

Психические нарушения при органических заболеваниях

головного мозга:

*травмах, опухолях, сосудистых
заболеваниях. Эпилепсия.*

Психоорганический синдром

(Для лечебного факультета)

Доцент кафедры психотерапии с курсом ИДПО к.м.н.

Пермякова О.А.

2017 год

Органические психические расстройства

- Возникают в результате первичного или вторичного поражения головного мозга
- Требуют лечения в 2,7% случаев
- Тенденция к росту количества больных



Психоорганический синдром (ПОС)–

(энцефалопатический синдром) - возникает вследствие органического поражения ткани мозга (сосудистые, инфекционные заболевания, ЧМТ, опухоли, соматические и эндокринные болезни).

1. Диагностическая триада (Вальтер-Бюель К., 1951)
 - Ослабление памяти
 - Ухудшение понимания («бестолковость»)
 - Недержание аффектов
2. Изменения личности: медлительность, взрывчатость, мелочность, приземленность, эгоцентризм, снижение активности, волевые нарушения.
3. Очаговая неврологическая симптоматика.
4. Астенический синдром.
5. Соматовегетативные расстройства: головные боли, метеозависимость, непереносимость духоты, тахикардия, одышка.

Корсаковский синдром, различные варианты **слабоумия** являются частными проявлениями ПОС.

Варианты (стадии) психоорганического синдрома:

- Астенический
- Эксплозивный
- Эйфорический
- Апатический

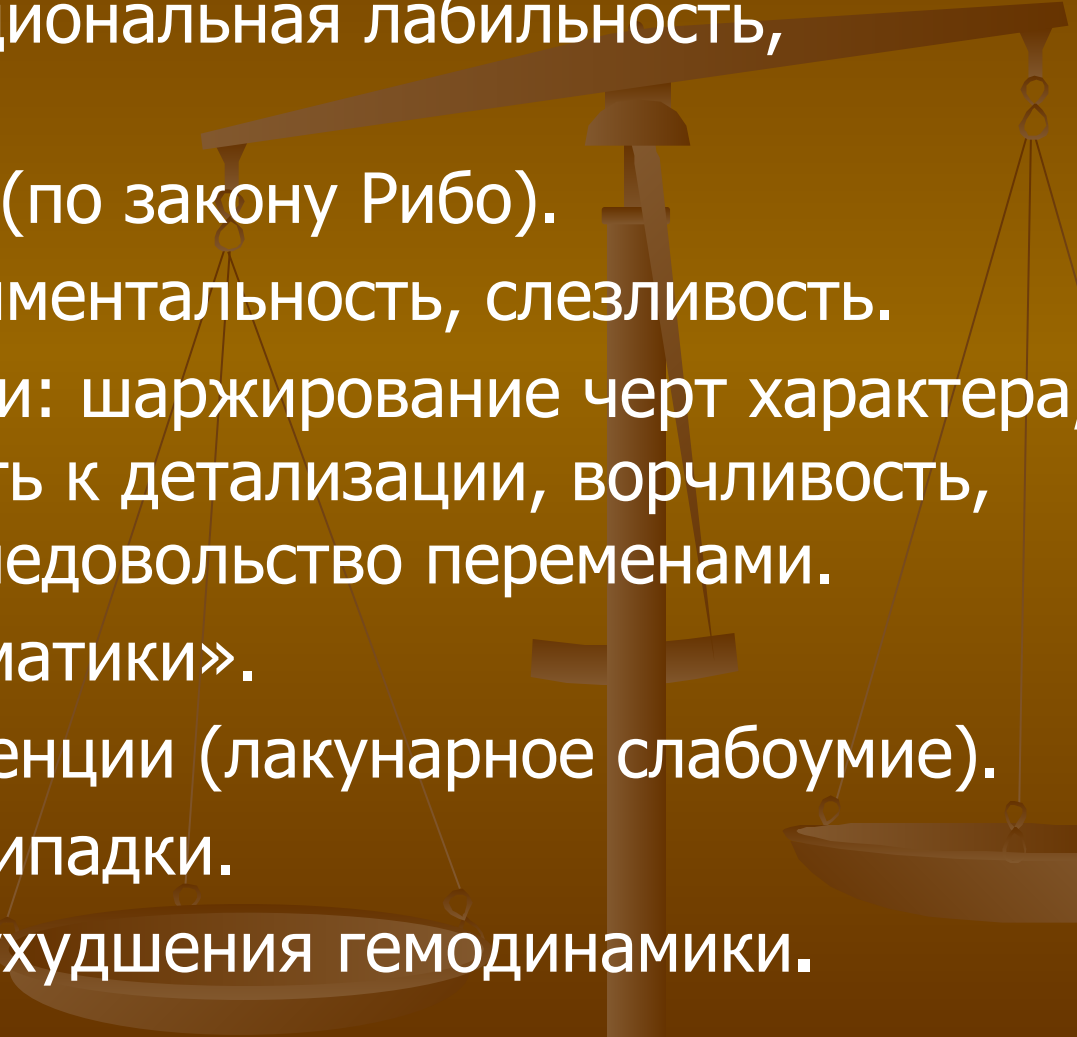


Сосудистые заболевания головного мозга

- Церебральный атеросклероз
- Гипертоническая болезнь
- Гипотоническая болезнь



Церебральный атеросклероз

- Период псевдоневростенических жалоб, головные боли, головокружение, шум в ушах, быстрая утомляемость, эмоциональная лабильность, нарушения сна.
 - Нарушения памяти (по закону Рибо).
 - Слабодушие, сентиментальность, слезливость.
 - Изменения личности: шаржирование черт характера, вязкость, склонность к детализации, ворчливость, ипохондричность, недовольство переменами.
 - «Мерцание симптоматики».
 - Формирование деменции (лакунарное слабоумие).
 - Эпилептические припадки.
 - Психозы: на фоне ухудшения гемодинамики.
- 

Психические расстройства вследствие внутричерепных опухолей

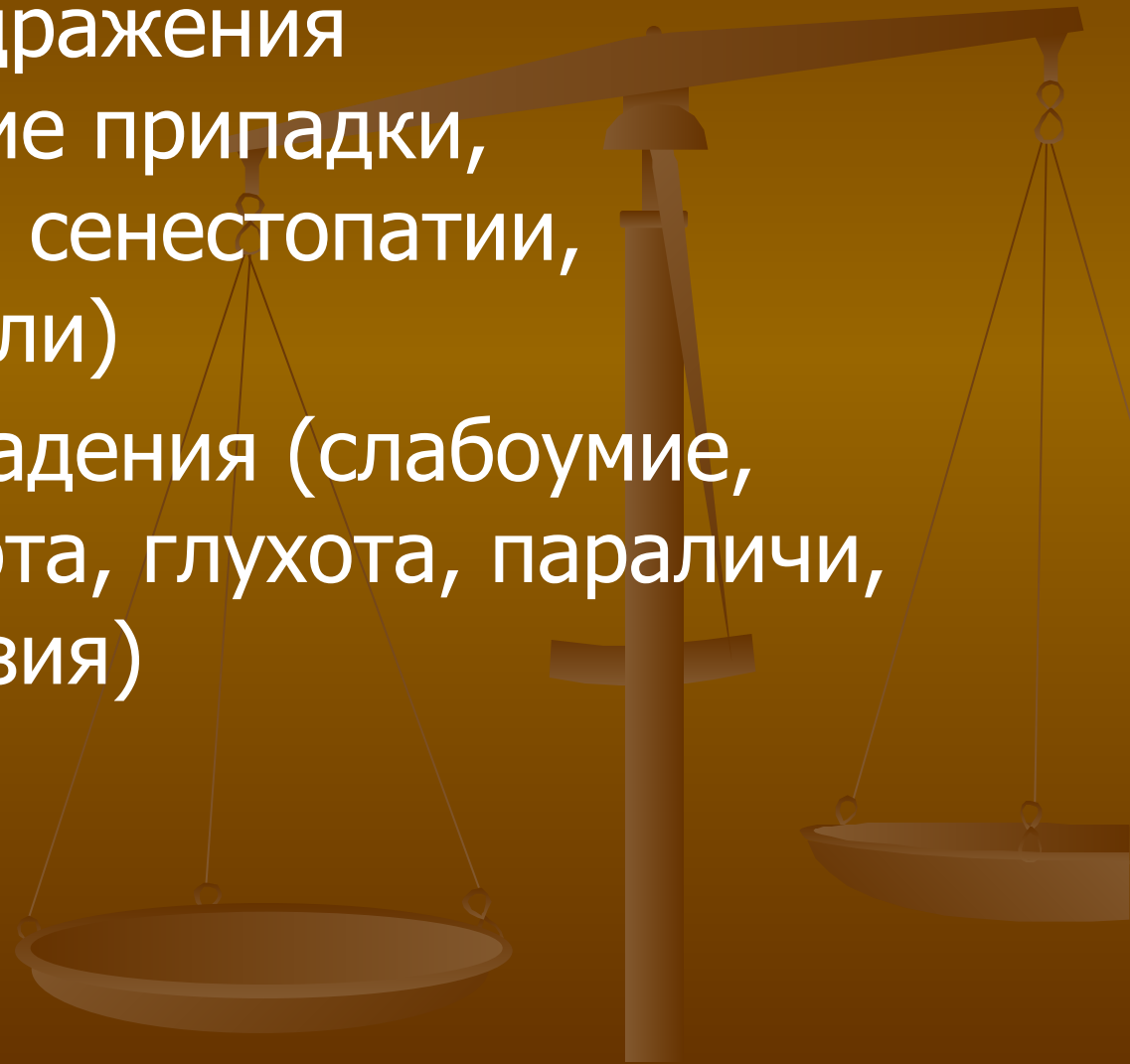
Общемозговые симптомы:

- Головная Боль
- Эпизоды нарушения сознания (оглушение, делирий, сумеречное состояние)
- Особые состояния: расстройства схемы тела, дереализация, деперсонализация



Очаговая симптоматика:

- Симптомы раздражения (эпилептические припадки, галлюцинации, сенестопатии, парестезии, боли)
- Симптомы выпадения (слабоумие, амнезия, слепота, глухота, параличи, кожная анестезия)



