

социализмом в таблетках». Его вполне официально распространяли среди солдат Вермахта, чтобы «поднять боевой дух». Сам Гитлер стал принимать его по настоянию своего врача в 1940 году. Позже, к «привычному» первиту, добавились оксикодон («Эйкодал») и кокаин.

Выводы

Адольф Гитлер обладал целым набором патогномоничных, для многих нарушений личности, черт характера, из которых наиболее значимыми видятся: мелочность, педантичность, дотошность, нетерпимость к чужому мнению, упрямство, вязкость, тугоподвижность, тяжеловесность и инертность мышления и речи, неуживчивость в быту, эгоцентризм. Исходя из критериев «психопатии» по Кербинову – Ганнушкину, Адольф Гитлер продемонстрировал всю триаду этих признаков. Характер расстройства личности Адольфа Гитлера можно считать патологическим, расценивать как психопатию истерически-параноического, то есть смешанного типа. А виной всему, можно предположить, стало «неспокойное» детство Адольфа Гитлера.

Список литературы:

1. А.Е.Личко История глазами психиатра (Иван Грозный, Сталин, Гитлер, Гоголь и др.).-М.: Адиты, 1996. – 135 с.
2. А. Шпеер. Воспоминания. - Смоленск-М., 1997.
3. Г. Раушнинг. Говорит Гитлер. Зверь из бездны. - М, 1993.
4. Дж. Толанд. Адольф Гитлер. - М, 1993.
5. И. Фест. Гитлер (биография) (в 3т.). - Пермь, 1993.
6. Мельников Д.Е., Чёрная Л.Б. Преступник №.1 Нацистский режим и его фюрер. - М.: Новости, 1991. - 464 с.
7. О. Дитрих. Воспоминания о Гитлере //Завещание Гитлера. К черному юбилею. - М, 1991.
8. Рыженко И. Семь смертных грехов родительства. Главные ошибки воспитания, которые могут повлиять на дальнейшую жизнь ребенка / И. 9. Рыженко // Издательские решения – 2015. – 150 с.: ил
10. Фромм Э. Адольф Гитлер: клинический случай некрофилии. - М., 1992.
11. Langer, Walter C. (1972) [1943]. The Mind of Adolf Hitler: The Secret Wartime Report. New York: Basic Books.

УДК 616.892.3

**Карандышева А.А., Полуэктова М.М., Чикурова Е.В., Петренко Т.С.
РЕЗИДУАЛЬНОЕ ЦЕРЕБРО-ОРГАНИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ**

Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Karandysheva A.A., Poluektova M.M., Chikurova E.V., Petrenko T.S.

RESIDUAL CEREBRO-ORGANIC DAMAGE TO THE NERVOUS SYSTEM IN CHILDREN

Department of psychiatry, psychotherapy and narcology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: p.marincka2010@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены основные причины, факторы риска развития резидуального церебро-органического повреждения нервной системы у детей, а также клинические проявления в зависимости от возрастного периода.

Annotation. The article discusses the main causes, risk factors, the development of residual cerebro-organic damage to the nervous system in children, as well as clinical manifestations depending on the age.

Ключевые слова: резидуальное церебро-органическое повреждение, расстройства, клинические проявления, дети, подростки.

Key words: residual cerebro-organic damage, disorders, clinical manifestations, children, adolescents.

Введение

Изучение резидуально-органических поражений головного мозга у детей началось на рубеже XIX-XX веков с описания «детских энцефалопатий». В историческом аспекте изучения данной группы расстройств проходило от выделения более тяжелых расстройств к описанию более легких пограничных форм. Первые научные исследования и описания таких расстройств появились в немецкой литературе и определялись как органические психические расстройства [3].

Резидуальное церебро-органическое повреждение нервной системы - это различные экзогенные вредные факторы, которые повреждают нервную систему на ранних этапах онтогенеза (от момента зачатия до 3х лет) во внутриутробном, интранатальном, перинатальном и раннем постнатальном периодах. Поражается незрелый, развивающийся мозг, когда формируются основные психические функции, создается основа личностного и поведенческого реагирования [3].

