

Органические психические расстройства, вследствие ЧМТ, опухолей, сосудистых повреждений ГОЛОВНОГО МОЗГА

Педиатрический факультет

Теория об «экзогенных типах реакций»

Карл Людвиг Бонхёффер (нем. *Karl Bonhoeffer* (1908 г):

На различные по этиологии внешние вредности головной мозг отвечает ограниченным числом схожих неспецифических психопатологических реакций.

Карл Людвиг Бонхёффер- немецкий психиатр и невролог.

Наиболее часто при воздействии экзогенных вредностей встречаются следующие синдромы (*“реакции экзогенного типа”*):

1. Астенический синдром
2. Синдромы нарушенного сознания
(делирий, аменция и др)
3. Синдромы расстройства восприятия
(галлюцинозы и пр.)
4. Эмоциональные нарушения (депрессивные, маниакальные, дисфории, эйфории, эмоциональная лабильность и пр)
5. Галлюцинаторно-бредовые синдромы
6. Кататонический синдром
7. Амнестический (Корсаковский) синдром
8. Судорожный синдром (симптоматическая эпилепсия)

В соответствии с МКБ-10

органические психические расстройства

возникают в результате поражения мозговой ткани, при этом **четко известна этиология** церебральных заболеваний, приводящих к церебральной дисфункции, которая может быть:

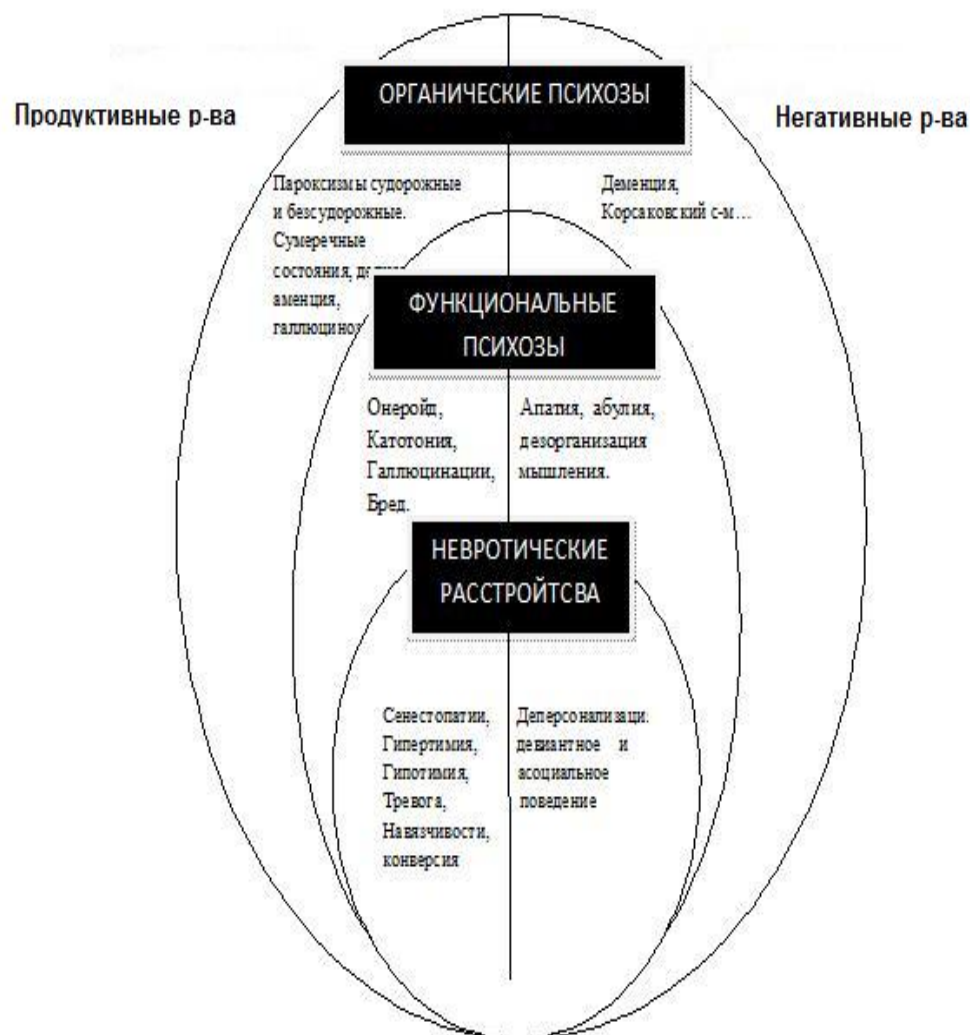
- **первичной** (травмы, инсульты), т.е. поражает мозг непосредственно;
- **вторичной**, (например, при системных заболеваниях, которые поражают мозг, как один из многих органов).