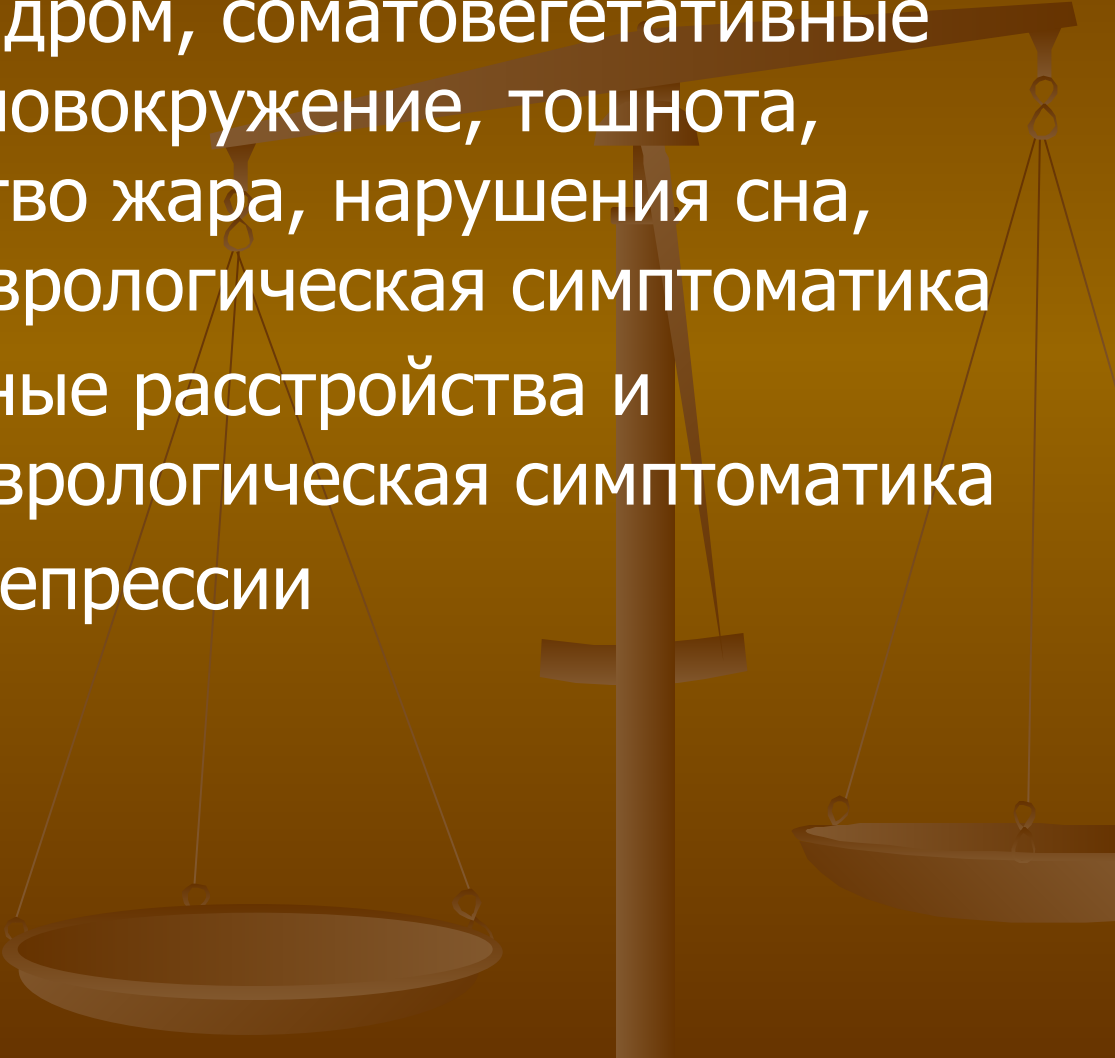
Психические расстройства вследствие травмы головы

Острый период:

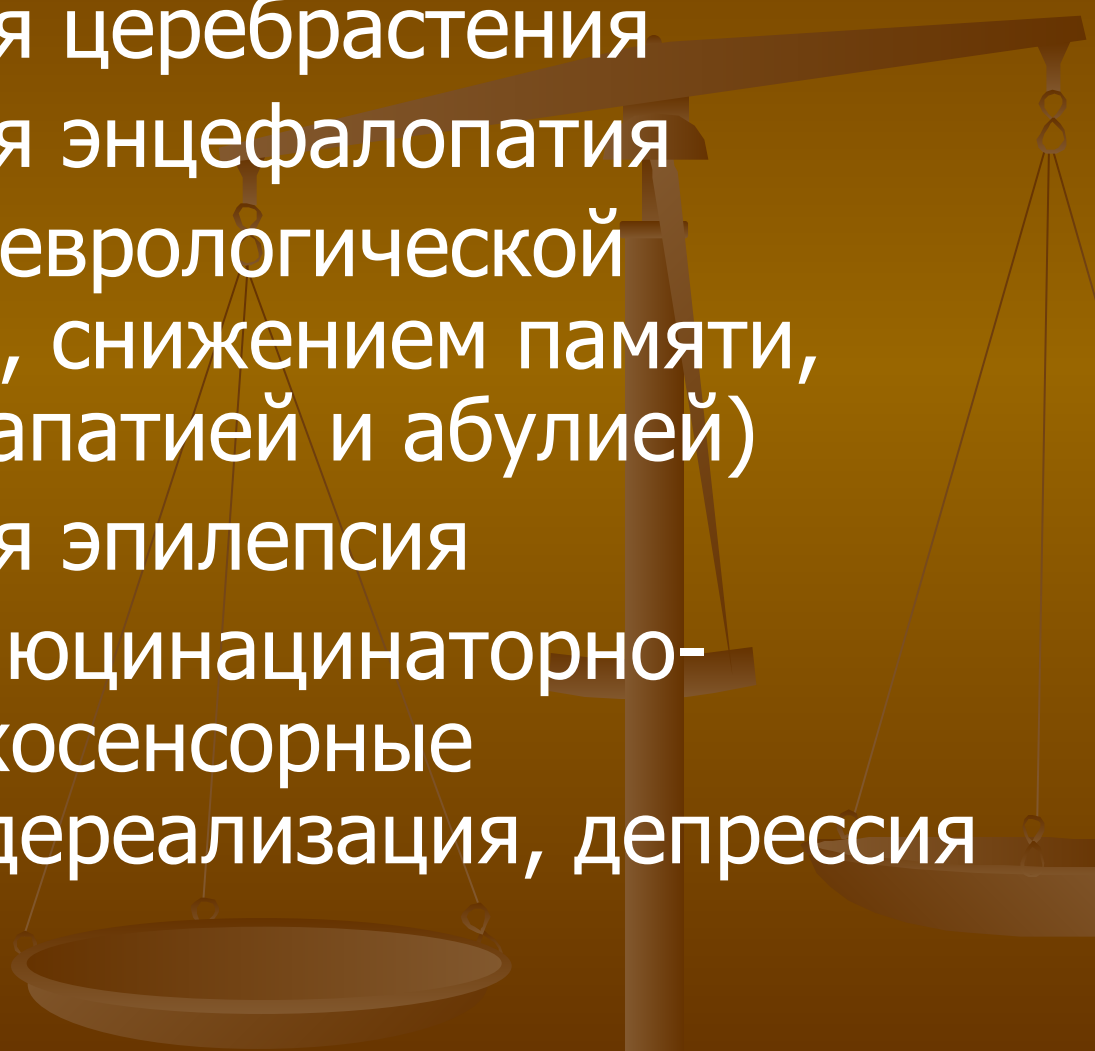
- Выключение сознания (оглушение, сопор, кома)
- Помрачение сознания (делирий, сумеречное состояние)
- Транзиторная амнезия
- Гипоманиакальные состояния



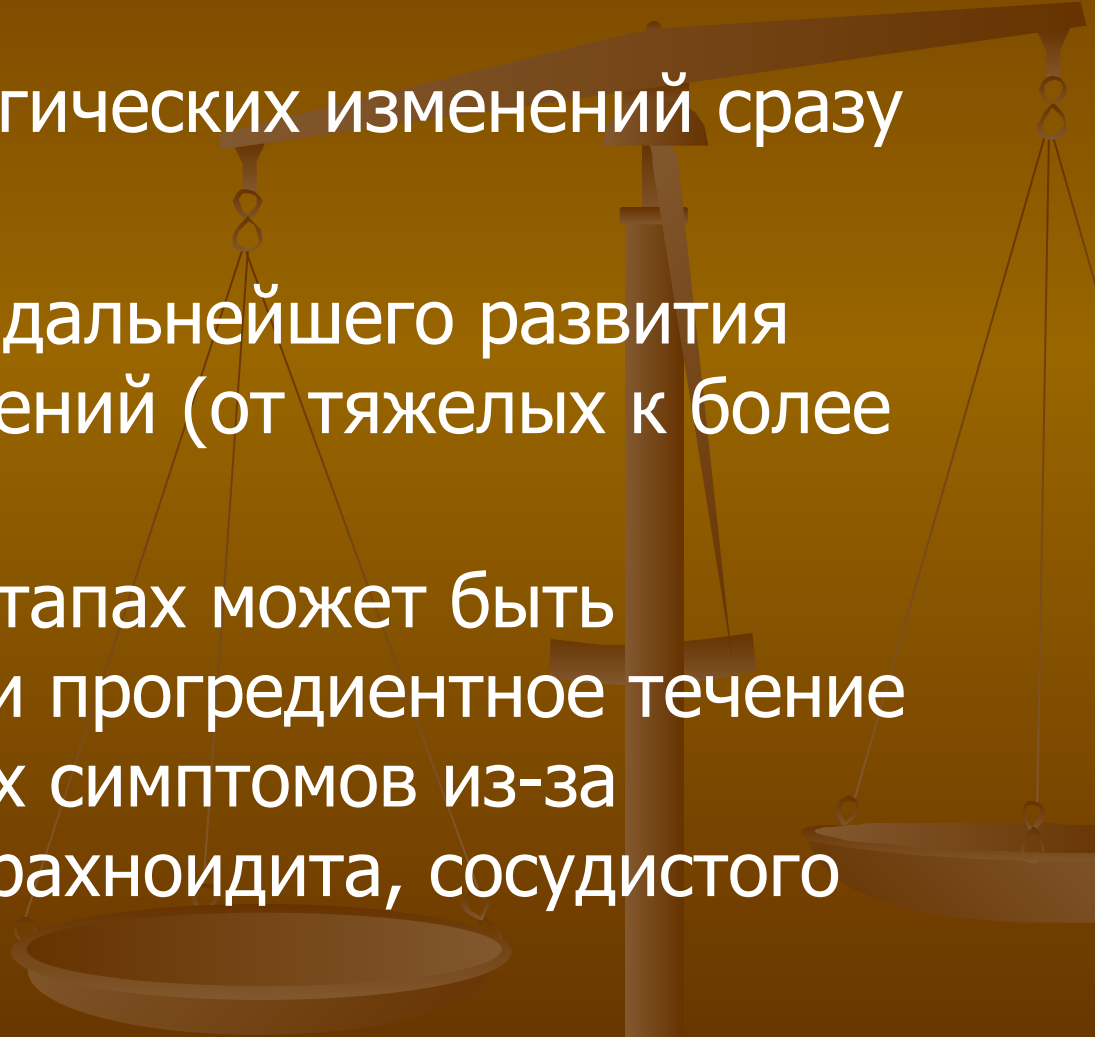
Период реконвалесценции:

