы ловят что-то, сбрасывают, отталкивают. На лице выражение гнева, страха. Речь часто состоит из отдельных выкриков, обрывков фраз, песен, циничной брани. Обманы чувств и бредовые идеи отступают на задний план и, подобно другим переживаниям, характеризуются бессвязностью и хаотичностью.

В отличие от делирия, аментивные состояния обычно развиваются не с началом инфекции, а при ее спаде и по окончании острого периода. Нередко в начале острой инфекции наблюдаются делириозные явления, а затем развивается аментивное состояние. Вследствие возбуждения и отказа от пищи часто наступает резкое истощение. Воспоминание о пережитом после выздоровления не сохраняется или сохраняется лишь частично.

Онейроидный синдром503.2

Как и делириозный, характеризуется наплывом обманов восприятий, но здесь галлюцинаторные образы фантастичны, грезоподобны, нередко больные сравнивают их с «кинофильмом», развертывающимся «как на экране», больные являются и участниками сценподобных видений, и в то же время зрителями. Колорит галлюцинаторных переживаний мрачен, соответствует тягостным

соматическим ощущениям и угнетенному настроению больных. Галлюцинаторные образы чувственны, яркие, конкретны, имеют непосредственное отношение к самому больному, нередко преобладает тематика смерти, в то же время психотические переживания носят отпечаток значительности, даже некоторой торжественности. Онейроид сопровождается активной фазой ревматизма, со сравнительно мягким, благоприятным течением, нередко сочетается с хореей, встречается довольно часто.

Сумеречное помрачение сознания (эпилептиформные состояния возбуждения)504.2

Характеризуется глубоким помрачением сознания, наличием страха и двигательным беспокойством. Для сумеречного помрачения характерны внезапные начало и выход из психотического состояния. Продолжительность несколько часов. Часто сменяется состоянием более или менее выраженной психической слабости. В тяжелых случаях возможны судорожные припадки.

Синдром галлюциноза505.2

Галлюциноз отличается известной стойкостью. В структуре синдрома преобладают истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации. Галлюцинаторные голоса принадлежат близким или знакомым лицам, содержание их конкретно, связано с соматической болезнью, опасениями за ее исход, житейскими вопросами и взаимоотношениями. На высоте наплыва галлюцинаций – кратковременные эпизоды помрачения сознания в форме спутанности или онейроидных переживаний с аффектом тревоги, страхом смерти, психомоторным возбуждением. Течение галлюциноза волнообразно, наплывы обманов восприятий сменяются светлыми промежутками, во время которых становятся возможными проблески критического отношения к психотическим переживаниям.

Астенический синдром 506.2.

Наиболее характерными для этого синдрома являются выраженные явления физической слабости и высокая истощаемость психических процессов, эмоциональная неустойчивость, умеренный депрессивный фон настроения: подавленность, угнетение, беспричинный плач, «взрывы слез». Постоянно отмечается повышенная чувствительность к внешним раздражителям (звуку, свету). Крайняя истощаемость проявляется в утомлении после непродолжительной беседы. Отмечается далее неустойчивость внимания, ослабление памяти, раздражительность, иногда наблюдаются приступы страха, особенно по ночам. При нарастании астении утрачивается связность мышления. Возможны отрывочные эпизодические галлюцинации и отрывочные бредовые идеи, большей частью неприятного содержания. Наряду с психическими изменениями имеются и соматические: резкое исхудание, слабость и боли в ногах, общая гиперестезия. Степень выраженности болезненных переживаний различна.

Астено-адинамическое состояние 507.2.

Больные малоподвижны, пассивны, не проявляют активного интереса к окружающему, бездеятельны, предоставленные самим себе ничем не заняты, продолжают лежать в постели или сидеть, сохраняя однообразную удобную позу. В то же время они сохраняют способность к эмоциональному контакту, если инициатива исходит от другого лица, тогда они проявляют критическое отношение к болезни, высказывают, что тяготятся ею, беспокоятся о своем будущем, сохраняют привязанность к близким.

