

Двигательные расстройства.
Синдромы расстроенного сознания
и пароксизмальные явления.

Кататонический синдром

- психопатологический синдром основным клиническим проявлением которого являются двигательные расстройства (от греч. *katátonos* - напряженный) выделяют кататоническое возбуждение и кататонический ступор.

Кататония может быть люцидной (не сопровождается помрачением сознания) и онейроидной (сопровождается онейроидным помрачением сознания)

Кататонический синдром

Ступор	Возбуждение
<p>- обездвиженность с повышением мышечного тонуса и мутизмом (отказом от речи при сохранности речевого аппарата).</p> <p>ступор с восковой гибкостью – любое изменение позы больного сохраняется более или менее продолжительное время (с-м «воздушной подушки», каталепсия)</p> <p>ступор с негативизмом – противодействие всем попыткам изменить позу</p> <p>ступор с оцепенением – эмбриональная поза и резкое мышечные напряжение</p>	<p>- экстатическое – подвижны, много говорят, с патетикой, экстазом, декламируют стихи</p> <p>- гебефреническое – см.след.слайд</p> <p>- импульсивное – неожиданные, внезапные действия, часто разрушительного и агрессивного характера</p> <p>- немое – двигательное неистовство с агрессией и разрушительными действиями направленными на себя и окружающих. Возникает внезапно, в т.ч. при переходе из кататонического ступора.</p>

Состояния психомоторного возбуждения

Маниакальное - двигательное возбуждение при маниакальном синдроме
Тревожное - характерно для тревожной депрессии; в виде метаний, причитаний, стонов, взываний о помощи, заламывания рук, возможны неожиданные аутоагрессивные действия

Галлюцинаторное – вызвано галлюцинаторными переживаниями угрожающего или устрашающего характера. Целиком определяется содержанием галлюцинаций. Характерен выраженный страх, оборонительное поведение. Наиболее характерно для делирия и сумеречного помрачения сознания.

Бредовое – целиком определяется характером бредовых идей и отражает их содержание

Эпилептическое - сопутствует дисфории

Кататоническое - (описано в рамках кататонического синдрома)

Аффективно-шоковое – в ответ на тяжелую острую

Психомоторные расстройства

Для купирования психомоторного возбуждения до приезда бригады скорой психиатрической помощи необходимо предотвратить возможность больному нанести повреждения себе или окружающим (поместить в изолятор). Из лекарственных препаратов допустимо применение транквилизаторов:

- S.Sibazoni 0.5% 4.0 в/м или

- S.Phenazepamі 0.1% 2.0-4.0 в/м.

- перед применением транквилизаторов любой врач обязан проверить отсутствие выраженной очаговой и менингеальной симптоматики.
- введение больших доз транквилизаторов, превышающих рекомендованные для врача общей практики, недопустимо.
- в мед.документации необходимо описательно отразить состояние больного и указать, что транквилизатор применяется для неотложного купирования психомоторного возбуждения

Судорожный синдром

Врач любой специальности может внезапно столкнуться с судорожным припадком у больного и обязан оказать первую помощь.

Чаще всего встречаются генерализованные тонико-клонические припадки, они могут возникать при эпилепсии или иметь симптоматический характер (на фоне интоксикаций, инфекций, различной патологии мозга и церебральных сосудов или как реакция на введение лекарственных препаратов – в т.ч. местных анестетиков).

Такой припадок длится обычно 30-90 секунд

Во время припадка необходимо уложить больного на бок и подложить что-нибудь мягкое под голову (одежда, подушка и др.).

Нельзя удерживать конечности - может случиться вывих или повреждение связок.

Нельзя вставлять твердые предметы и инструменты между зубов (во избежание травмы), допустимо при наличии возможности вложить полотенце или тряпку.

Во время припадка препараты не вводят.

После припадка проверить проходимость дыхательных путей, при необходимости остановить кровотечение из языка. Проверить пульс, АД, очаговые и менингеальные симптомы.

Оценить травмы, полученные в ходе припадка (особенно травмы головы)

Вызвать «Скорую Помощь»

При повторных припадках, между припадками ввести в/м S.Sibazoni 0.5% 4.0 или S.Phenazepamі 0.1%-3.0 и р-р сульфата магния (магnezия) 25%-5.0 в/м

Сознание

- высшая, интегративная форма психического отражения действительности

Ясное, бодрствующее сознание - состояние при котором человек в состоянии правильно ориентироваться в собственной личности (аутопсихическая ориентировка), месте, времени, ситуации, окружающих лицах (аллопсихическая ориентировка).