- Астенический синдром, соматовегетативные расстройства (головокружение, тошнота, потливость, чувство жара, нарушения сна, тахикардия) и неврологическая симптоматика
 - Соматовегетативные расстройства и общемозговая неврологическая симптоматика
 - Депрессии и субдепрессии
- 

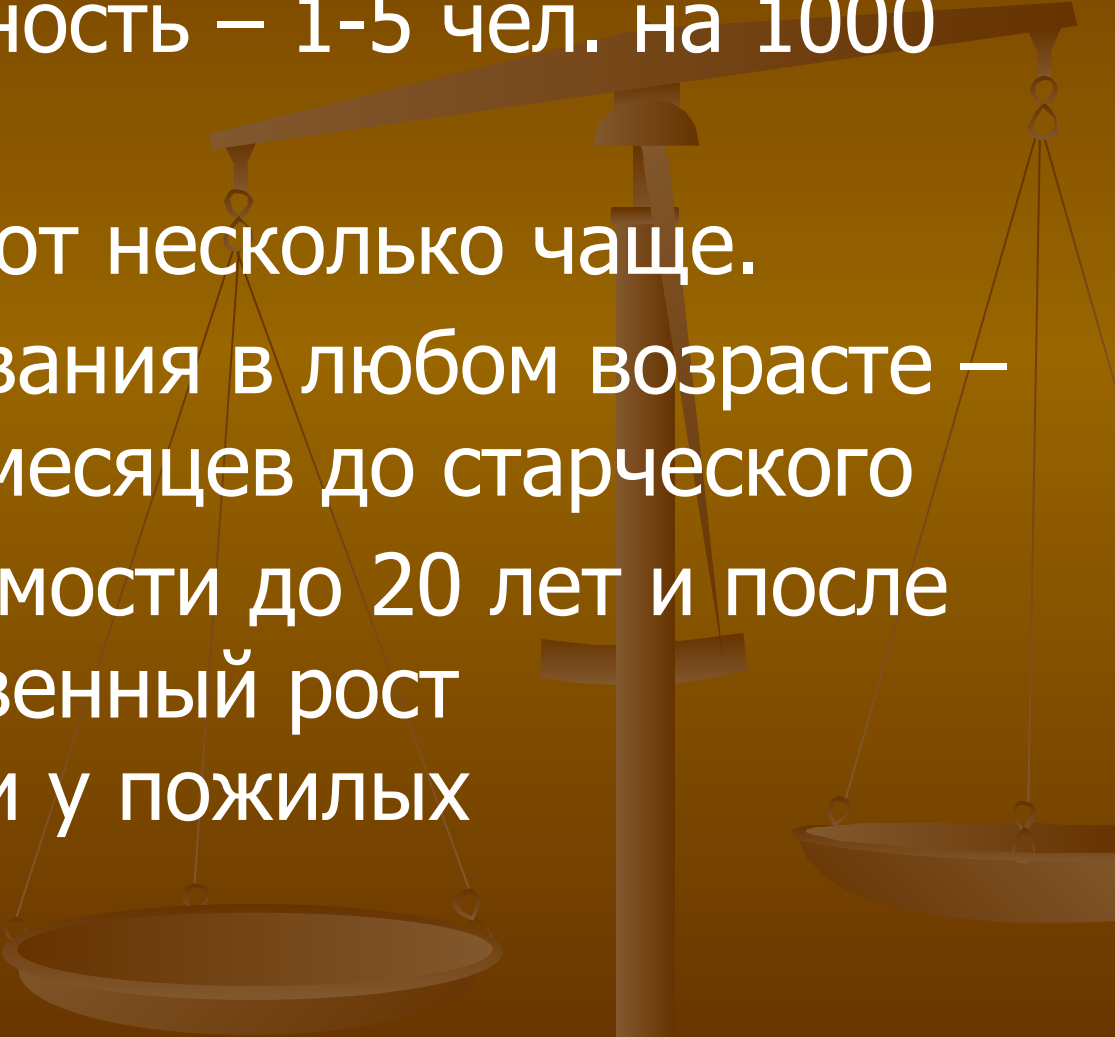
Отдаленный период

- Травматическая церебрастения
 - Травматическая энцефалопатия
 - Слабоумие (с неврологической симптоматикой, снижением памяти, эйфорией или апатией и абулией)
 - Травматическая эпилепсия
 - Психозы – галлюцинационно-бредовые, психосенсорные расстройства, дереализация, депрессия
- 

Общие закономерности, характерные для травматического поражения головного мозга

- максимум патологических изменений сразу
 - после ЧМТ;
 - регрессиентность дальнейшего развития болезненных явлений (от тяжелых к более легким);
 - на отдаленных этапах может быть стационарное или прогрессиентное течение (появление новых симптомов из-за гидроцефалии, арахноидита, сосудистого поражения и пр).
- 

Эпилепсия

- Распространенность – 1-5 чел. на 1000 населения.
 - Мужчины болеют несколько чаще.
 - Начало заболевания в любом возрасте – от нескольких месяцев до старческого
 - Пик заболеваемости до 20 лет и после 60 лет, существенный рост заболеваемости у пожилых
- 

Этиологические факторы:

- перинатальные
- ЧМТ
- сосудистые заболевания
- инфекционные
- интоксикации
- опухоли мозга
- наследственная предрасположенность

Криптогенная (эссенциальная, идиопатическая) – общее название эпилепсии неустановленной этиологии, не связанной с явным органическим поражением головного мозга





- По Л.О.Бадалян, при эпилепсии наследуется не заболевание, а предрасположение к нему - пониженный порог судорожной готовности.
- Эпилепсия может начаться в любом возрасте, но более чем у 50 % больных первый припадок возникает до 20 летнего возраста.

КЛИНИКА



- Припадки

- Эквиваленты припадков

 - Дисфории

 - Сумеречные расстройства сознания (галлюцинаторно-бредовое с психомоторным возбуждением, амбулаторные автоматизмы, fugи, трансы)

 - Особые состояния сознания – психосенсорные расстройства

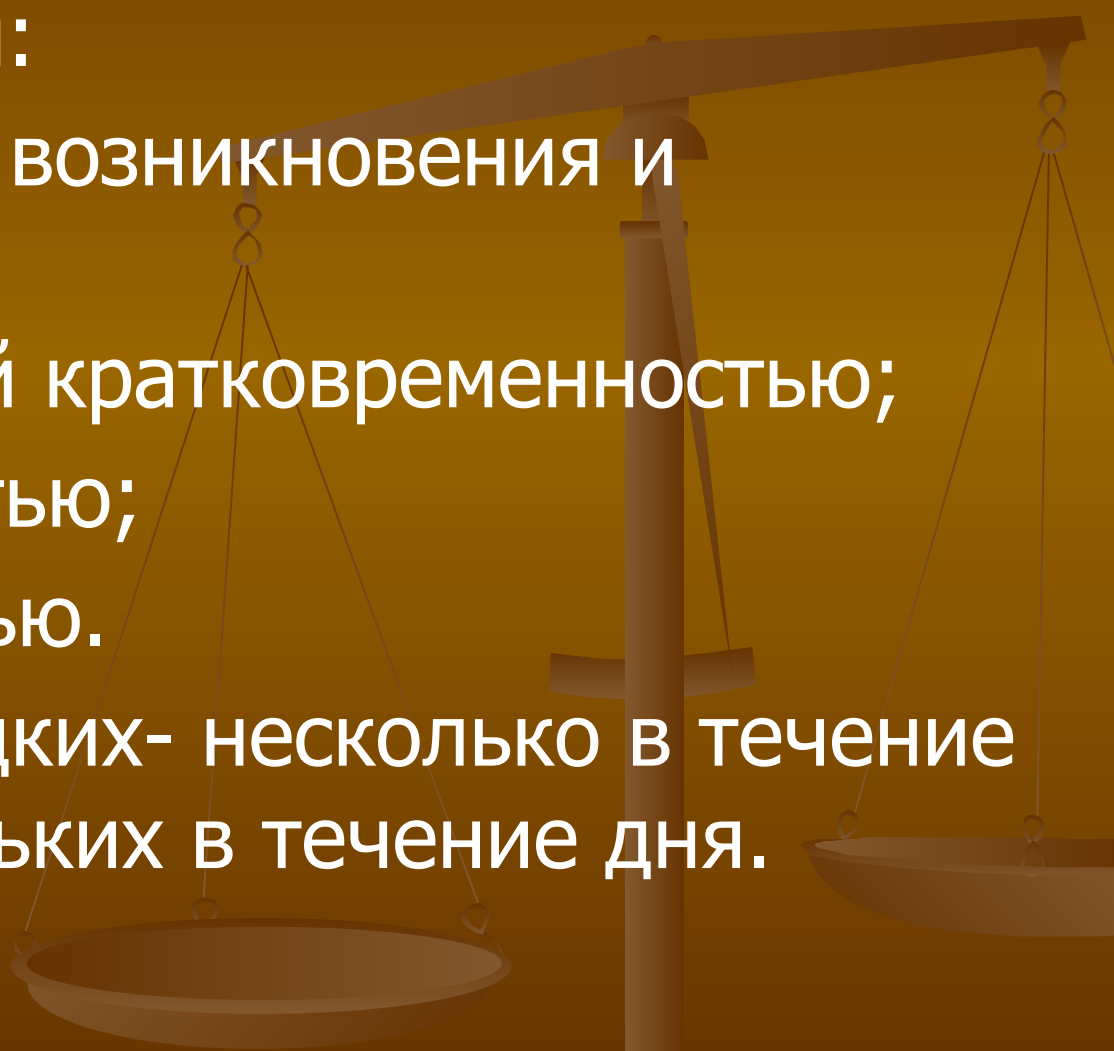
- Изменения личности

Эпилептические припадки –

Характеризуются:

- 1) внезапностью возникновения и прекращения;
- 2) относительной кратковременностью;
- 3) стереотипностью;
- 4) повторяемостью.

Частота от редких- несколько в течение года до нескольких в течение дня.