Кататоноподобный синдром 508.2.

Наблюдается при хронических и острых инфекциях. В клинической картине психозов при острых кишечных инфекциях состояние обездвиженности часто сочетается

с мутизмом, а при возбуждении – дурашливое поведение. Сходство с кататоническим синдромом, наблюдаемым при шизофрении, чисто внешнее. Ясность причинно-следственных отношений и благоприятный исход помогают дифференциальной диагностике. При ревматической болезни сходство с эндогенной кататонией более выражено. Но и в этих случаях явления ступора неглубоки и непродолжительны. Кроме того, имеют место эмоциональная лабильность и истощаемость.

Корсаковский синдром 509.2

Наблюдается при острых и хронических инфекциях. Корсаковский синдром при острых инфекциях характеризуется отчетливо выраженными явлениями фиксационной амнезии при относительной сохранности памяти на прошлые события, наличием конфабуляций. Отмечаются в клинической картине эпизодические зрительные иллюзии и галлюцинации. Характерна выраженная астения, повышенная истощаемость при одновременно благодушном, эйфорическом фоне настроения. До известной степени остаются сохранными приобретенные навыки, способность пользоваться операциями мышления. Запоминание новых фактов невозможно, мнестические нарушения ведут к дезориентировке в месте, времени или появлению ложной ориентировки в окружающем. Нередко обнаруживаются признаки органического поражения центральной нервной системы, полиневритические явления, дистрофические нарушения.

Дистимический синдром 510.2

Часто возникает как последствие энцефалита, в стадии резидуа. В структуре синдрома преобладает подавленное, тоскливое настроение. Кроме угнетенного настроения характерно замедление психических процессов, застревание на переживаниях, снижение интересов к близкому окружению и их концентрация на интересах сугубо лич-

ных. В поведении преобладает раздражительность, недовольство, нередко элементы расторможенности влечений. Со стороны центральной нервной системы отмечаются нарушения чувствительности по типу гемиянестезии и другие симптомы органического поражения центральной нервной системы.

Неврозоподобный синдром 511.2

Наблюдается чаще при хронических инфекциях. Характеризуется состоянием раздражительной слабости, повышенной истощаемостью, утомляемостью, находящейся в прямой зависимости от психической и физической нагрузки. Отмечаются разнообразные соматические жалобы: головные боли, боли в области сердца, ухудшение сна, нарушения половой функции, в частности снижение либидо, ряд вегетативных и трофических расстройств, выражающихся в нарушении терморегуляции и тепловой адаптации. Часто отмечается ортостатическое головокружение, которое больные иногда расценивают как показатель «малокровия». Больные невыносимы к шуму, длительным монотонным раздражителям, вынужденному ожиданию. В клинической картине неврозоподобных нарушений могут быть навязчивые, чаще ипохондрические идеи. Истошающее влияние хронически текущего инфекционного процесса выступает на первый план как прямая причина симптоматики неврастенического характера. При некоторых инфекциях (бруцеллезе) в структуре синдрома наблюдаются периодические психосенсорные симптомы.

Астено-депрессивный синдром. 512.2

Наблюдается преимущественно при хронических инфекциях. В клинической картине психических нарушений на первый план выступают симптомы нервной истощаемости, пониженного настроения. Повышенная утомляемость сочетается с падением активности, неспособностью к длительному интеллектуальному напряжению, снижением

активного внимания. В силу выраженной утомляемости сужается круг интересов, устойчиво держится сниженное настроение, витальной депрессии нет. На фоне сниженного настроения отмечаются состояния неопределенной тревоги. Наблюдаются также нестойкие идеи виновности, малоценности, уверенность в том, что окружающие осуждают больного, подчеркивают его личную неопрятность, несоблюдение правил личной гигиены, что и послужило причиной заболевания. В некоторых случаях опасения отражают реальную ситуацию, которая, однако, расценивается больными неадекватно. Больные иногда предпринимают определенные «защитные меры» для того, чтобы как-то оправдать себя в глазах окружающих, доказать истинность своих страданий. Нарушение нервно-сосудистой регуляции, вегетативные расстройства, изменения секреторной и моторной функции желудка и кишечника сопутствуют этим состояниям.