Основные группы органических заболеваний ГОЛОВНОГО МОЗГА

- Сосудистые (**ОНМК, дисциркуляторная энцефалопатия как на фоне атеросклероза, так и гипертонической болезни**)
- Дегенеративные (**болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, деменция с тельцами Леви, хорей Гентингтона, болезнь Паркинсона**)
- Экзогенно-органические (**последствия ЧМТ, нейроинфекции, хронические интоксикации, последствия воздействия радиации, злоупотребления алкоголем и наркотиками и т.д.**)

С точки зрения
психопатологии в
рамках органических
заболеваний головного
мозга могут встречаться
все регистры
продуктивных и
негативных
психопатологических
расстройств

Регистры (уровни) психических расстройств Дж. Х. Джексона.



Психоорганический синдром

Представлен сочетанием различных нарушений трех сфер психической деятельности (триада Вальтер-Бюэля):

- **Интеллекта** (изменение мышления по органическому типу, снижение уровня обобщения, конкретное мышление, клинически иногда - недопонимание, недоосмысление)
- **Памяти** (гипомнезии, амнезии, парамнезии)
- **Эмоций** (эмоциональная лабильность, слабодушие, эмоциональное огрубение, дисфории, эйфория, апатия)

Психоорганический синдром

Обязательные признаки

- Ухудшение сообразительности (бестолковость);
- Снижение трудоспособности и продуктивности;
- Несамостоятельность;
- Слабая социальная адаптация;
- Психопатоподобное поведение;
- Метеочувствительность, повышение -
восприимчивости к соматическим и инфекционным
заболеваниям.
- Восприимчивость к средовым воздействиям (езда в
транспорте и т.п.)

Психоорганический синдром

Факультативные симптомы:

- Сенестопатии;
- Галлюцинации (м.б. слуховые с обыденным, элементарным содержанием);
- Нестойкий бред;
- Склонность к образованию сверхценных идей (сутяжнических, ипохондрических) или фобических состояний.

Выраженность психоорганического синдрома может быть различной:

от псевдоневротических (имитирующих неврозы, например, астенический)

и личностных нарушений

(заострение, нивелировка свойств личности)

до картины тотальной деменции.

Формы психоорганического синдрома

Обозначаются по ведущему симптому эмоциональных расстройств:

- а) Церебрастеническая - астения, сопровождающаяся симптомами органической патологии ЦНС (головные боли, метеочувствительность, плохая переносимость алкоголя и пр.)
- б) Эксплозивная - возбудимость, агрессивность, неустойчивость настроения, склонность к дисфории
- в) Эйфорическая - поверхностное неоправданное веселье, неадекватная шутливость, расторможенность, суетливость.
- г) Апатическая - бездеятельность, вялостью, аспонтанность, адинамия, безразличие к своей судьбе и судьбе близких.