Патология сознания

Выключение (количественные нарушения):

- оглушение
 - обнубиляция
 - сомноленция
- сопор
- кома

Помрачение (качественные нарушения):

- делирий
- онейроид
- аменция
- сумеречное помрачение сознания

признак	ОГЛУШЕНИЕ		СОПОР	КОМА
	Умеренное (обнубиляция)	Глубокое (сомноленция)		
Ориентировка	частичная	нарушена	-	-
Речевой контакт	ограничен	резко затруднен	Нет	Нет
Выполнение инструкций	замедлено	элементарные	Нет	Нет
Открывание глаз	сохранено	сохранено	На сильный болевого раздражитель	Нет
Двигательная реакция на боль	целенаправ- ленная	целенаправ- ленная	нецеленаправ- ленная	Нет

Критерии помрачения сознания К. Ясперса

Совокупность следующих признаков:

1. отрешенность от окружающей действительности (затруднение или полной невозможность восприятия окружающего, м.б. самостоятельным расстройством или из-за наплыва психотических переживаний, например, галлюцинаций)
2. нарушение мышления (нарушение понимания происходящего вокруг из-за обеднения, дезорганизации мышления; мышление становится непоследовательным, фрагментарным, бессвязным)
3. дезориентировка (в месте, времени, окружающих лицах и/или собственной личности; нужно дифференцировать с нарушениями ориентировки, которые могут быть еще и бредовыми и амнестическими)
4. амнезия периода помраченного сознания - полная или частичная; на реальные события или на болезненные переживания

Делирий

- галлюцинаторное помрачение сознания.

Характерны: истинные зрительные галлюцинации и иллюзий, аллопсихическая дезориентировка, образный бред, изменчивое настроение (преобладает страх), двигательное возбуждение, частичная амнезия болезненных переживаний и полная реальных событий.

Одна из наиболее частых реакций экзогенного типа: металкогольные психозы (алкогольный делирий, «белая горячка»), интоксикации (лекарственные, наркотические), при инфекционных и соматических заболеваниях, менингоэнцефалитах, сосудистых заболеваниях головного мозга.

Этапы развития:

1. инициальный - общая взбудораженность, суетливость, беспокойство, многоречивость, гиперестезия, настроение изменчиво, повышена отвлекаемость внимания, нарушен сон, кошмары.

2. иллюзорных расстройств - к картине 1-ого этапа + зрительные иллюзии, парейдолии, гипнагогические галлюцинации, эпизодически неточная ориентировка.

3. истинных галлюцинаций - к картине 2-ого этапа + истинные зрительных галлюцинаций, видения сменяют друг друга без особой связи, обычно общая фабула - преследование. Аффект и поступки соответствуют содержанию виденного (бежит, прячется, обороняется и пр). Выражена аллопсихическая дезориентировка. Характерно ундулирующее (волнообразное) течение (ухудшение ночью), м.б. люцидные (чистые) промежутки.

Может быть abortивное течение и тяжелое: профессиональный и мусситирующий (бормочущий) делирии (нарастают симптомы выключения сознания).

Онейроид

«сновидное», грёзоподобное помрачение сознания - помрачение сознания с наплывом фантастических сценподобных псевдогаллюцинаций, фантастическим бредом (м. б. депрессивный или экспансивный) и двигательными расстройствами (кататонический ступор).

Зрительные псевдогаллюцинации следуют одна за другой так, что одно событие как бы вытекает из другого (сценподобность), они м.б. изолированными или переплетаться с деталями окружающей обстановки («двойная» ориентировка).

Больные ощущают себя участниками действия («перевоплощение» в героев грез)

Амнезия реальных событий, болезненные сохранены.

Встречается при шизофрении

Аменция

помрачение сознания с бессвязностью речи, инкогеренцией мышления, т.е. невозможностью осмысления окружающего и собственной личности.

Встречается при тяжелых формах соматических заболеваний, инфекций, интоксикаций. Свидетельствует о тяжести состояния.

Характерно возбуждение, ограничивающееся пределами постели: хаотичные движения конечностями, метание, обирание; возбуждение сменяется периодами астенической прострации.

Речь больных бессвязна (отдельные слова, звуки); нарушены все виды ориентировки .

Возможны отдельные элементарные галлюцинации. Весь период помрачения сознания амнезируются.