Астено-деперсонализационный синдром 513.2

Этот синдром наблюдается преимущественно при последствиях гриппозных инфекций и длительно текущих инфекциях с явлениями прогрессирующей астенизации (туберкулез легких, ревматизм). Характерными для него являются психическая деперсонализация, переживания своеобразного двойственного состояния, утрата чувственного (компонента восприятия своего тела, а также чувства реальности и достоверности всех предметов и явлений внешнего мира, потери своих эмоций, отсутствие образного представления, «пустота» в голове. Объективно же отмечается относительная сохранность сознания, функций органов чувств, эмоций и достаточная адекватность мыслительного процесса и поведения. Отмечается чувство утраты своего «Я», раздваивание, восприятия себя и внешней среды как бы со стороны, как чуждое, непривычное, при сохранности правильного представления (мыслительного) о реальности существующего. Понимание своего состояния не помогает преодолению болезненных переживаний. Синдром может проявиться и в нару-

шении восприятия «схемы тела», когда больные испытывают субъективно чувство «проваливания грудной клетки», «проваливания ребер», «голова входит в грудную клетку» и т. д. Эти переживания критически оцениваются. Иногда протекают в виде приступов нарушения сенсорного синтеза (при ревматизме). По своему течению сенсорные нарушения исчезают постепенно после продолжительного курса комплексной терапии. Синдром часто сочетается с другими синдромами: эпилептиформным, депрессивно-ипохондрическим.

Синдром астенической спутанности 514.2

Синдром встречается при длительно текущих инфекциях с явлениями тяжелой интоксикации (туберкулез и др.). Астения и астеническая спутанность связаны между собой рядом последовательных переходов от эмоционально-гиперестетической слабости, как наиболее легкой формы экзогенной реакции, до перерастания ее в астеническую спутанность, как своеобразную аменцию. Клинически этот синдром чаще проявляется быстрой психической «путаницей» представлений, истощаемостью, перерастающей в ассоциативную бессвязность до словесной крошки. Могут быть стереотипии в речи. Речь выразительна, богато модулирована, бессвязна. Спустя некоторое время восстанавливается способность правильного восприятия и осмысливания. Однако при малейшем истощении вновь проявляется бессвязность, фон настроения неустойчивый: то эйфоричный, то злобный, аффект быстро истощается. Поведение то бездеятельное, то бесцельно суетливое с детской капризностью и легкомыслием. Активное внимание крайне ослаблено. Четко выступают симптомы гипомнезии. Ориентировка в окружающем приблизительная. Во времени не ориентируются. В личности ориентировка сохранена. Синдром может трансформироваться в более легкие астенические состояния или переходить в синдромы помрачения сознания: онейроидный, аментивно-онейроидный или корсаковский, при которых усиливается астено-адинамия.

Депрессивно-ипохондрический синдром 515.2

Наблюдается при внечерепных хронических инфекциях: туберкулезе, бруцеллезе и внутричерепных (сифилитической инфекции). Характеризуется общей вялостью, подавленностью настроения и, что особенно характерно, ипохондрическими бредовыми идеями. Ипохондрический бред часто носит нигилистический характер (отсутствие внутренних органов, частей тела и т. п.) или микроманический (уменьшение тела до самых мизерных размеров). Наряду с ипохондрическими идеями высказываются идеи обвинения окружающих в злонамеренных действиях или самообвинения.