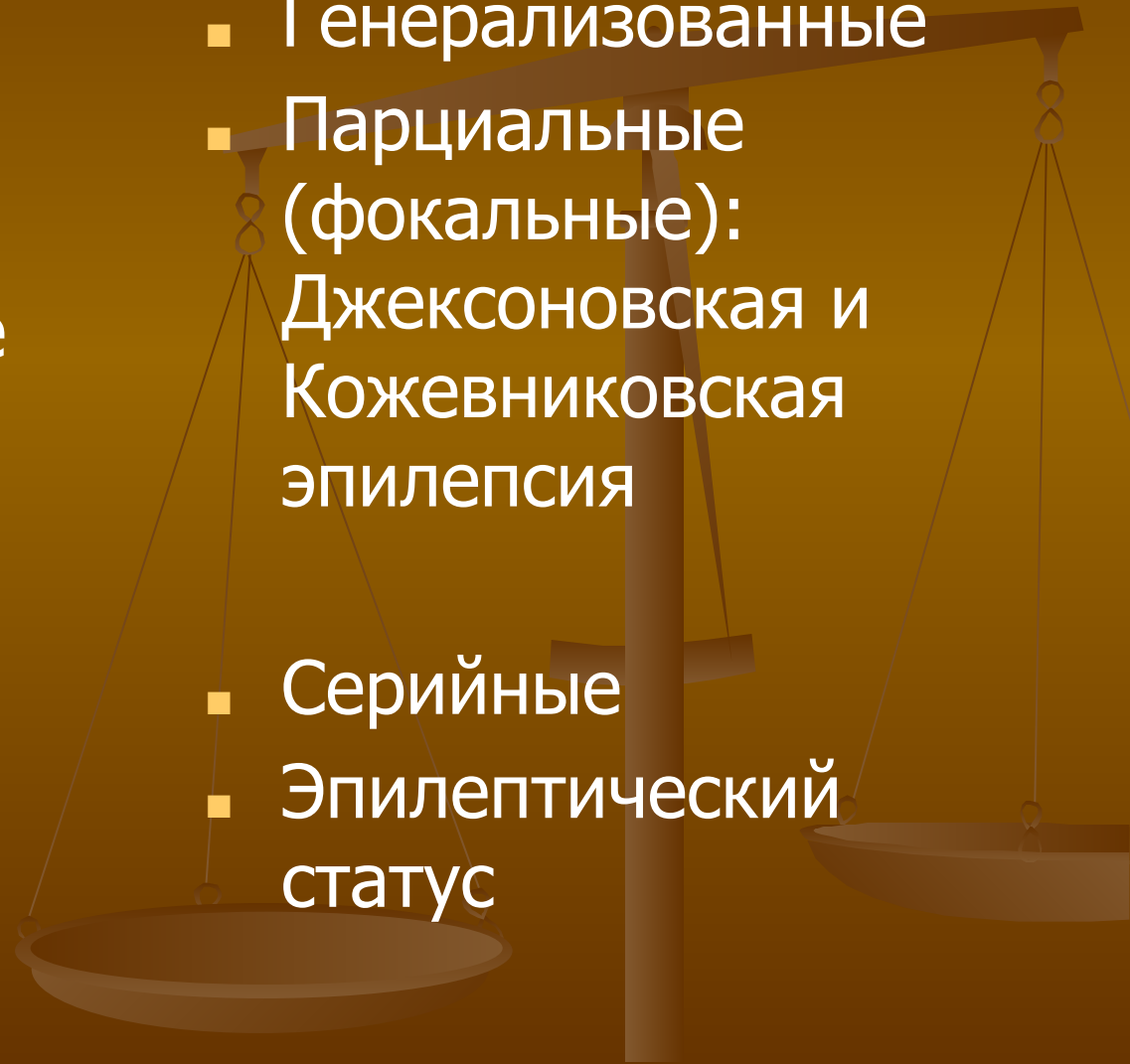


Припадки

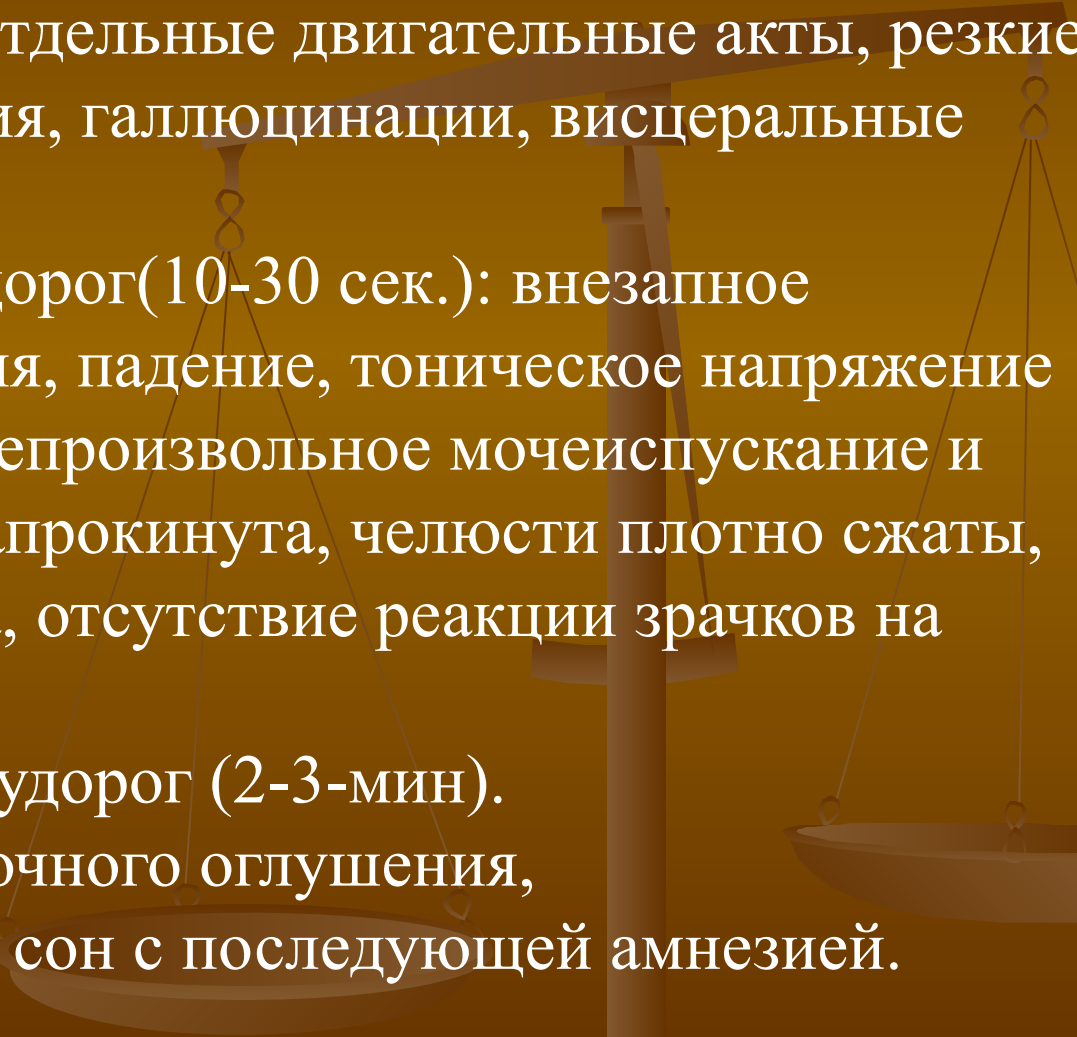
Малые припадки

- Абсансы
- Пропульсивные
- Ретропульсивные
- Миоклонические
- Атонические
- Психосенсорные
- Психомоторные
- Адверсивные
локальные

- Генерализованные
- Парциальные
(фокальные):
Джексоновская и
Кожевниковская
эпилепсия
- Серийные
- Эпилептический
статус



Большой судорожный припадок (grand mal)

1. Предвестники – за несколько часов или дней
 2. Аура – дуновение – отдельные двигательные акты, резкие колебания настроения, галлюцинации, висцеральные проявления, страх.
 3. Фаза тонических судорог(10-30 сек.): внезапное выключение сознания, падение, тоническое напряжение всей мускулатуры, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, голова запрокинута, челюсти плотно сжаты, иногда прикус языка, отсутствие реакции зрачков на свет.
 4. Фаза клонических судорог (2-3-мин).
 5. Стадия послеприпадочного оглушения, иногда переходящего в сон с последующей амнезией.
- 

Генерализованные тонико-клонические приступы

А. Тоническая фаза

Недержание мочи

Эпилептический крик



Цианоз (синюшное лицо)

Напряжение мышц туловища и конечностей, туловище выгибается назад дугой.

Б. Клоническая фаза

Цианоз (синюшное лицо)

Подергивания глазных яблок

Повышенное слюноотделение



Клонические подергивания конечностей, туловища, головы

В. Фаза постприступной спутанности

Ощущение усталости в мышцах туловища и конечностей



Абсансы



Между приступами
пациент нормален



Приступ:
остановка взора, глаза
заведены вверх, веки
подергиваются с частотой
3 колебания в секунду,
пациент прекращает
активную деятельность
и не реагирует на
обращение

АЛКОГОЛЬНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

- Алкоголь, выступая в качестве самостоятельного этиологического момента, способен вызвать эпилептическую реакцию, эпилептический синдром, непосредственно эпилепсию (А.И.Болдырев).
- К АЛКОГОЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ мы относим такие случаи, когда заболевание вначале протекает в виде хронического алкоголизма, а затем на определенном этапе ведущей в клинической картине становится эпилептическая симптоматика. У этих больных, припадки, возникнув под влиянием алкоголя, в последующем продолжают уже независимо от употребления спиртных напитков.
- Частота алкогольной эпилепсии сравнительно высока в возрасте 30-40 лет (6,7%) и особенно после 40 лет (7,5%). Отсутствие алкогольной эпилепсии у лиц в возрасте 16-20 лет обусловлено прежде всего тем, что рассматриваемая форма эпилепсии развивается, в основном после длительного (многолетнего) употребления алкоголя.