По разным данным на сегодняшний день прослеживается четкая тенденция к неуклонному росту нервно-психической заболеваемости у детей и подростков, показатели которой за последние 10 лет выросли более чем в 2 раза. Клиника РЦОН характеризуется определенной этапностью проявлений.

Цель исследования – подробное описание клинической картины проявлений РЦОП в правильной хронологической последовательности по возрастным периодам.

Результаты исследования и их обсуждение

Повреждение нервной системы происходит преимущественно в пре- и перинатальном периодах. Группу риска по перинатальному повреждению нервной системы составляют недоношенные новорожденные, родившиеся в срок с 22-37 недели гестации. Группу риска по пренатальному повреждению НС составляют дети, подвергшиеся воздействию факторов на поздних сроках гестации или в процессе родов [2].

Основными причинами развития РЦОН являются: асфиксия, постнатальный энцефалит, наследственность, особенности внутриутробного развития, токсикозы беременных, заболевания во время беременности (могут влиять на нормальный ход эмбриогенеза и способствовать гипоксии плода, являющейся одним из факторов вызывающим повреждение головного мозга плода), неблагоприятные экологические факторы (особенно опасные для организма беременной кадмий и ртуть, способные проникнуть через ГЭБ и трансплацентарный барьеры, вызывая недоразвитие коры и подкорковых структур головного мозга), злоупотребление матери во время беременности психоактивными веществами, (алкоголь, медикаментозные препараты, наркотики и табак) и другие[2].

Клиническая картина характеризуется этапностью проявлений.

С 1-3 лет характерно обязательное проявление нарушений в младенчестве или раннем детском возрасте. Симптоматика складывается из:

- соматовегетативных расстройств (нарушение сна, расстройства пищеварения, нарушение мочеиспускания и дефекации, нарушение терморегуляции);

- соматической ослабленности защитных и иммунных сил;

- двигательных расстройств (двигательное беспокойство, гиперактивность, психомоторные нарушения – тики, заикание, энурез) [2].

Старше года обнаруживается церебрастенический гипердинамический синдром, инертность психических процессов, недостаточность целенаправленной деятельности, повышенная отвлекаемость и истощаемость.

По мере взросления ребенка синдром органической невропатии, при благоприятном варианте течения, может редуцироваться. В случаях значительного поражения головного мозга он может трансформироваться в симптоматику следующего уровня реагирования- психомоторного [2].

В возрасте от 3-6 лет характерна повышенная чувствительность к любым видам внешних раздражителей, неустойчивость настроения (крики, истерики), интеллект детей (IQ) в пределах нормы (85-115), присоединение проявлений рассеянных неврологических симптомов [2].

В 6-7 лет РЦОП нервной системы проявляется синдромом дефицита внимания и гиперактивности [7]. Характерна клиническая триада:

1. Синдром поведенческих нарушений включает в себя:

Синдром дефицита внимания (ребенок с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий; не выполняет задание до конца; легко отвлекается на постороннее; избегает выполнения заданий, которые требуют длительного

сохранения внимания; часто теряет предметы, проявляет забывчивость; «не слушает» обращенную речь) [6].

Синдром гиперактивности (ребенок не может играть в спокойные игры; бесцельная двигательная активность; часто находится в постоянном движении; не сидит спокойно; демонстрирует болтливость), который сопровождается синдромом импульсивности (ребенок отвечает, не дослушав вопрос; допускает выкрики во время урока; мешает другим, влезает в игры, разговоры; не ждет своей очереди в коллективных играх) [6].

2. Синдром минимальной статико-моторной недостаточности

При неврологическом осмотре выявляется минимальная очаговая неврологическая симптоматика (пирамидная, экстрапирамидная, мозжечковая недостаточность)

3. Синдром «дис-дис» (дисфазия, дисграфия, дислексия, дискалькулия, диспраксия, дисгнозия) [6].