Ипохондрический синдром. 516.2

Формируется преимущественно в межрецидивный период болезни при хронических инфекциях, склонных к рецидивам, или на фоне астении (при бруцеллезе). Характеризуется своеобразным переживанием больными своих ощущений, с явной переоценкой их значения. Это находит свое выражение в характере жалоб: «кишка окислилась», «жжет в горле», «дыхания нет», «в голове гниет что-то», «крови совсем нет» и т. п. Общий фон настроения депрессивирован, отмечается назойливость, раздражительность, постоянное недовольство. Выявляются сверхценные идеи ипохондрического содержания, истероформные проявления, представляющие собой реакцию больного на недооценку «тяжести и катастрофичности» течения заболевания со стороны окружающих. Наряду с навязчивыми представлениями возможности какого-либо иного тяжелого заболевания, к которым больные критически относятся, может существовать ипохондрическая убежденность, уверенность в особой тяжести основного заболевания. При развитии ипохондрического синдрома настроение остается сниженным. Периодически в течении болезни отмечается усиление ипохондрической симптоматики, сопровождающейся усилением тревожности. На этом фоне ипохондрические

высказывания приобретают характер бредоподобных идей. Возможны бредовые ипохондрические идеи. Многообразие вегетативных расстройств характерно для клинической картины этой формы страдания.

Тревожно-депрессивный синдром 517.2

Для этого синдрома характерна триада симптомов (пониженное настроение, замедленное течение ассоциаций, двигательная заторможенность). Депрессивный аффект сопровождается идеями собственной никчемности, идеями гибели, наказания, угнетением инстинктивной деятельности, суицидальными мыслями. Постоянно отмечается выраженная витальная тревога. В ряде случаев тревога столь выражена, что клиника психопатологических нарушений приобретает характер ажитированной меланхолии. Психическое состояние может колебаться от выраженной астенизации, адинамии, беспомощности до резкого возбуждения с бредом виновности, отравления. Эти состояния возникают на фоне хронического течения инфекционного процесса, сопровождающегося значительным понижением питания, вплоть до истощения, пеллагроидными явлениями, признаками авитаминоза, системным поражением желудочно-кишечного тракта, очаговыми неврологическими симптомами.

Галлюцинаторно-параноидный синдром 518.2

Часто возникает на исходе острых инфекционных заболеваний. По своей структуре галлюцинаторно-параноидный синдром при хронической инфекции существенно не отличается от синдромов этого рода при других нозологических формах. На фоне астении с ярко выраженными эмоциональными нарушениями: тревогой, страхом, отмечаются несистематизированные бредовые идеи отравления, порчи, преследования. Галлюцинации слуховые истинные и псевдогаллюцинации. Галлюцинаторно-параноидный синдром наблюдается относительно чаще, чем синдромы нарушенного сознания.

Паранойяльный синдром 519.2

При хронических инфекциях этот синдром встречается значительно реже, чем другие синдромы. Для этого синдрома характерны бредовые идеи систематизированного характера на фоне астении и пониженного настроения. Бред монотематический, содержание соответствует аффективному фону, идеи самообвинения, а чаще преследования всегда связаны с житейской ситуацией. Нередко бредовым идеям предшествуют сверхценные, сформировавшиеся из односторонней, неправильной интерпретации окружающего. Появлению бредового синдрома способствуют снижение уровня суждений, дисмнестические расстройства, повышенная утомляемость, эксплозивность, раздражительность, расторможение влечений. Паранойяльный синдром отличается стабильностью, сохраняя структуру в течение многих месяцев.

Синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо) 520.2

Синдрому психического автоматизма при хронических инфекциях часто предшествуют галлюцинаторно-бредовой, онейроидный, сенсорных нарушений, депрессивно-параноидный синдромы. Первыми проявлениями являются симптомы ассоциативного автоматизма: насильственно возникающий наплыв образов; возникновение чужих «сделанных» мыслей, представлений; повторение окружающими мыслей больного; их открытость, отнятие мыслей, насильственное прерывание, превращение мышления во внутреннюю речь, «передача мыслей на расстояние», мысленных беззвучных разговоров. Из псевдогаллюцинаций преобладают галлюцинации слуха, «психические галлюцинации» Баярже и «речедвигательные галлюцинации» Сагла, реже – псевдогаллюцинации обоняния. В дальнейшем появляются симптомы сенестопатического автоматизма (отчуждение движений, действий, речи). Особенно ярко это демонстрируется в явлениях «эхо», повторяющего, извещающего о каждом поступке, движении, жесте, сопровождающее письмо, чтение.