Диагностические варианты

психоорганического синдрома по МКБ10

Органические неврозоподобные расстройства – органическое эмоционально-лабильное р-во (астеническое), орг-кое тревожное р-во, орг-кое диссоциативное р-во (истерическое)

Органическое расстройство личности – характеризуется значительным изменением привычного поведения, преобладают эмоционально-волевые и поведенческие расстройства

Легкое когнитивное расстройство – преобладают интеллектуально-мнестические расстройства, которые, однако, не достигают степени деменции

Деменция – выраженные интеллектуально-мнестическое снижение длительностью **более 6 месяцев** (критерий выраженности: неспособность *из-за интеллектуально-мнестических* расстройств справляться со своими повседневными обязанностями, самостоятельно

Психические нарушения при черепно-мозговых травмах

1. Открытые ЧМТ:

- проникающие (с повреждением твердой мозговой оболочки)
- непроникающие (повреждение мягких тканей и костей черепа)

2. Закрытые ЧМТ

- коммоции (сотрясения)
- контузии (ушибы)

Коммоции и контузии: патогенез

Коммоции – сотрясение ГМ вследствие падения на любую часть тела (сидалище, колени и т.д.) или в результате ушиба головы. При этом кровеносные сосуды, ликвор и лимфа приходят в движение, повреждают высшие вегетативные центры (находятся в стенках 3 и 4 желудочков и на дне силвиевого водопровода), повышается внутричерепное давление. На первый план при коммоциях выступают **общемозговые** неврологические симптомы (поражение стволовой части мозга): тошнота, рвота, головная боль, головокружение и пр.

Контузии – это локальное органическое повреждение мозга и его оболочек на месте удара. При контузии тоже возникает коммоция, но клинику заболевания определяют локальные (**очаговые**) симптомы повреждения коры головного мозга.

Общие закономерности, характерные для всех видов травматического поражения головного мозга

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

Периоды травматической болезни

Г.М.

I. Начальный (острейший, первичный или “хаотический”, по Н.Н.Бурденко) период.

Продолжительность - “минуты-дни”.

Состояние определяется отеком мозга

Характерно **выключение сознания** (по типу оглушения, сопора или комы). В дальнейшем (если не наступает летальный исход) происходит обратное развитие: кома сменяется сопором, затем оглушением, в последнюю очередь появляется ориентировка во времени.

II. Острый (вторичный) период.

Продолжительность “дни-недели”.

Характеризуется синдромом **церебральной адинамии**, преобладают **общемозговые симптомы** (связанны с повышением внутричерепного давления):

- 1) Диффузные головные боли, усиливающиеся под влиянием внешних раздражителей (шума, яркого света), движения;
- 2) Головокружение, усиливающееся при движении, вестибулярные расстройства
- 4) Многообразные вегетативные расстройства
- 5) **Выраженная астения**, проявляющиеся сочетанием истощаемости и раздражительности в различных соотношениях.

Представлены **мнестические** расстройства, возможны **острые психозы**.

Мнестические расстройства острого периода ЧМТ

- 1) ретроградная амнезия - в зависимости от тяжести ЧМТ может захватывать только момент травмы, либо дни, недели, месяцы и даже годы перед травмой;
- 2) антероградная амнезия - обычно встречается при тяжелых ЧМТ и распространяется на короткие отрезки времени, непосредственно следующие за периодом выключения сознания;
- 3) антероретроградная (сочетанная) амнезия;
- 4) ретардированная (запаздывающая) амнезия;
- 5) фиксационная амнезия.

Психозы острого периода ЧМТ

Развиваются в первые дни острого периода

Отличаются относительной бедностью психопатологической симптоматики на фоне тяжелого соматического состояния.

При контузиях встречаются чаще, чем при коммоциях, при этом клиника психоза часто

зависит от локализации поражения:

- затылок – зрительные галлюцинации
- лобная доля – расторможенность, эйфория, дурашливость
- височная-лимбические – слуховые галлюцинации, деперсонализация, явления «уже виденного»
- при поражении правого полушария - депрессия

КЛИНИКА ПСИХОЗОВ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЧМТ

1). Сумеречные помрачения сознания.

Возникают обычно после кратковременного периода прояснения сознания.

Продолжительность — от нескольких часов до нескольких дней.

После выхода из сумеречного помрачения сознания наблюдается полная амнезия.

2) Делириозное помрачение сознания.

Развивается преимущественно у лиц, злоупотребляющих алкоголем, вслед за исчезновением симптомов оглушения, на фоне астении.

Продолжительность от часов до 2-3 дней.

Характеризуется яркими зрительными галлюцинациями с аффектом страха, тревоги, на основе которых может возникать вторичный бред.