	ДЕЛИРИЙ	ОНЕЙРОИД	АМЕНЦИЯ
ориентировка	В месте и времени	Перевоплощение, двойная ориентировка	Все виды
Преобладающие расстройства восприятия	Истинные зрительные галлюцинации и иллюзии	Фантастические зрительные псевдогаллюцинации	Отсутствуют или элементарные
Эмоции	Тревога, страх	Восторг, удивление, восхищение	Растерянность, недоумение
Моторика	Психомоторное возбуждение	Психомоторная заторможенность (кататон. ступор)	Возбуждение в пределах постели
Амнезия	Частичная	Реальных событий, болезненные сохранены	Полная

Сумеречное помрачение сознания

Характерно:

- внезапное возникновение и завершение
- полная отрешенность от окружающего мира
- полная дезориентировка
- может быть: выраженное возбуждение или внешне упорядоченное поведение, наплыв различных видов галлюцинаций, острый образным бред, тоска, страх или злоба.
- после - полная амнезия
- встречается при эпилепсии и травматическом поражении головного мозга.

Варианты:

простое - поведение больных внешне правильное, выражение лица отрешенно-угрюмое, высказывания стереотипны или отсутствуют. Если сопровождается непроизвольным блужданием - это амбулаторный автоматизм (в бодрствующем состоянии - фуга или транс; во время сна - сомнамбулизм (лунатизм)).

галлюцинаторное - преобладают различные виды галлюцинаций: зрительные (сценоподобные, религиозно-мистические), слуховые (часто императивные), обонятельные.

бредовое – преобладает образный бред преследования, величия.

Для галлюцинаторных и бредовых вариантов типичны **аффективные расстройства** - страх, тревога, злоба, восторженность, экстаз; они могут сопровождаться резко выраженным возбуждением с агрессией и разрушительными действиями.

Патологическое опьянение - сумеречное помрачение сознания, развившиеся на фоне употребления небольшого количества спиртного.

Патологический аффект - сумеречное помрачение сознания, развившиеся в ответ на психотравмирующее событие.

Пароксизмальные расстройства

Пароксизмами называют кратковременные внезапно возникающие и резко прекращающиеся расстройства, склонные к повторному появлению. Пароксизмально могут возникать самые различные психические (галлюцинации, бред, помрачение сознания, приступы тревоги, страха или сонливости), неврологические (судороги) и соматические (сердцебиение, головные боли, потливость) расстройства. В клинической практике наиболее частая причина возникновения пароксизмов - эпилепсия, однако пароксизмы характерны и для некоторых других заболеваний.

Эпилептиформные пароксизмы

К эпилептиформным пароксизмам относят кратковременные приступы с самой различной клинической картиной, непосредственно связанные с органическим поражением мозга. Эпилептиформная активность может выявляться на ЭЭГ в виде одиночных и множественных пиков, одиночных и ритмически повторяющихся острых волн, кратковременных вспышек высокоамплитудных медленных волн и особенно комплексов «пик-волна».

Существует множество классификаций пароксизмов в зависимости от локализации очага поражения (височные, затылочные очаги и др.), возраста появления (детская эпилепсия - пикнолепсия), причин возникновения (симптоматическая эпилепсия), наличия судорог (судорожные и бессудорожные пароксизмы). Одной из наиболее распространенных классификаций является разделение припадков по ведущим клиническим проявлениям.

Большой судорожный припадок (grand mal)

Проявляется внезапно возникающим выключением сознания с падением, характерной сменой тонических и клонических судорог и последующей полной амнезией. Состояние пациентов меняется в определенной последовательности. Тоническая фаза (продолжительность 20-40 секунд) проявляется внезапной утратой сознания и тоническими судорогами. Тонические судороги проявляются резким сокращением всех групп мышц и падением. С началом припадка дыхание прекращается. Лицо сначала бледнеет, а затем нарастает цианоз. Клоническая фаза (продолжительность до 1,5 минут) также протекает на фоне выключенного сознания и сопровождается одновременным ритмическим сокращением и расслаблением всех групп мышц. В этот период наблюдаются мочеиспускание и дефекация, появляются первые дыхательные движения, однако полноценное дыхание не восстанавливается и цианоз сохраняется. Воздух, выталкиваемый из легких, образует пену, иногда окрашенную кровью вследствие прикуса языка или щеки. Припадок завершается восстановлением сознания, однако еще в течение нескольких часов после этого наблюдается сомноленция.