При прогрессивном течении болезни (например, туберкулезе) наступает изменение личности, которое не сопровождается ее распадом: такие больные отличаются сохранностью ядра личности, сохранной аффективностью и социальностью. Под влиянием длительного этиопатогенетического и симптоматического лечения вышеописанный синдром может получить обратное развитие.

Парафренный синдром 521.2

Парафренный синдром при хронических инфекциях формируется на фоне предшествующей астении, нередко парафренному синдрому предшествует галлюцинозно-параноидный или паранойяльный синдром. Бредовые идеи величия появляются после перестройки фона (астенического в эйфорический). Содержание бредовых идей преследования и величия черпается из фактов обыденной жизни, получающих фантастическую интерпретацию: больных «преследуют» как «ценных агентов» и т. п.

Маниакальный синдром 522.2

Считается характерным для внутричерепных (сифилитической) инфекций. Отличается умеренно повышенным, беспечным настроением. Двигательное и речевое возбуждение нерезко выражены. Синдром держится недолго вследствие быстрой истощаемости. Активное внимание ослаблено, память снижена. Самый яркий симптом описываемого синдрома – нелепый мегаломанический бред с идеями абсурдного утверждения физического могущества, величия, богатства. Бредовые идеи отличаются противоречивостью.

Эпилептиформный синдром 523.2

Встречается нередко. Проявляется чаще в форме больших эпилептических припадков или сумеречного помрачения сознания. Иногда большие припадки переходят

в сумеречное помрачение сознания и наоборот. Эпилептиформный синдром возникает чаще в случаях выраженного соматоза при осложненных формах хронических инфекций или на почве преморбидной неполноценности (перенесенные травмы черепа).

Психоорганический синдром 524.2

Характерен для деструктивных изменений типа менингоэнцефалита, мозгового ревматизма. Характеризуется наличием выраженных неврологических симптомов и психических нарушений: памяти, внимания, интеллекта, эмоциональных расстройств. Синдром формируется постепенно и вначале характеризуется наличием выраженной церебрастении, проявляющейся главным образом в симптомах нарастающей психической слабости, повышенной истощаемости. Периодически на фоне астении могут возникать эпизодические обманы чувств, нарушение сенсорного синтеза, ипохондрические явления. В дальнейшем, по мере течения заболевания, все больше начинают выступать ослабление и истощаемость интеллектуальных процессов, особенно памяти. Наряду с этим отмечается повышенная эмоциональная раздражительность, злобность, психопатоподобные изменения характера. В структуру психоорганического синдрома могут включаться простые слуховые галлюцинации, примитивные и однообразные, что указывает на органическую природу заболевания. Другой особенностью этого синдрома является возникновение на фоне интеллектуально-мнестических нарушений эпилептиформных пароксизмов (тяжелые дисфории, сумеречное помрачение сознания) под влиянием иногда незначительных добавочных вредностей. Сочетание эпилептиформных пароксизмов со своеобразным изменением личности – вялостью, повышенной истощаемостью, снижением круга интересов, ослаблением памяти, интеллекта – является характерным для некоторых инфекций (бруцеллез, туляремия). При наличии выраженных интеллектуально-мнестических расстройств трудоспособность больных стойко утрачивается.

Синдром деменции.525.2

Встречается при внутричерепных инфекциях (сифилис). Характеризуется симптомами нарастающего слабоумия, вялостью, апатией, эмоциональной тупостью; утрата критического осмысления своего поведения и снижение эмоций (чувства стыда и др.) приводит к совершению нелепых поступков. Резкое ослабление памяти выражается в невозможности запоминания, утрате приобретенных знаний, быстрой истощаемости внимания, отсутствии способности понимания переносного смысла пословиц и поговорок. На фоне благодушия, общего безразличия могут наблюдаться приступы чрезмерной раздражительности с агрессивностью к окружающим. Бредовые идеи и галлюцинации, как правило, отсутствуют. Целенаправленные действия отступают на задний план, преобладают действия автоматизированные и инстинктивные.

