

* Западно-Казахстанский Государственный
Медицинский Университет имени Марата
Оспанова

*** Самостоятельная
работа студента**

*** Психические расстройства при
сосудистых заболеваниях
головного мозга**

Кафедра: Неврологии, психиатрии и
наркологии

Выполнила: Тулегенова Бахытгуль
521 «а»

1. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга
2. Рубрикация церебрально-сосудистых расстройств в МКБ-10
3. Клиническая картина и течение
4. Этиология и патогенез
5. Диагностика психических расстройств церебрально-сосудистого генеза
6. Лечение и профилактика

 **План**

- * К психическим расстройствам церебрально-сосудистого генеза относят нарушения, обусловленные атеросклерозом сосудов мозга, гипертонической и гипотонической болезнями. Церебрально-сосудистые расстройства косвенно связаны с поздневозрастными факторами и процессами старения. Несмотря на широкую распространенность этих нарушений, их приуроченность ко второй половине жизни, не у всех больных пожилого и старческого возраста развиваются клинически оформленные психические нарушения вследствие гипертонической болезни и церебрального атеросклероза. У многих эти нарушения отсутствуют или носят эпизодический, рудиментарный характер. Более тяжелые варианты, вплоть до слабоумия и психозов, возникают при особо злокачественном течении цереброваскулярной недостаточности.
- * По данным отечественных авторов, вазocereбральными нарушениями страдают 17-18% всех лиц старше 60 лет, причем у 3-4% диагностируют сосудистые деменции или психозы, а у остальных - нарушения непсихотического уровня.
- * Гипертоническая болезнь и церебральный атеросклероз находятся в родственных отношениях. Психические нарушения цереброваскулярного генеза обладают значительным клиническим сходством. Во избежание повторов целесообразно рассматривать их в рамках общей группы психических расстройств церебрально-сосудистой природы.

Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга

- * В МКБ психические расстройства сосудистого генеза отнесены к разделу «Органические, включая симптоматические, психические расстройства». Выделены несколько вариантов сосудистой деменции. органическое бредовое расстройство, органический галлюциноз, кататоническое расстройство органической природы, острое состояние спутанности, подострое состояние спутанности или делирий, депрессивное расстройство органической природы, органическое диссоциативное конверсионное расстройство, эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (чаще в связи с цереброваскулярным заболеванием или гипертонией), тревожное органическое расстройство, легкое когнитивное расстройство, органическое расстройство личности.
- * Если ни один из этих вариантов цереброваскулярных расстройств не соответствует классификации, может быть использована диагностическая рубрика «неуточненные психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга и физической болезни».

2. Рубрикация церебрально-сосудистых расстройств в МКБ-10

- * *Цереброваскулярные психические расстройства непсихотического уровня*
- * Эти расстройства возникают преимущественно после 50-60 лет, хотя возможно и более раннее начало. Они включают неврозоподобные, психопатоподобные нарушения, психоорганический синдром и энцефалопатию.
- * На ранних этапах непсихотические нарушения чаще представлены церебрастеническим (неврастеноподобным) симптомокомплексом. Типичны повышенная утомляемость, особенно при умственном напряжении, раздражительность, эмоциональная лабильность, слабодушие, поверхностный сон с ранними пробуждениями, отвлекаемость, некоторое ослабление памяти, в первую очередь на текущие события, даты и имена, определенное замедление психических процессов,сообразительности. Существенное место занимают неврологические нарушения: головная боль, головокружения, синкопальные приступы, шум в ушах и голове, мелькание «мушек» перед глазами. Характерны метеопатия, мерцание симптоматики: сегодня такой больной демонстрирует выраженные расстройства памяти, интеллектуальную беспомощность, а завтра производит впечатление достаточно сохранного человека. Постепенно усиливается забывчивость, снижается уровень мыслительных способностей, не достигая степени слабоумия.

Клиническая картина и течение

* При прогрессировании церебрально-сосудистого процесса появляются и постепенно выступают на первый план психопатоподобные расстройства. Они обычно начинаются с усиления преморбидных особенностей личности, которые патологизируются и со временем могут становиться шаржированными: заботливое отношение к здоровью превращается в ипохондрическую мнительность, которая достигает уровня инсульто- и кардиофобии, бережливость трансформируется в скупость, осторожность - в пугливость и подозрительность. Формируется оппозиционное отношение к новшествам, ворчливость, приставучесть, сренная склонность к поучениям и советам, излишняя обстоятельность, психическая ригидность. Больные частично замечают собственное ослабление памяти и мышления, пытаются их скрыть, компенсировать использованием записных книжек, тренировками памяти, разгадыванием кроссвордов.