Фотоэпилепсия

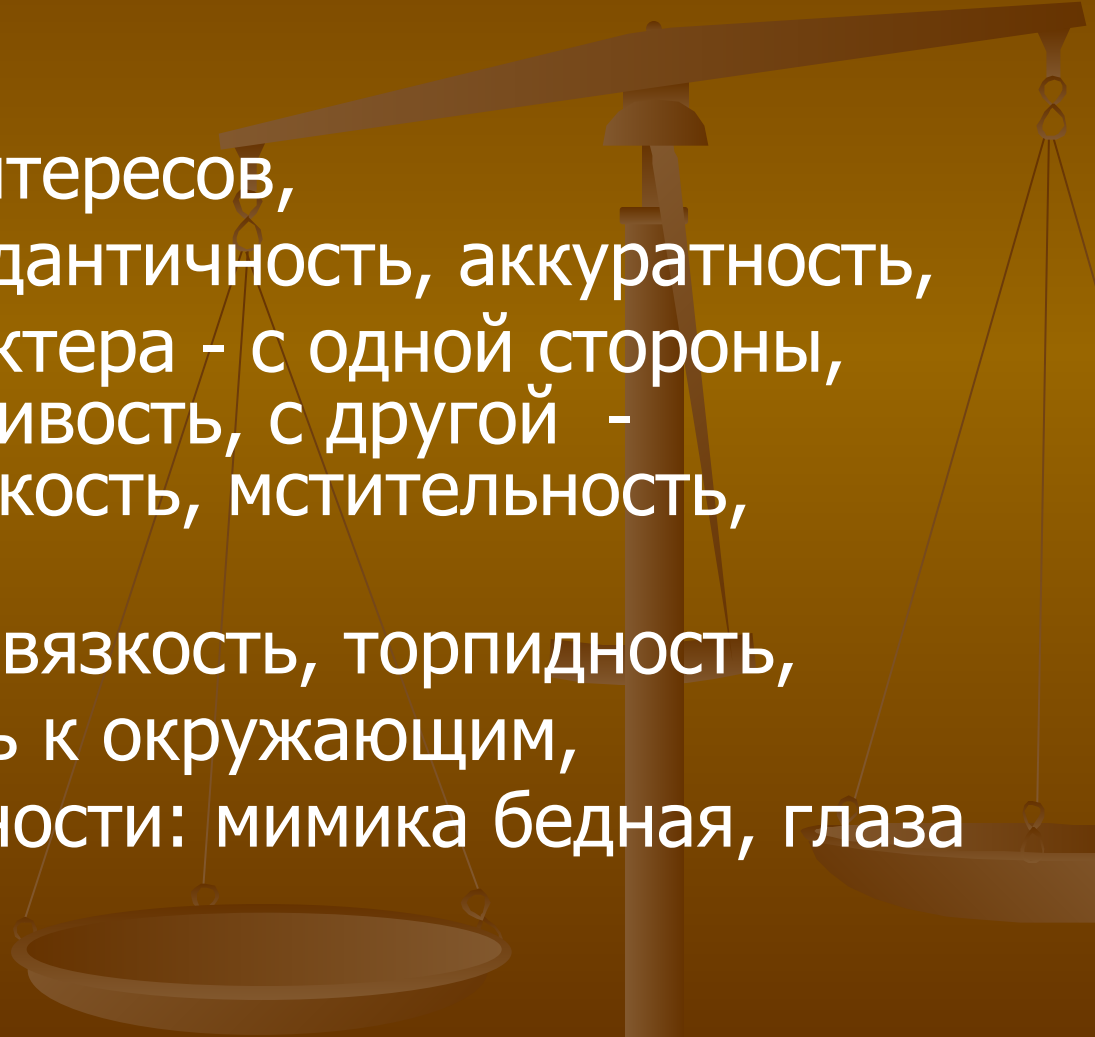


Кадр популярного мультфильма «Покемон» из сцены, которая вызвала эпилептический припадок у сотен японских детей после просмотра мультфильма на канале tv.

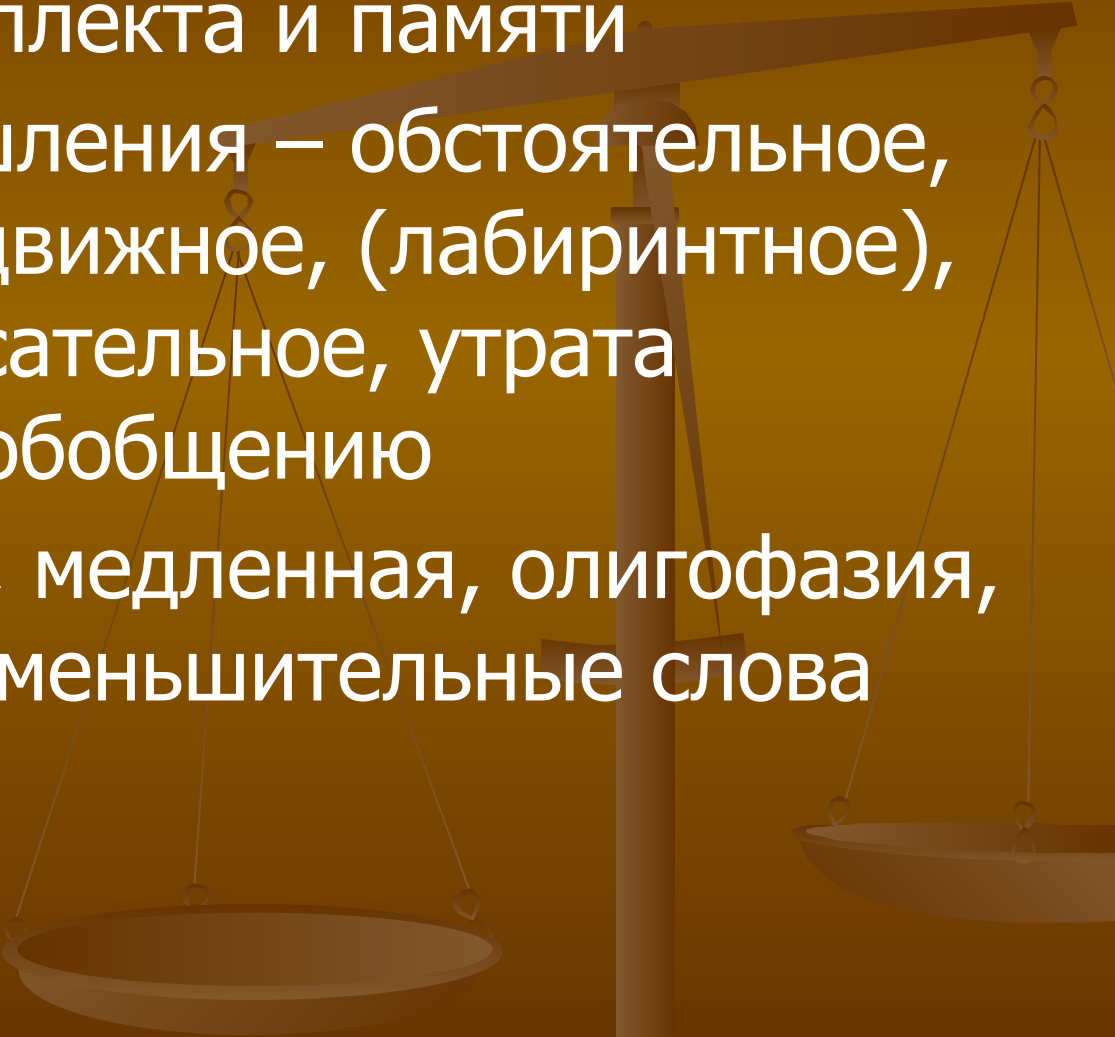


Изменения личности

Эпилептические изменения характера –

- эксплозивность, деспотичность, злопамятность
 - эгоцентризм,
 - сужение круга интересов,
 - утрированная педантичность, аккуратность,
 - полюсность характера - с одной стороны, слащавость, льстивость, с другой - злобность, жестокость, мстительность, злопамятность.
 - медлительность, вязкость, торпидность,
 - требовательность к окружающим,
 - изменение внешности: мимика бедная, глаза прищурены.
- 

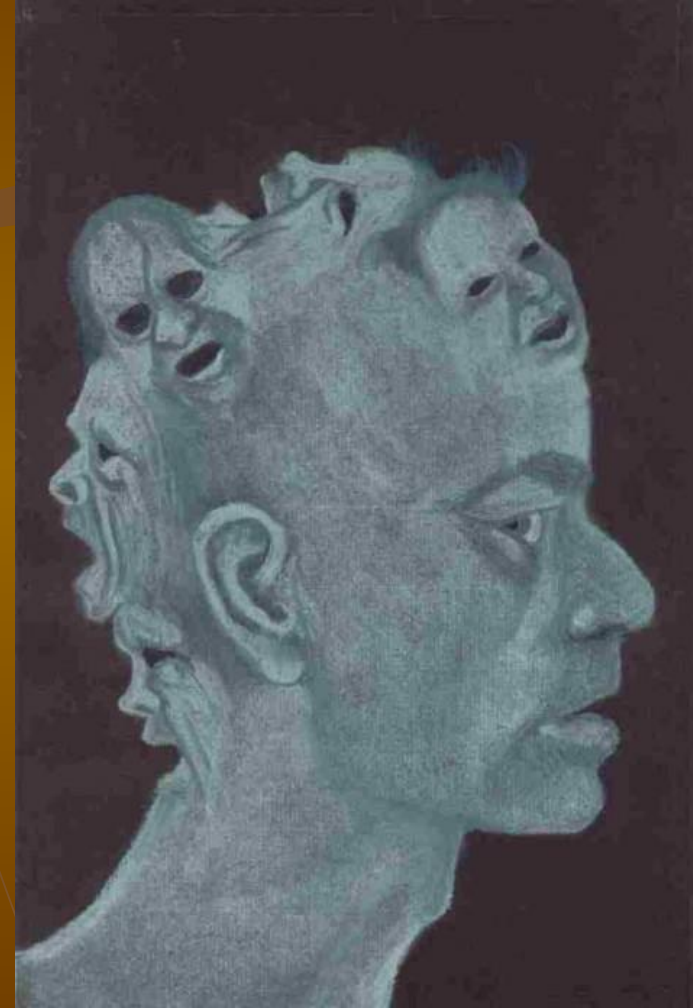
Эпилептическое слабоумие (концентрическое)

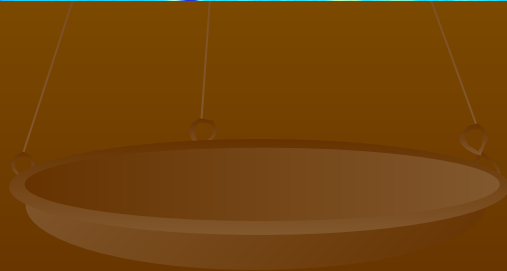
- снижение интеллекта и памяти
 - изменения мышления – обстоятельное, вязкое, тугоподвижное, (лабиринтное), конкретно-описательное, утрата способности к обобщению
 - речь - тягучая, медленная, олигофазия, ласкательно –уменьшительные слова
- 