Псевдопаралитический синдром526.2

Синдром выступает в форме нелепого, политематического, главным образом, чувственного бреда с распадом ассоциативного процесса. Характерно снижение интеллектуально-мнестических функций, дисмнезии, что затрудняет отграничение бредовых идей от конфабуляций, с присутствием им благодушным настроением, апатией и безынициативностью. По-видимому, имеет место диффузный органический процесс в головном мозгу. Для более тяжелых случаев характерны: эйфория, бездеятельность и безынициативность, снижение критики, нарушение инстинктивной деятельности, булимия, неряшливость. На этом фоне возникают инсульты, приводящие к летальному исходу или присоединению очаговых симптомов.

Пароксизмальные приступы страха527.2

Наблюдаются при ревматизме, главным образом в детском возрасте, по-видимому, связаны с мучительными ощущениями, исходящими главным образом из сердца. К ним присоединяются фобии (страх смерти), но уже не имеющие непосредственной связи с соматическими ощущениями.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ИНТОКСИКАЦИЯХ. 500.3

В эту группу включены психопатологические синдромы, характерные для хронических интоксикаций (ртутной, свинцовой и др.).

Астенический синдром501.3

Астенический синдром при интоксикации характеризуется преобладанием соматических жалоб: постоянные боли в руках и ногах, головные боли, головокружение, снижение аппетита, нарушение сна: сонливость днем и недостаточность ночного сна, неприятные сновидения, утомляемость, разбитость, ощущение слабости и полная неработоспособность. Появляется раздражительность, непереносимость обычных раздражителей (разговоры в трамваях, автобусах, детский крик и т. д.), вспышки гневливости заканчиваются слезами. Слезливость принимает характер постоянный, возникает почти без повода. Постоянно держится чувство напряжения, состояние непонятного страха. Вслед за астенической наступает стадия органических изменений. В отдельных случаях астеническое состояние принимает характер депрессивно-обсессивного синдрома: страх «сойти с ума», страх смерти, страх броситься с высоты и т. д. Возможны и своеобразные зрительные галлюцинаторные переживания: надвигающиеся автомашины и др.

Синдром дереализации и деперсонализации502.3

Наблюдается нечасто. Проявляется в виде пароксизмов, главным образом симптомами остро наступающей дереализации и деперсонализации. Явления деперсонализации выражаются в изменении конечностей, лица и т. п. и носят преходящий характер. Чаще они возникают утром после пробуждения или в конце рабочего дня. Иногда появляются сенестопатии.

Синдром снижения уровня личности503.3

Для этого синдрома характерны: аффективные расстройства, снижение интеллекта, огрубение, утрата интереса к труду, инициативы. Раздражительность принимает своеобразный характер, как в смысле постоянства, так и в смысле ее несоответствия силе и качеству раздражителей. Отмечается полная непереносимость каких-либо императивных указаний. Наблюдается крайне выраженная эмоциональная напряженность, склонность к конфликтам. Характерна неуживчивость, эгоистичность, грубость, тенденция обвинять всех в своем болезненном состоянии. Нередко формируются кверулянтские установки. Обращают на себя внимание расстройства настроения, напоминающие дисфории, во время которых больные трудны даже в условиях стационара. Отмечается необщительность, бездеятельность, упорное уклонение от труда. Появляется бесцеремонность в обращении с окружающими, требование повышенного внимания к себе.

Эпилептиформный синдром504.3

Проявляется большими судорожными или малыми припадками, нарушениями сознания. Обычно возникает в конце астенической стадии или на фоне психических изменений органического характера: расстройств памяти, выраженных эмотивных нарушений, затруднений мыслительных операций и др. Вначале это кратковременные, «мгновенно» протекающие расстройства сознания, постепенно достигающие выраженных. Во время припадков наблюдаются также аффективная неустойчивость, своеобразные немотивированные страхи и тревога. Общий фон настроения характеризуется депрессивным оттенком. Иногда довольно рано появляются большие эпилептиформные припадки. Могут быть слуховые галлюцинации. Расстройства сознания по типу «эквивалентов», появляющиеся уже на фоне органического изменения личности, наступают внезапно, выражаются в непоследовательной речи и бес-

смысленном, неупорядоченном поведении. Иногда эти состояния сочетаются со слуховыми галлюцинациями. Воспоминания о них носят отрывочный, фрагментарный характер. Частота и длительность расстройств сознания различны. Сохраняется критика к болезни, мягкость, доступность, тяга к коллективу, стремление к труду.