У отдельных больных клиническая картина припадка может отличаться от типичной. Примерно в половине случаев возникновению припадков предшествует аура (различные сенсорные, моторные, висцеральные или психические явления, крайне кратковременные и одинаковые у одного и того же больного). Клинические особенности ауры могут указывать на локализацию патологического очага в мозге (соматомоторная аура - задняя центральная извилина, обонятельная - крючковидная извилина, зрительная - затылочные доли). Некоторые пациенты за несколько часов до возникновения припадка испытывают неприятное ощущение разбитости, недомогания, головокружения, раздражительности. Эти явления называются предвестниками припадка.

Малый припадок (petit mal)

Кратковременное выключение сознания с последующей полной амнезией. Типичным примером малого припадка является абсанс, во время которого больной не меняет позы. Выключение сознания выражается в том, что он прекращает начатое действие (например, замолкает в разговоре); взор становится «плавающим», неосмысленным; лицо бледнеет. Через 1-2 сек. пациент приходит в себя и продолжает прерванное действие, не помня ничего о припадке. Судорог и падения не наблюдается. Другие варианты малых припадков - сложные абсансы, сопровождающиеся abortивными судорожными движениями вперед (пропульсии) или назад (ретропульсии), наклонами по типу восточного приветствия (салам-припадки). При этом больные могут потерять равновесие и упасть, но тут же встают и приходят в сознание. Малые припадки никогда не сопровождаются аурой или предвестниками.

Приступы тревоги с соматовегетативной симптоматикой

В МКБ-10 для обозначения подобной патологии применяется термин «панические атаки» - это спонтанные повторяющиеся приступы интенсивного страха, как правило, длительностью менее часа. Раз возникнув, приступы паники обычно повторяются со средней частотой 2-3 раза в неделю.

С диагностической точки зрения панические атаки не являются однородным феноменом. Показано, что в большинстве случаев приступы развиваются либо непосредственно после действия психотравмирующего фактора, либо на фоне длительно существующей стрессовой ситуации. Однако следует учитывать значение и таких факторов, как наследственная предрасположенность и психофизиологическая конституция. В частности, исследователи обращают внимание на связь приступов страха с дисфункцией в обмене нейромедиаторов (ГАМК, норадреналин, серотонин). Показана предрасположенность к паническим атакам у лиц с низкой толерантностью к физическим нагрузкам (по данным реакции на введение лактата натрия и вдыхание CO_2).

Истерические припадки

Вызванные действием психотравмирующих факторов функциональные приступообразные расстройства, развивающиеся по механизму самовнушения, носят название истерических припадков. В большинстве случаев они возникают у лиц с истерическими чертами характера, т.е. склонными к демонстративному поведению. Следует помнить, что и органическое поражение мозга может способствовать появлению подобного поведения (в частности, у больных эпилепсией наряду с типичными эпилептическими пароксизмами могут наблюдаться и истерические припадки).

Дифференциальная диагностика истерического и большого судорожного припадка

Большой судорожный припадок	Истерический припадок
Спонтанное внезапное начало	Развитие непосредственно после возникновения психотравмирующей ситуации
Внезапное падение, возможна травматизация	Осторожное падение, иногда медленное сползание вниз
Резкая бледность, переходящая в цианоз	Покраснение или отсутствие сосудистой реакции на лице
Отсутствие реакции на внешние раздражители, рефлексов и болевой чувствительности	Сохранение сухожильных и зрачковых рефлексов, наличие реакции на боль и холод
Характерная последовательность фаз со сменой тонических и клонических судорог, возможны мочеиспускание и прикус языка	Атипичные судороги (размахивание, тремор, подергивания) без четкой последовательности (так, как себе представляет больной)
Судорожная бессмысленная гримаса на лице	Мимика выражает страдание, страх, восторг
Стереотипный повторяющийся характер припадков	Припадки не похожи один на другой
Продолжительность от 30 с до 2 мин	Большая продолжительность (от нескольких минут до нескольких часов)
Полная амнезия	Возможны отдельные воспоминания, а под воздействием гипноза — полное восстановление памяти

Клиническая картина истерических припадков крайне разнообразна. В основном она определяется тем, как сам больной представляет себе типичные проявления болезни. Характерны полиморфизм симптоматики, появление от приступа к приступу новых симптомов. Истерические припадки рассчитаны на присутствие наблюдателей и никогда не возникают во сне.