КЛИНИКА ПСИХОЗОВ ОСТРОГО ПЕРИОДА

ЧМТ

3). Онейроидное помрачение сознания.

Встречается редко. Возникает в первые дни острого периода

Продолжается от часов до 5-6 дней.

Характеризуется полной дезориентировкой в окружающем с преобладанием эйфорического или экстатического бреда.

О содержании переживаний больные сообщают по миновании психоза.

4). Амнестический (Корсаковский) синдром.

Одна из тяжелых форм травматических психозов.

Длительность: от дней до 1,5-2 месяцев (дольше у лиц, злоупотребляющих алкоголем)

Психические нарушения при Корсаковском синдроме травматической этиологии считаются обратимыми.

5). Аффективные психозы.

а). дисфорическими состояниями

б). гипоманиакальными или маниакальными состояниями с эйфорическим оттенком настроения, мориоподобными расстройствами, конфабуляциями экспансивного характера;

в). субдепрессивными или депрессивными состояниями, окрашенными тревогой, страхом, ипохондрическими переживаниями.

б). Галлюцинаторно-бредовые психозы (шизофреноподобные).

Острый чувственный бред, конфабуляции, вербальные галлюцинации, возможны отдельные психические автоматизмы, импульсивные и агрессивные действия на фоне преобладающего аффекта тревоги и страха.

Психоз продолжается обычно несколько дней и сменяется астенией.

б). Пароксизмальные состояния острого периода.

Чаще развиваются при контузиях, чем при коммоциях (связаны с наличием патологического очага в коре г.м.)

К ним относятся следующие разновидности эпилептических припадков:

- а). простые парциальные моторные (джексоновские);
- б). простые парциальные с нарушением психических функций (припадки метаморфопсии, расстройств «схемы тела», «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого», эмоционально-аффективные, идеаторные, галлюцинаторные припадки;
- в). простые парциальные вторично генерализованные тонико-клонические припадки, которые могут быть единичными и серийными. Иногда развивается *эпилептический статус*.

III. Поздний период (реконвалесценции).

Продолжается недели - месяцы (до 1 года).

В этом периоде постепенно сглаживаются все явления острого периода, и у значительного числа больных наступает выздоровление.

Клиническая картина этого периода характеризуется синдромом посттравматической церебрастении.

Кроме того, также как и в остром периоде могут наблюдаться: аффективные психозы, бредовые (шизофреноподобные) психозы, а также эпилептические припадки.

IV. Период отдаленных последствий (резидуальный, хронический период).

Может продолжаться многие годы, иногда, всю жизнь.

Психические нарушения могут быть представлены:

Различными вариантами **психоорганического синдрома** («травматическая энцефалопатия»)

Травматическими **эндоформными психозами** (схожи по клинической картине с эндогенными – *дифф.д-ку см. в общем разделе*)

Симптоматической (посттравматической) **эпилепсией**

Ухудшение психического состояния в этом периоде провоцируется *экзогенными вредностями* (употреблением алкоголя, резкими изменениями погоды и атмосферного давления, переутомлением, инфекционными заболеваниями, стрессами и пр).

Психоорганический синдром в резидуальном периоде травматической болезни Г.М.

- может быть представлен всеми формами (астенической, эксплозивной, эйфорической, апатической – *см. общую часть*).
- Может сопровождаться злоупотреблением алкоголем.

Диагностические рубрики (МКБ-10):

Органическое расстройство личности в связи травмой головного мозга.

Деменция в связи с травмой головного мозга

Органическое расстройство личности в связи травмой головного мозга.

Характеризуется:

снижением способности справляться с целенаправленной деятельностью, требующей напряжения сил, низкой переносимостью стрессов, экзогенных вредностей и пр. изменениями в эмоциональной сфере (в зависимости от формы ПОС): лабильностью аффекта раздражительностью, эксплозивностью, эйфоричностью, апатией расстройствами в сфере влечений, антисоциальным поведением;

- подозрительностью, склонностью к формированию сверхценных идей, паранояльностью, вязкостью, ригидностью, замедлением темпа мышления

Деменция в связи с травмой головного мозга

Развивается у 5% перенесших ЧМТ

Чаще при открытых ЧМТ, тяжелых контузиях мозга с переломом основания черепа.