Психоорганический синдром505.3

Характерен для случаев длительной интоксикации с явлениями органического поражения, преимущественно подкорковых структур. Появляется ранее несвойственная обстоятельность, застойность мышления. Со стороны аффективной сферы эйфория, переоценка собственной личности. Критика к болезни снижена.

Прочие синдромы506.3

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ. 500.4

В эту группу включены синдромы психических нарушений, наблюдающихся при болезнях почек, сердца и других органов, а также синдромы, наблюдаемые в послеоперационном периоде.

Синдром оглушенности501.4

Наблюдается преимущественно при острых гепатитах и хронической почечной недостаточности. Легкая степень оглушенности наблюдается в структуре тяжелой астении, при наличии выраженной интоксикации (при почечной недостаточности). Характерны сонливость, адинамия. Ответы обычно бывают односложны. Часты персеверации. Иногда на фоне оглушенности возникают деперсонализационно-дереализационные расстройства.

Делириозный синдром502.4

Делириозный синдром нередко возникает при острой и хронической почечной недостаточности после операции трансплантации почек. На фоне нарушенного сознания появляются гипнагогические галлюцинации, расстройство схемы тела, парейдолические иллюзии. Сценopodobные переживания бедны и однообразны. Делириозные переживания носят устрашающий характер (за больным гонятся, хотят убить, задушить, сделать что-то страшное с его семьей), при этом персонал принимается за врагов, проявляется агрессивность. Иногда наступает перемежающееся дремотное состояние. Будучи возбужденными, больные происходящее вокруг воспринимают неправильно. Кратковременное прояснение сознания вновь сменяется дремотным состоянием. Делирий нередко сочетается с онейроидными явлениями.

Онейроидный синдром503.4

Часто встречается при заболеваниях почек. Возникает чаще в анурической стадии острой или хронической почечной недостаточности на фоне повышения внутричерепного давления. В структуре синдрома, помимо типичных сноподобных переживаний, преобладает заторможенность, адинамия. Отсутствуют реакции на окружающую обстановку, которую плохо осознают. Временами на этом фоне возникает психомоторное возбуждение, сопровождающееся страхом, сопротивлением персоналу. По выходе из этого состояния сохраняется воспоминание об онейроидных переживаниях, причем остается неуверенность в нереальности пережитого. Иногда в таком состоянии наступает короткая «пробуждаемость», следуют правильные ответы. При уремии онейроид, как правило, отличается бедностью переживаний. Обычно это домашний круг, семья, сервированный стол, обильный обед, учреждение и т. д. В сюжетах переживаний – физическое здоровье, привлекательность или тяжелая болезнь. Онейроидные переживания часто сочетаются с делириозными.

Сумеречное помрачение сознания504.4

Синдром сумеречного помрачения сознания наблюдается при соматических заболеваниях с явлениями аутоинтоксикации (например, почечной недостаточности). На фоне интоксикации внезапно развивается приступ помрачения сознания, который также резко обрывается. Поведение носит упорядоченный характер. Имеет место полная амнезия на период приступа. В структуру синдрома могут включаться элементы делирия или спутанности.

Аментивный синдром505.4

При крайне тяжелом течении соматических заболеваний с явлениями нарушения питания могут развиваться состояния спутанности, как правило, на высоте интоксикации, обычно на фоне сосудисто-церебрального криза с явлениями отека мозга. Иногда аментивному состоянию предшествует один или серия судорожных припадков. Синдром характеризуется дезориентировкой, двигательным беспокойством. Возбуждение обычно ограничивается пределами постели, выкрикиванием отдельных бессвязных слов, иногда агрессией, утратой способности понимания обращенной к ним речи. Отмечается страх, иногда галлюцинации. Соматогенная аменция отличается бедностью, монотонностью симптомов.