Эпилептические психозы

У 2-5% больных, на отдаленных этапах болезни

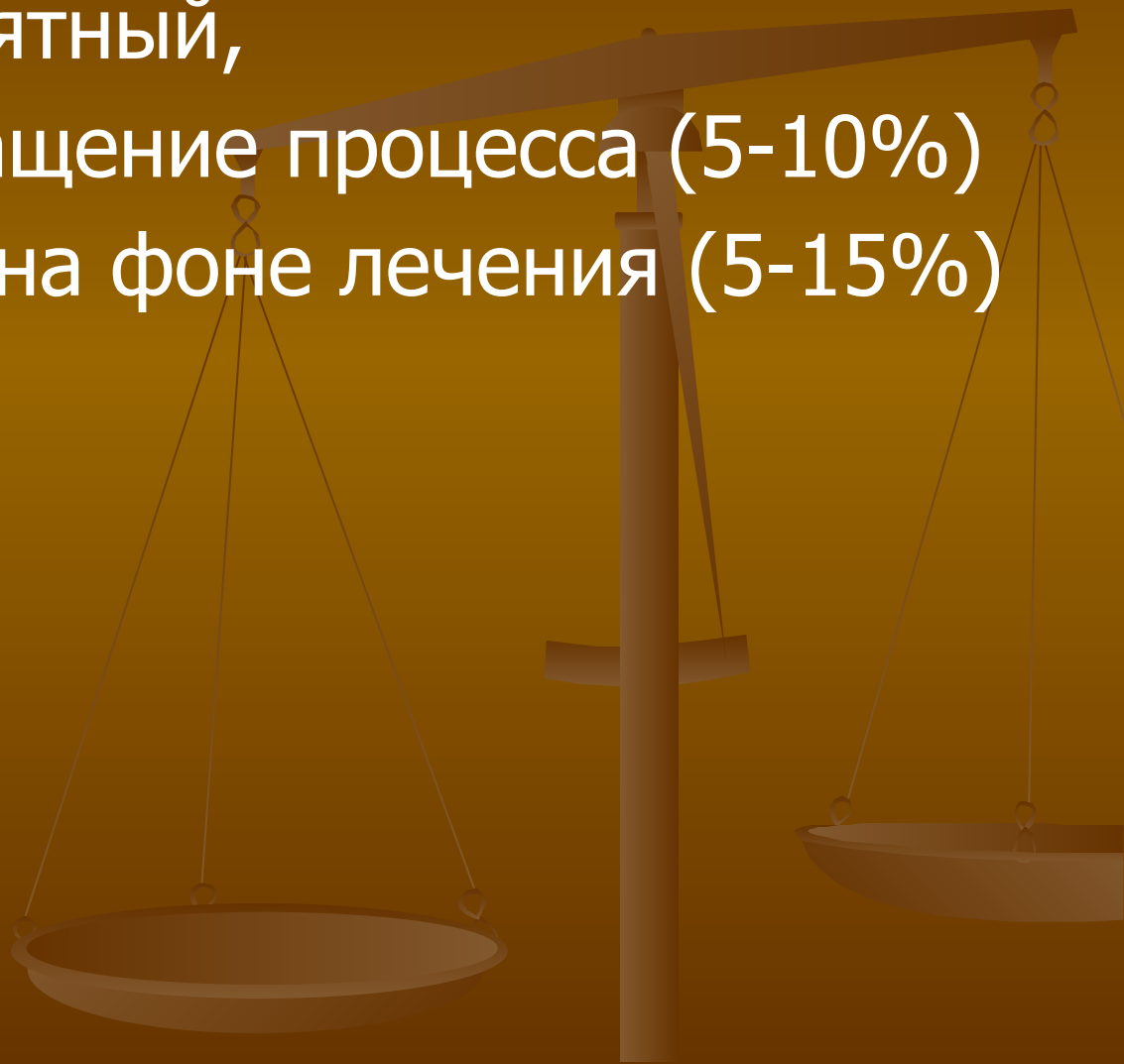
- С помрачением сознания:
сумеречные состояния сознания
- Без помрачения сознания:
бредовые, галлюцинаторно-бредовые, кататонические психозы
 - Острые
 - Хронические



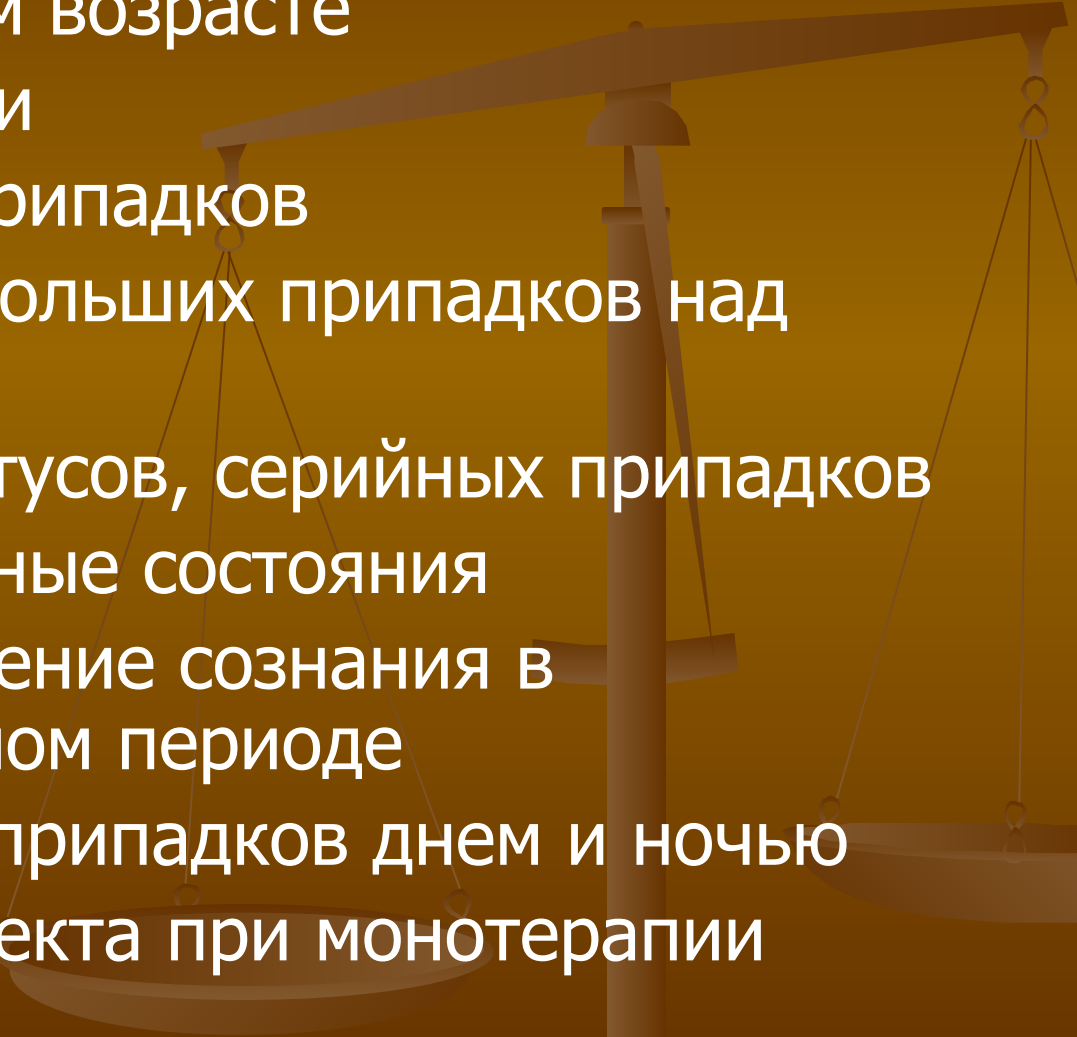


Прогноз

- малоблагоприятный,
- полное прекращение процесса (5-10%)
- стабилизация на фоне лечения (5-15%)



Признаки неблагоприятного течения эпилепсии:

- Начало в раннем возрасте
 - Частые припадки
 - Полиморфизм припадков
 - Преобладание больших припадков над абортивными
 - Наличие эпистатусов, серийных припадков
 - Частые сумеречные состояния
 - Глубокое нарушение сознания в послеприпадочном периоде
 - Возникновение припадков днем и ночью
 - Отсутствие эффекта при монотерапии
- 

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Электроэнцефалография

ЭЭГ - метод регистрации электрической активности (биопотенциалов) головного мозга, позволяющий судить о его физиологической зрелости, функциональном состоянии, наличии очаговых поражений, общемозговых расстройств и их характере.

Регистрация биопотенциалов непосредственно с обнаженного мозга называется **электрокортикографией** и обычно проводится во время нейрохирургических операций.



Электроэнцефалограмма представляет собой запись суммарной электрической активности клеток полушарий мозга.

Нормальная ЭЭГ

Данные ЭЭГ весьма показательны в диагностике эпилепсии. При повышении готовности к судорогам на ЭЭГ появляются острые волны и "пики", которые возникают на фоне дизритмии и могут сопровождаться гиперсинхронизацией основного ритма.



При эпилепсии большой приступ вызывает ускорение ритмов ЭЭГ, психомоторный – замедление электрической активности, а малый приступ (**абсанс**) - чередование быстрых и медленных колебаний (комплексы пик-волна с частотой 3 в секунду). Все электрические потенциалы мозга приобретают необычно высокие амплитуды (до 1000 и более мкВ).

Генерализованная эпилептическая активность

Важным ЭЭГ-признаком эпилепсии является наличие так называемых пиков (спайков) и острых волн, эпизодических или устойчивых. Часто пики сопровождаются медленными волнами, образуют комплекс пик - волна. Их появление бывает генерализованным или же они регистрируются в виде локальных разрядов, свидетельствуя об эпилептическом очаге.

Локальная эпилептическая активность

Регистрация на ЭЭГ пароксизмальной активности, пиков, острых волн и комплексов спайк волна (острая - медленная волна) отражает состояние головного мозга, обозначаемое как "эпилептический тип активности". Совокупность всех этих признаков почти всегда говорит о наличии эпилепсии. У детей эпилептиформная активность без эпилептических признаков может отражать возраст, нарушение функций головного мозга, проявляющееся нейропсихологическими нарушениями.

Спонтанные колебания биопотенциалов различаются по частоте:



дельта-волны
0,5-3,5 колебания/с



тета-волны
4-7,5 колебания/с



альфа-волны
8-13 колебаний/с



бета-волны
13,5-30 колебаний/с

Могут меняться также их амплитуда и форма. У детей первых 2-3 мес жизни уже различаются волны с частотой 1-3 колебания/с, 4-7 колебаний/с и 8-12 колебаний/с. Однако доминирует все еще ритм 0,5-3 колебания/с. При этом на медленные волны иногда наслаиваются быстрые колебания (13-15-19 колебаний/с). В возрасте 4-6 мес возрастает количество тета-волн. Активность 6-7 колебаний/с, предшествующая альфа-ритму, отмечается на ЭЭГ постоянно к 4-му году жизни ребенка. Выраженный альфа-ритм появляется в теменно-затылочной области в возрасте 4-5 лет и становится устойчивым в более позднем возрасте (7-8 лет).

Большое значение в диагностике поражений мозга имеют **функциональные пробы**: реакция активации, прерывистое световое раздражение (фотостимуляция), усиленное глубокое дыхание в течение 2-3 мин (гипервентиляция), звуковое раздражение и др.