В ряде случаев слабоумие является исходом травматических психозов или развивается в связи с сочетанным влиянием вредностей (алкоголизм, нарушения мозгового кровообращения).

Основными признаками деменции являются прогрессирующие снижения памяти (гипомнезия), то есть деменция чаще носит **лакунарный характер**.

Иногда к нарушениям памяти присоединяются различные эмоциональные расстройства (различные формы психоорганического синдрома).

Травматические эндоформные психозы

А. Аффективные психозы (монополярные депрессии или мании, реже – биполярный тип). Могут развиваться отсрочено (спустя 10-20 лет после ЧМТ).

Депрессии сопровождаются дисфорией, слезливостью, мании – благодушием, гневливостью, дурашливостью.

Продолжительность приступов от 1 до 3 месяцев.

Б. Галлюцинаторно-бредовые психозы

Возникают чаще у мужчин. Психические автоматизмы преходящи, развиваются на высоте вербального галлюциноза.

Болезнь протекает приступами от 2 месяцев до $\frac{1}{2}$ года и более. Со временем психоз может стать хроническим.

В. Паранойяльные психозы

Возникают у мужчин зрелого и среднего возраста в виде сверхценных или бредовых идей **ревности**, **сутяжничества**.

Паранойяльный психоз может усложняться паранойяльными идеями ущерба, отравления

Симптоматическая (посттравматическая) эпилепсия

Возникает в результате формирования эпилептогенного очага в области рубцовых изменений на месте травмы мозгового вещества (чаще локализуются в корковых структурах)

Потому припадки чаще - **простые парциальные моторные (джексоновские)**. Возникают на фоне сохранного сознания и провоцируются внешними воздействиями.

Иногда наблюдается вторичная генерализация, с выключением сознания и последующей динамикой, характерной для вторично генерализованного тонико-клонического припадка.

Лечение

В остром периоде ЧМТ необходимо соблюдение постельного режима. Назначаются средства, поддерживающие сердечно-сосудистую деятельность и дыхание. Для предупреждения и уменьшения отека мозга показано внутривенное введение 40% глюкозы, мочевины, оксибутирата натрия. Также для снижения внутричерепного давления рекомендована люмбальная пункция. При возбуждении назначают малые дозы транквилизаторов, антипсихотиков.

На последующих этапах терапия психических расстройств — симптоматическая (назначение антипсихотиков, противосудорожных препаратов, антидепрессантов, а также средств общеукрепляющего действия и ноотропов).

Психические расстройства при инфекционных заболеваниях

Инфекционные психозы принято делить на:

- а). симптоматические - возникают при общих инфекционных заболеваниях в результате интоксикации
- б). интракраниальные - психозы при инфекциях, вызывающих непосредственное поражение мозга или его оболочек - энцефалиты, менингиты, арахноидиты.

Кроме того, инфекционные заболевания могут провоцировать манифестацию эндогенных психозов (шизофрении и биполярного аффективного расстройства)

Психические расстройства при нейроинфекциях

Нейроинфекции:

- первичные инфекционные заболевания головного мозга (*эпидемический, весенне-летний, японский энцефалит*)
- параинфекционные энцефалиты, т.е. энцефалиты, возникающие в виде осложнений при общих инфекциях (*кори, гриппе, тифе, эпидемическом паротите*)
- нейроревматизм
- нейросифилис

Клиника мозговых инфекций зависит от:

- этиологического фактора,
- локализации воспалительного процесса (оболочки или вещество мозга)
- первичного или вторичного характера поражения мозга,
- особенностей патологических процессов в мозге (например, гнойное или серозное воспаление оболочек).