Синдром психосенсорных нарушений506.4

Деперсонализационно-дереализационные явления возникают эпизодически на фоне выраженной соматогенной астении, нередко по выходе из коматозного состояния. Появляется чувство нереальности всего окружающего, собственной измененности, «себя не чувствую», «тело растворяется». Характерно, что по мере улучшения соматического состояния, снижения интоксикации эти расстройства исчезают. Иногда деперсонализационно-дереализационные нарушения входят в структуру неврозоподобного синдро-

ма. В этих случаях обычно к вечеру при закрытых глазах появляется чувство неимоверного увеличения или уменьшения размера отдельных частей тела: «ног, рук» и др. При нерезкой интоксикации деперсонализационно-дереализационные расстройства являются составной частью неврозоподобной симптоматики. При нарастании же токсикоза, особенно при явлениях начинающегося отека мозга, эти нарушения, сопровождаясь адинамией, вялостью, сонливостью, имеют сходство с нарушениями сенсорного синтеза, характерными для клиники выраженного органического поражения ЦНС.

Депрессивный синдром 507.4

Явления депрессии часто наблюдаются при соматических страданиях, в предоперационном периоде, после операций, особенно на жизненно важных органах. Больные подавлены, угрюмы, фиксированы на болезни, проявляют недоверие к благополучному исходу, обеспокоены предстоящей операцией. В ряде случаев отмечается тревожность, суетливость, страх смерти, слезные обращения за помощью к персоналу. При крайней тяжести преобладает вялость, адинамия, безучастность к предстоящему вмешательству. Выраженные депрессивные реакции могут возникать в первые дни после операции трансплантации. На фоне интоксикации и глубокой астении возникает чувство беспомощности, подавленности, тревоги за возможные осложнения.

Астенический синдром 508.4

Астенический синдром – самый частый в клинике соматических заболеваний. Интенсивность астенических проявлений зависит, как правило, от тяжести соматического состояния. На фоне выраженной интоксикации имеется вялость, нарушение ритма сна (сонливость днем и бессонница ночью), раздражительная слабость, плаксивость, гиперестезия, подавленность. В прогностически неблагопри-

ятных случаях явления астении сочетаются с нарушением сознания типа обнубиляции и выражаются в аспонтанности, адинамии, полнейшем безразличии, отсутствии каких-либо желаний и стремлений, особенно к умственной деятельности (апатический ступор). Затрудняется осмысление, концентрация внимания, подбор нужных слов.

Неврозоподобный синдром 509.4

При длительных соматических процессах с нарастающей тяжестью нередко наблюдаются невротические реакции, то преходящие, то затяжные. Их возникновение тесно связано с вегетативными кризами или ухудшением состояния. В момент подобных кризов довольно остро возникает страх сойти с ума, страх смерти, явления дереализации и деперсонализации, тревога, беспокойство, суетливость. В дальнейшем по стихании острого периода сохраняется тревога, беспокойство за здоровье, страх смерти «от остановки сердца или удушья». Все эти явления усиливаются к вечеру. Подавленность, тревога, беспокойство могут достигать степени ажитации. Чрезмерная фиксация на состоянии, выраженность описанных явлений несомненно зависят от преморбидных особенностей личности и глубины астении. Неврозоподобные явления подчас трудно отграничить от собственно невротических, которые являются естественной реакцией на ряд психотравмирующих моментов, связанных с заболеванием и пребыванием в больнице. Стойкая утрата трудоспособности, длительное пребывание в лечебных учреждениях в окружении тяжело больных, необходимость принять решение в отношении оперативного лечения болезни, опасения за исход операции, естественно, вызывают подавленность, тревогу, беспокойство, повышенную раздражительность, слезливость, нарушение сна.

Прочие синдромы 510.4