Для 7-14 лет характерен астенический синдром, проявляющийся быстрой утомляемостью, вялостью, сонливостью, общей слабостью, а также головными болями. Следует обратить внимание на такие клинические проявления, как нервные тики или странные повторяющиеся движения, холодные влажные конечности, метеозависимость, проблемы с вестибулярным аппаратом (укачивание в транспорте, на качелях и аттракционах, чувство тошноты и дурноты, доходящее до рвоты), неустойчивый эмоциональный фон – раздражительность, частая смена настроения, капризность, плаксивость. Непереносимость громких звуков, яркого света. Важным клиническим проявлением являются моторные нарушения. Выражаются двумя противоположными состояниями, либо заторможенностью и вялостью (такие дети медлительны, тяжело включаются в работу, с трудом переключают внимание с одного объекта на другой), либо гиперактивностью и импульсивностью (невозможность сосредоточить и удержать внимание, мгновенное переключение на другие объекты, общая невнимательность и рассеянность) [1,8].

Для завершающего этапа формирования личности (14-18 лет) характерна более выраженная связь психопатических проявлений с различными компонентами резидуально-органического психосиндрома [4].

При пубертатной декомпенсации со структурированием эпилептоидного, истероидного и шизоидного типов отмечалось резкое обострение и обнажение влечений, сочетающихся с повышенной аффективностью, импульсивностью, снижением нравственных установок [4].

Для данного возрастного периода наиболее характерны специфические расстройства личности (возбудимые, эпилептоидные, паранойяльные, диссоциальные, гипертильные, гипотивные, истерические, шизоидные, тревожные, зависимые) и расстройства привычек и влечений (игромания, пиромания, kleптомания, трихотилломания, нарушения влечений к религиям, чрезмерное накопительство, склонности к модификациям тела, к суицидальному поведению, а также расстройства сексуальных влечений) [5].

Выводы

Дети с клиническими проявлениями РЦОП НС формируют эмоционально волевою незрелость. Над ними издеваются в коллективе, они становятся белой вороной/изгоем или одиночкой. Чрезмерно инфантильны, депрессивно настроены и замкнуты в себе. К 18-20 годам такие дети формируют дисгармоничную личность. Все вышеперечисленные нарушения (проявления РЦОП НС) являются плодородной почвой для развития стойких расстройств, зависимостей или психических заболеваний (особенно, если имелась наследственная предрасположенность) в зрелом, взрослом возрасте.

Список литературы:

1. Ахвердова О.А. Личностные и поведенческие расстройства у детей и подростков с органической недостаточности мозга/ О.А. Ахвердова, И.В. Боев, Н.Н. Волоскова – Стравраполь, 2000. - 274 с.
2. Буторина Н.Е. Резидуально-органический психосиндром в клинической психиатрии детского и подросткового возраста – Челябинск: Изд-во АТОКСО, 2008, - 192с.
3. Буторин Г.Г. Диагностика резидуально-органических нервно-психических расстройств у детей // Тюменский медицинский журнал. – 2016. - Том 18. - № 1.
4. Буторин Г.Г., Калинина Н.В. – Формирование органического расстройства личности у подростков в контексте многоосевого диагноза / Вестник КемГУ, 2013. - № 4.
5. Ворошилин С.И. – Нехимические поведенческие аддикции: пороки, грехи, соблазны или болезни. / Екатеринбург, 2014.
6. Сиротюк А.Л. - Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения. Творческий х Центр. Москва 2003. – 283с.
7. Сухоткина Н.К. Оценочные шкалы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью / Сухоткина Н.К. Егорова Т.И. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. - № 4
8. Таранушенко Т.Е. Коморбидные расстройства при синдроме дефицита внимания и гиперактивности у детей младшего школьного возраста /Таранушенко Т.Е., Кустова Т.В., Салмина А.Б // Российский педиатрический журнал. – 2014. №3. – С. 45-50.

УДК 616.89

Коровина А.В., Богданов С.И.

ФАКТОРЫ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Korovina, A. V., Bogdanov S. I.

FACTORS OF THE FEMALE ALCOHOLISM