Лечебные мероприятия

- Режим труда и отдыха
- Диета- ограничение соли, жидкости, исключение алкоголя
- Трудотерапия
- Психофармакотерапия

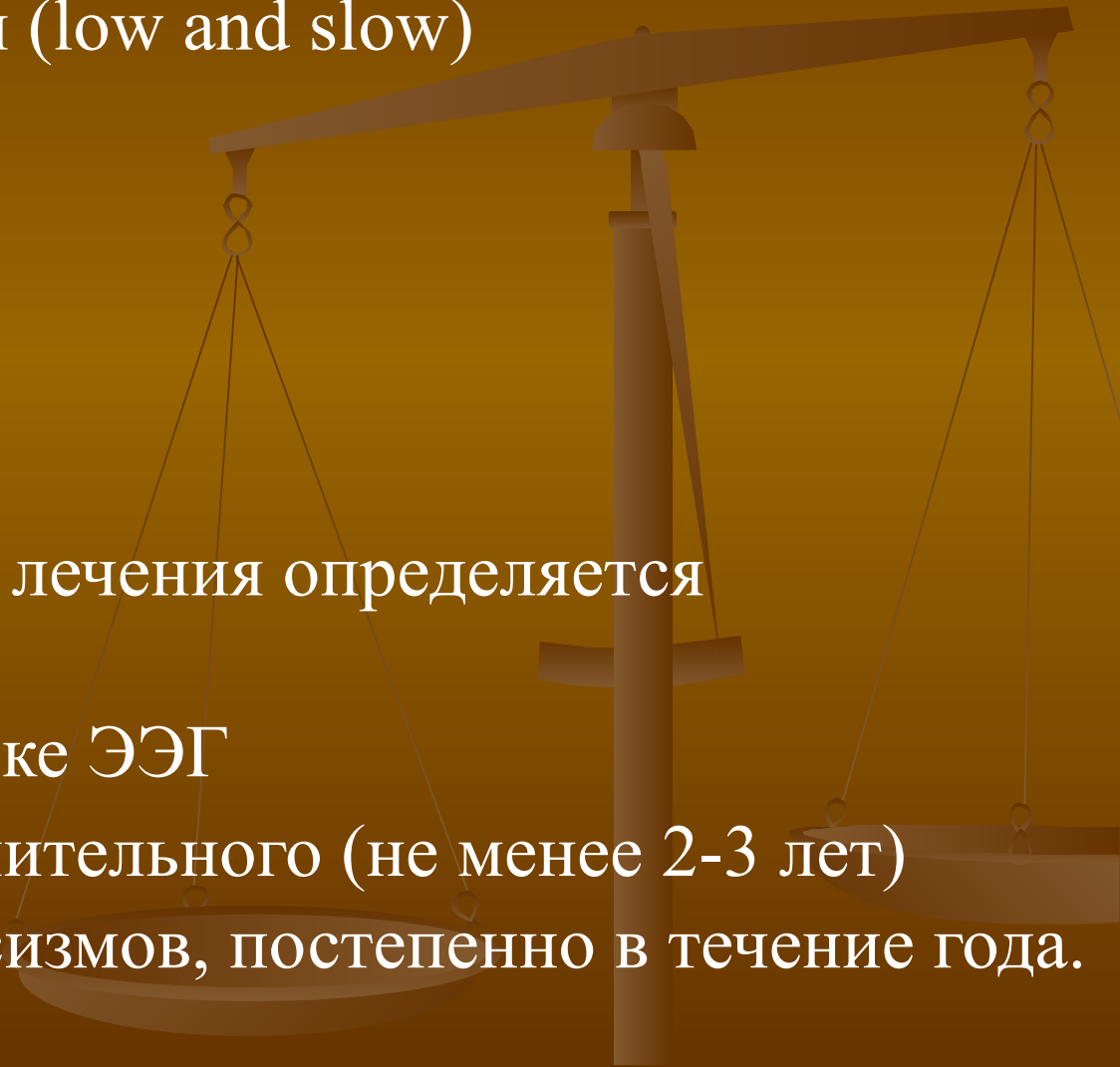


Основные принципы психофармакотерапии

- индивидуальный подбор с постепенным повышением дозы (low and slow)
- монотерапия
- непрерывность
- длительность
- комплексность
- преемственность

Эффективность лечения определяется
клинически
по динамике ЭЭГ

Отмена - после длительного (не менее 2-3 лет)
отсутствия пароксизмов, постепенно в течение года.



Основные группы антиконвульсантов

«Старые»:

- барбитураты
- фенитоин
- бензодиазепины
- ацетазоламид

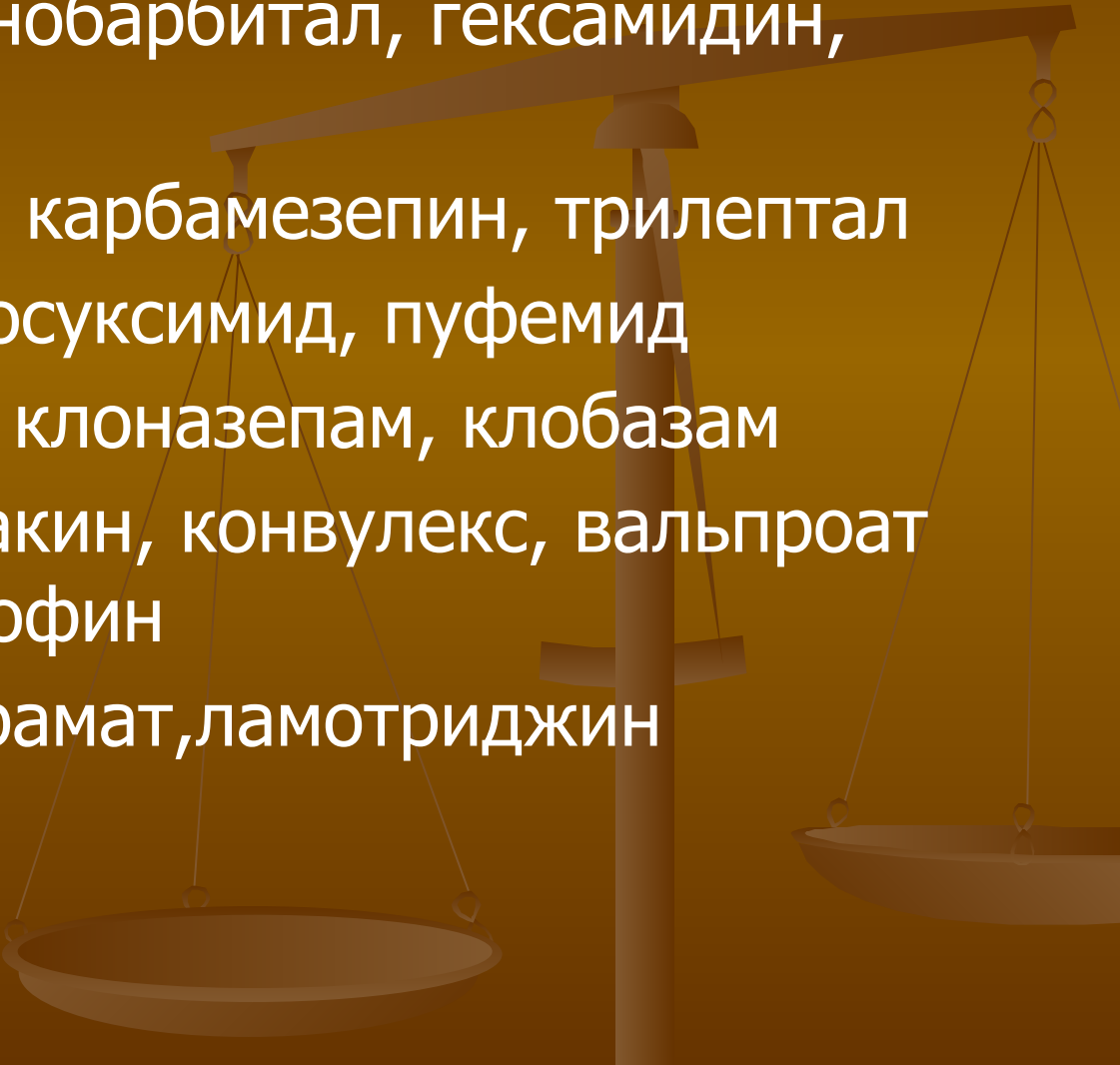
Современные:

- карбамазепины
- вальпроаты
- этосуксимид

«Новейшие»:

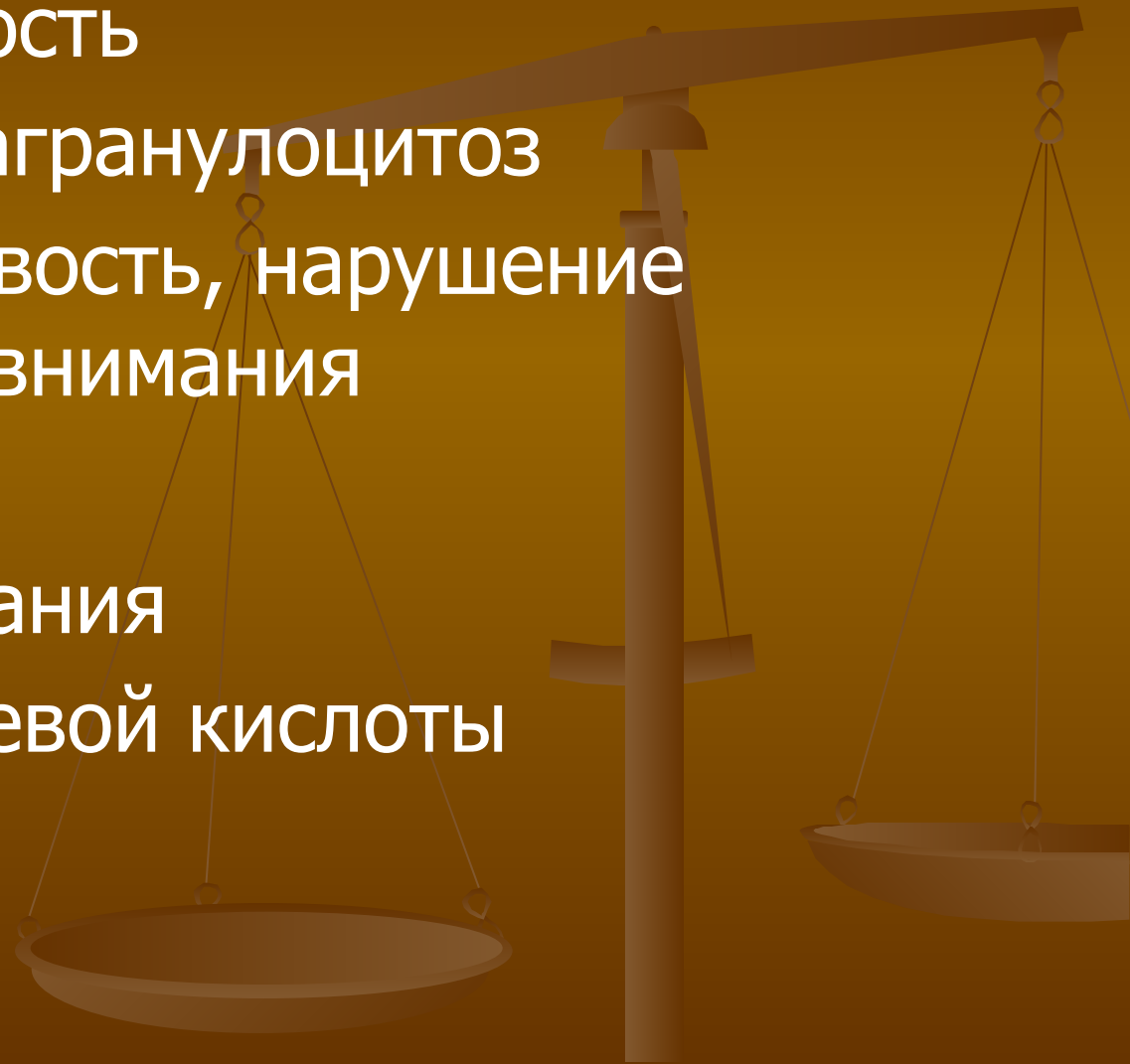
- ламолеп
- топирамат
- леветирацетам
- окскарбазепин