* Особенно часто встречаются психопатоподобные нарушения в виде раздражительности, неуживчивости, конфликтности, иногда отмечаются вспышки ярости, агрессивные поступки, совершаемые внезапно, по незначительному поводу (по типу «короткого замыкания»). Реже встречается эйфорический вариант с беспечностью, благодушием, немотивированно приподнятым настроением.

* Еще один тип психопатоподобных изменений церебрально-сосудистого генеза - апатический. При нем доминируют безразличие, пассивность, вялость. Возможны истерические и другие нарушения личности. По мере прогрессирования церебрально-сосудистого процесса усиливается неврологическая симптоматика с признаками очаговости. В итоге формируется симптомокомплекс, сочетающий церебрастению, неврологические нарушения, мнестико-интеллектуальную недостаточность и психопатоподобные проявления, складывающиеся в сосудистую энцефалопатию. Необходимо подчеркнуть тесную и постоянную связь психических вазоцеребральных расстройств с хроническими или преходящими нарушениями мозгового кровообращения разной степени тяжести (инсульты, динамические нарушения, хроническая церебрально-сосудистая недостаточность, гипертонические или гипотонические кризы).

* *Сосудистые деменции*

- * При дальнейшем прогрессировании цереброваскулярного процесса со временем у части больных развивается сосудистое слабоумие. Характерно лакунарное (дисмнестическое) слабоумие. Помимо выраженных расстройств памяти и интеллектуальной недостаточности, отмечается выраженное слабодушие, вплоть до насильственного плача или смеха. При этом сохраняется частичное понимание своей несостоятельности, а в результате - активное обращение за помощью к врачам, депрессивная окраска эмоционального фона, отчасти объяснимая реакцией больного на собственную беспомощность, необходимость прекращения трудовой деятельности при определенной сохранности личности (ее интересов, привязанностей, мировоззрения, психологической узнаваемости).

* При особенно злокачественном течении сосудистого процесса возможен переход из лакунарного слабоумия в тотальную деменцию, которая приводит к распаду структуры личности, особенно грубым расстройствам памяти и мышления, отсутствию понимания собственной несостоятельности, чаще не к депрессивному, а эйфорически-беспечному фону настроения, в отличие от более ранних этапов сосудистого процесса.

- * Возможны еще более тяжелые варианты сосудистого слабоумия. К ним относятся амнестическая деменция в виде почти полной неспособности к запоминанию с выпадением из памяти последнего периода жизни, глубокой амнестической дезориентировки, «сдвига ситуации в прошлое», ложных воспоминаний (конфабуляций, замещающих пробелы в памяти).
- * Обычно сосудистое слабоумие формируется постепенно, но бывает и его быстрое развитие, особенно после повторных или тяжелых инсультов (постинсультная деменция).

* *Церебрально-сосудистые психозы*

- * Их принято разделять на острые и затяжные. К острым сосудистым психозом относят оглушенность, сумеречное помрачение сознания, делирий и эпизоды спутанности.
- * Оглушенность обычно возникает при острых нарушениях мозгового кровообращения, тяжелых гипертонических и гипотонических кризах.
- * Сумеречные эпизоды, иногда повторные, стереотипные, могут быть связаны с локальными спазмами церебральных сосудов.

* Транзиторные сосудистые психозы чаще усиливаются в ночное время и возможно их повторение. Церебрально-сосудистые состояния спутанности длятся от нескольких часов до нескольких недель. Проявляются дезориентировкой или ложной ориентировкой, растерянностью, тревогой, резкой отвлекаемостью, галлюцинаторными эпизодами, элементами бессвязности, речевым и двигательным беспокойством. Встречаются оживление в памяти событий, пережитых в прошлом, отдельные конфабуляций и псевдореминисценции, «сборы в дорогу», стремление куда-то уйти.

- * Из других преходящих сосудистых расстройств, которые по тяжести, последствиям для личности могут быть приравнены к психозам, следует назвать корсаковский и эпилептиформный синдромы.
- * Затяжные сосудистые психозы. Длятся месяцами и годами. Выделяют бредовые, депрессивно-бредовые психозы и галлюцинозы. Бредовые психозы проявляются паранойальным бредом ущерба, ревности, ипохондрическим, сутяжным.
- * Церебрально-сосудистые галлюцинозы подразделяют на вербальные, оптические, тактильные и обонятельные. Они могут быть как истинными, так и псевдогаллюцинозами. Встречается и акоазматический галлюциноз в виде ложных шорохов, скрипов, звонков, стуков в дверь в сочетании с отрывочными идеями преследования, ущерба.