Психические расстройства при первичных инфекционных заболеваниях головного мозга

Острый период любого энцефалита сопровождается различными формами нарушенного сознания (разные степени выключения сознания от оглушения до комы, помрачение сознания в виде делирия, аменции, онейроида, сумеречного состояния)

В отдаленном периоде клещевого энцефалита нередко развивается миоклонус эпилепсия, тревожно-депрессивные состояния, реже – интеллектуальное снижение

Хроническая стадия эпидемического (летаргического) энцефалита характеризуется явлениями сонливости, паркинсонизма, аспонтанностью, брадифренией, замедленностью, затрудненностью движений и психических процессов.

Психические расстройства при нейроревматизме.

Психозы при ревматизме могут возникать в различных фазах заболевания, в том числе и в «холодном» периоде.

Но есть зависимость между фазой ревматического процесса и картиной психоза: при остром течении ревматизма чаще возникают синдромы помрачения сознания, при затяжном, латентном течении, а также в межприступный период – астенические, параноидные, шизофреноподобные картины, вербальный галлюциноз.

Типичны при затяжных ревматических психозах тревожно-депрессивные синдромы с мыслями о неминуемой смерти, ипохондрическими, нигилистическими, бредовыми идеями.

Продолжительность затяжных психозов от 2 месяцев до 1 года. По выходе из них наблюдаются длительные церебрастенические состояния.

Психические расстройства при нейросифилисе

А. Сифилис мозга (поражение бледной трепонемой оболочек и сосудов мозга, реже паренхимы: менингиты, менингоэнцефалиты, артерииты и сифилитические гуммы)

Клиника разнообразна, зависит от стадии, локализации и пр.

Стадии:

1. сифилитическая неврастения
2. клиника менингита или менингоэнцефалита — на их фоне - нарушения сознания, галлюцинозы, галлюцинаторно-бредовые с-мы
3. клиника, обусловленная нарушениями мозгового кровообращения и наличием сифилитических гумм — психические расстройства сходны с психическими р-вами при сосудистых заболеваниях Г.М. и опухолях мозга

Б. Прогрессивный паралич (болезнь Бейля) — одна из разновидностей сифилиса мозга, менингоэнцефалит сифилитического генеза, проявляющийся прогрессирующим нарушением психической деятельности вплоть до тотальной деменции, сочетающимся с неврологическими и соматическими расстройствами.

В прошлом - одна из самых частых психических болезней, сейчас - казуистика

Стадии:

- 1. инициальная (неврастеническая)**
- 2. стадию развития болезни - нарастающие изменения личности и поведения: утрачиваются морально-этические нормы, постоянна эйфория, беспечность, нелепый бред величия и богатства**
- 3. стадия тотальной деменции (паралитический синдром)**

Паралитический синдром – состояние **тотального деменции** с эйфорией, благодушием, резким снижением критики, **нелепым бредом величия и богатства** (называют себя президентами, императорами, командующими армиями, говорят о своих несметных богатствах) одеваются ярко, нелепо, утрачено чувство такта, неряшливы, не следят за своим внешним видом, едят руками, берут чужие вещи, бывают раздражительны, агрессивны. На поздних стадиях – апатия, аспонтанность

Неврологические расстройства: дизартрия, нарушения почерка, походки, анизокория, в последующем парезы и параличи, трофические расстройства.

Психические нарушения при опухолях головного мозга

Психопатологическая симптоматика чаще развивается после неврологических признаков опухолевого роста или одновременно с ними.

А. Транзиторные (преходящие)

- симптомы выключения и помрачения сознания (иногда возникают и завершаются внезапно)

- эпилептические припадки

пароксизмальные галлюцинаторные расстройства - кратковременные наплывы галлюцинаций, в зависимости от локализации опухоли: вкусовые, обонятельные, зрительные, слуховые, дереализация, переживания «уже виденного», «галлюцинации памяти».

Б. Стойкие

- Амнестический (Корсаковский) с-м
- Эмоциональные расстройства
 - ❖ *правополушарная локализация опухоли*: мании и депрессии (напоминают МДП)
 - ❖ *левополушарная* – аспонтанность с «эмоциональным параличем»
- Расстройства сна и сновидений

В. Острые послеоперационные психозы

(обусловлены послеоперационным отеком мозга, клиника зависит от локализации)