Антиконвульсанты

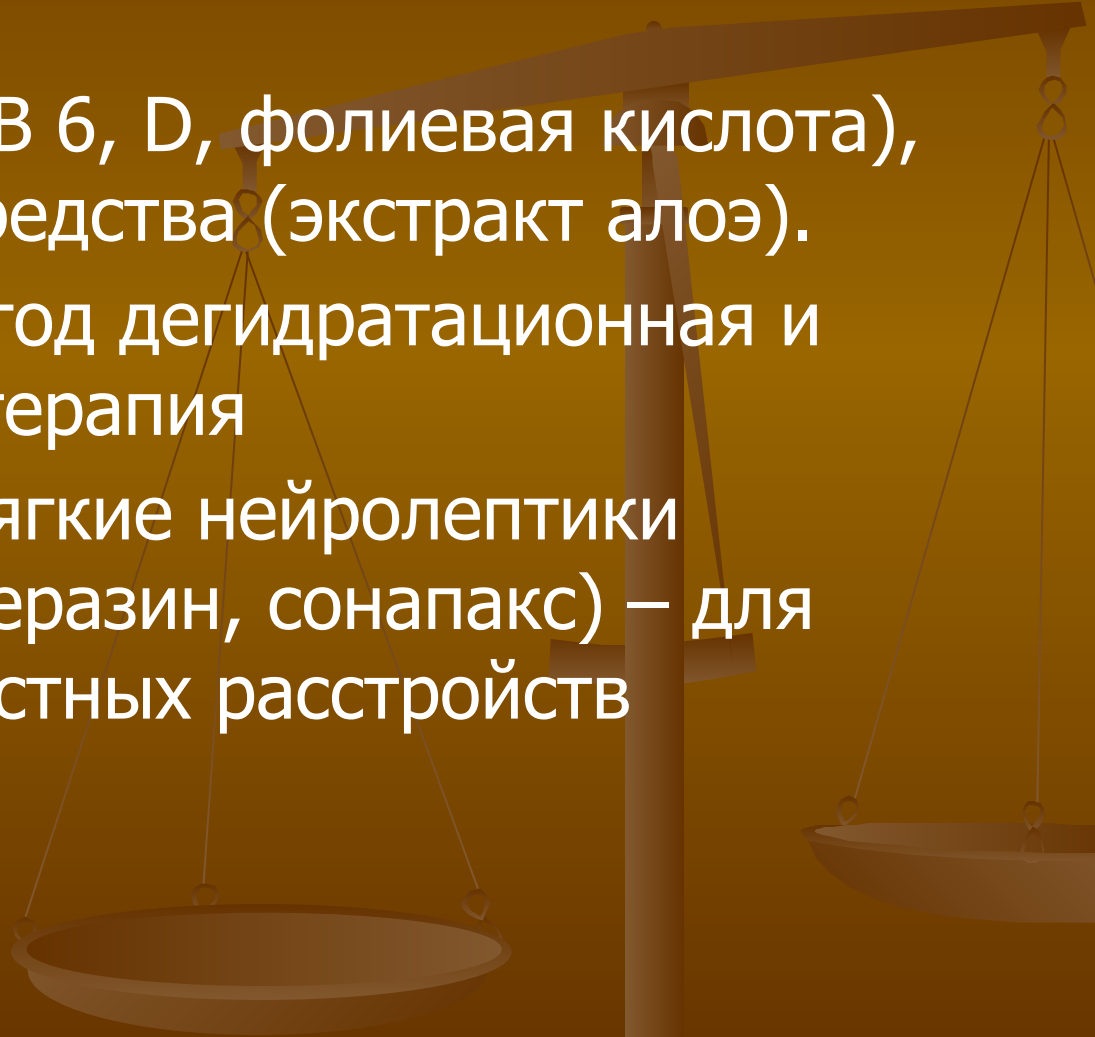
- Барбитураты: фенобарбитал, гексамидин, бензонал
 - Иминостильбены: карбамезепин, трилептал
 - Сукцинимиды: этосуксимид, пуфемид
 - Бензодиазепины: клоназепам, клобазам
 - Вальпроаты: депакин, конвулекс, вальпроат натрия, конвульсофин
 - Габапентин, топирамат, ламотриджин
- 

Побочные действия антиконвульсантов

- гепатотоксичность
- лейкопения и агранулоцитоз
- вялость, сонливость, нарушение концентрации внимания
- гирсутизм
- кожные высыпания
- дефицит фолиевой кислоты

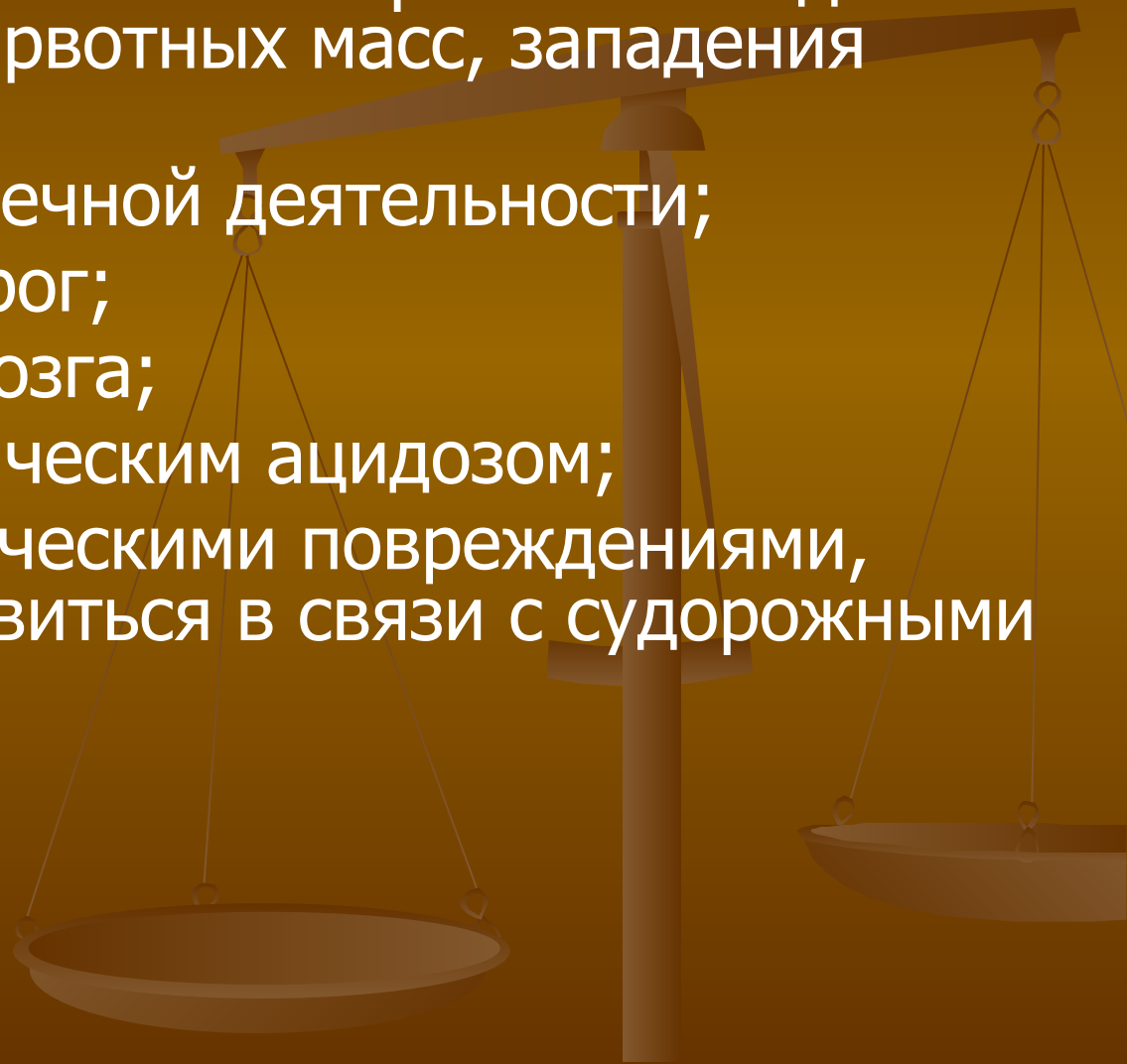


Лечение в межприступном периоде

- Ноотропы (пантогам, фенибут, пикамилон, мексидол).
 - Витамины (В 12, В 6, D, фолиевая кислота), тонизирующие средства (экстракт алоэ).
 - Два - три раза в год дегидратационная и рассасывающая терапия
 - Карбамазепин, мягкие нейролептики (неулептил, этаперазин, сонапакс) – для коррекции личностных расстройств
- 

Комплекс неотложных мероприятий при купировании эпилептического приступа:

1. предупреждение развития асфиксии вследствие аспирации слюны, рвотных масс, западения языка;
2. поддержание сердечной деятельности;
3. купирование судорог;
4. борьба с отеком мозга;
5. борьба с метаболическим ацидозом;
6. борьба с травматическими повреждениями, которые могут появиться в связи с судорожными припадками.



Купирование эпилептического статуса:

- седуксен 0,5% - 4-12 мл на физ. р-ре или 40% р-ре глюкозы) 40-60-80 мг/сут, или 5-10 мл 10% гексенала в/в медленно или в/м или 50-75 мг амиазина в/м или в/в с глюкозой. Можно per rectum 0,4 – 0,6 барбитала или 20-30 мл свежего 6% р-ра хлоралгидрата
- сердечные средства (кордиамин, кофеин, строфантин, коргликон), при гипотонии мезатон, стимуляторы дыхания
- мочегонные лазикс в/в струйно 20-40 мг, маннитол 200 мл свежего 15-20% р-ра
- сернокислая магнезия 25% р-р 10-15 мл в/м или в/в
- кортикостероиды 1-2 мл 3% преднизолона или 2-3мл 0.4% дексаметазона
- для профилактики ацидоза – 4% р-р гидрокарбоната натрия 150 –300 мл в/в капельно

При отсутствии эффекта - ингаляционный наркоз с применением миорелаксантов, управляемая гипотермия, гемосорбция.