- * Психозы возникают как на ранних, так и на отдаленных этапах сосудистого процесса, в том числе на фоне деменции. По завершении психоза, особенно острого, у части больных выявляются более грубые, чем прежде, психопатоподобные и мнестико-интеллектуальные расстройства, признаки углубления деменции.
- * Таким образом, при обычной склонности сосудистого процесса к прогрессированию, начальный церебрастенический синдром последовательно сменяется энцефалопатией с психопатоподобными и мнестико-интеллектуальными нарушениями и далее, при неблагоприятном течении, - лакунарной деменцией, а иногда и острым и/или затяжным психозом. Эти состояния можно рассматривать как этапы динамики прогрессирующих психических расстройств вазocereбральной природы. Однако такая неблагоприятная динамика вовсе не обязательна. Развитие церебрально-сосудистых психических нарушений может остановиться на одном из более ранних этапов, и в таком случае они исчерпываются церебрастенией с ослаблением интеллектуально-мнестических функций или психопатоподобными нарушениями.

* Возникновение психических расстройств сосудистой природы связывают с известными морфофункциональными изменениями в мозговых структурах, церебральной гипоксией и метаболическими нарушениями, обусловленными патологическим сосудистым процессом. Имеют значение окклюзии - сужения разнокалиберных мозговых сосудов, гибель нейронов, постинсультные кисты. Усилению прогрессивности цереброваскулярных расстройств, развитию деменции способствуют стойкая, выраженная и трудно медикаментозно корригируемая артери-альная гипертензия, гиперлипидемия, сердечно-сосудистая патология, повторные нарушения мозгового кровообращения.

* **Этиология и патогенез**

- * Развитие сосудистых психозов нередко совпадает с выраженными колебаниями АД, резкими изменениями мозговой гемодинамики.
- * Существенная роль в генезе цереброваскулярных психических нарушений отводится дополнительным вредностям (соматические болезни, инфекции, интоксикации, психологические стрессы).
- * Следует отметить, что далеко не всегда отсутствие или наличие психических нарушений и их выраженность совпадают с тяжестью церебрально-сосудистых заболеваний (по данным соматоневрологического и параклинического обследований).

- * Основные признаки психических нарушений атеросклеротической природы следующие:
- * наличие комплекса характерных церебрально-сосудистых жалоб;
- * наличие гипертонической, реже - гипотонической болезни, сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета;
- * преходящие или стойкие повторные нарушения мозгового и кардиального кровообращения с последующим углублением психических нарушений цереброваскулярного генеза;

* **Диагностика психических расстройств церебрально-сосудистого генеза**

- * типичная динамика атеросклеротического процесса с формированием церебрастенического синдрома, чаще постепенным нарастанием мнестико-интеллектуальных, психопатоподобных нарушений, развитием энцефалопатии;
- * подтверждение церебрально-сосудистых изменений результатами инструментальных и биохимических исследований (КТ мозга, доплерография, реоэнцефалография, исследование глазного дна, дислипидемия, высокий коэффициент атерогенного риска, патопсихологические изменения по психоорганическому типу);
- * выявление слабодушия, истощаемости, «мерцания» симптомов, метеопатии и других характерных проявлений церебрально-сосудистого процесса.

* Терапия психических расстройств при гипертонической болезни и церебральном атеросклерозе включает применение гипотензивных средств, препаратов улучшающих мозговое кровообращение (винпоце-тин, сермион и др.), антикоагулянтов, особенно малых доз аспирина, витаминных комплексов, церебролизина. Принято рекомендовать длительные курсы ноотропов (пирацетам, аминалон, стугерон, пантогам). Следует учитывать возможность появления страхов, тревоги, двигательного беспокойства, бессонницы при назначении ноотропов со стимулирующим эффектом (пирацетам, пиридитол), особенно в значительных дозах при назначении их вечером.

* Лечение и профилактика

* При психофармакотерапии вазоцеребральных психических расстройств должны соблюдаться общие принципы и ограничения, принятые при использовании психотропных средств в геронтологической психиатрии: одновременное назначение возможно меньшего числа препаратов (не более 2-3), преимущественно более мягких и лучше переносимых психотропных средств, уменьшение их разовых и суточных доз. У пожилых больных дозы психотропных препаратов не должны превышать % средних доз для лиц среднего возраста. У престарелых дозы психофармакологических средств сокращаются до $1/4$ - $1/3$ - средних доз, принятых в общей психиатрии.

- * Для коррекции невротоподобных нарушений используют противотревожные, антидепрессивные и седативные препараты. Из анксиолитических средств показаны тритико (75-150 мг/сут.), мепробамат (400-800 мг), оксазепам (10-30 мг), сонапакс (30-50 мг). Бензодиазепиновые транквилизаторы используют ограниченно из-за риска побочных эффектов. Трициклические антидепрессанты также назначают редко вследствие худшей переносимости. Применяют пиразидол (50-75 мг/сут.), азафен (50-75 мг), серотонинергические антидепрессанты: паксил (20 мг/сут.), флувоксамин (50-100 мг), леривон (15-30 мг). Из снотворных средств назначают на 2-3 нед. нитразепам (5-10 мг), зопиклон (3,75-7,5 мг). При сосудистых невротоподобных нарушениях часто прибегают к использованию фитопрепаратов стимулирующего (лев-зея, лимонник, деприм) и седативного (ново-пассит, микстура Шарко, корень валерианы) действия.
- * При психопатоподобных нарушениях показаны малые дозы нейролептиков - корректоров поведения: неулептил (5-20 мг/сут.), желательно в капельной форме, сонапакс (20-50 мг).

* Лечение непсихотических расстройств сосудистой природы должно включать психотерапию, преимущественно когнитивную в виде разъясняющих, успокаивающих, ободряющих бесед или доступных для больного психотерапевтических дискуссий с элементами прямого и косвенного внушения. Лечебные возможности таких специальных психотерапевтических методов, как гипносуггестия, аутогенная тренировка, психоанализ, ограничены вследствие возрастных сосудистых изменений (особенные трудности в этом плане создает недостаточная пластичность личности). При церебрально-сосудистых деменциях в основном показаны перечисленные выше лекарственные воздействия, направленные против дальнейшего прогрессирования атеросклеротического процесса.

- * Целесообразность лечения сосудистой деменции активными дозами церебролизина, пирацетама, актовегина, а в последнее время акатинола, ременила остается спорной. Во многих случаях больным с деменцией приходится назначать снотворные препараты. Они нуждаются в житейской помощи и контроле за поведением (возможны уходы из дома, неумышленные затопления, поджоги). Важно привлекать дементных больных к выполнению посильных домашних дел или хотя бы к минимальным умственным* и физическим нагрузкам. Необходимо постоянно контролировать сердечную деятельность, органы дыхания и работу желудочно-кишечного тракта. Следует учитывать, что госпитализация дементных больных нередко приводит к ухудшению их физического и психического состояния.
- * Транзиторные сосудистые психозы, в частности ночные эпизоды спутанности, нередко обходятся без лечения. При необходимости возможно парентеральное введение реланиума (10-20 мг/сут.). При депрессивных и тревожно-депрессивных состояниях назначают внутримышечно, внутрь или внутривенно капельно невысокие дозы амитриптилина (25-75 мг/сут.), анафранила (50-100 мг), паксила (20-40 мг) в сочетании с эглонилом (50-200 мг), соннапаксом (20-50 мг), леривонном (30-60 мг).

- * При затяжных бредовых психозах и галлюцинозах применяют нейролептики антипсихотического действия: малые дозы галоперидола (3-6 мг/сут.), рисполепт (1-2 мг), этаперазин (12-30 мг), трифлуоперазин (10-20 мг).
- * Лекарственная терапия не в состоянии кардинально устранить такие расстройства, как сосудистые деменции, затяжные психозы, последствия повторных тяжелых расстройств мозгового кровообращения. Однако своевременное, настойчивое и адекватное лечение способно частично компенсировать, приостановить, замедлить прогрессирование сосудистого процесса.
- * К прогностически неблагоприятным показателям церебрально-сосудистых психических расстройств относятся сравнительно раннее появление и неуклонное нарастание психических нарушений, отчетливое дублирование психоорганического дефекта личности после перенесенных в прошлом острых и подострых психозов, злокачественное течение артериальной гипертензии, склонность к повторным острым нарушениям мозгового кровообращения, случаи церебрально-сосудистых заболеваний у родственников. Затяжной бредовый или галлюцинаторный психоз не обязательно указывает на тенденцию к прогрессированию церебрально-сосудистого заболевания.

***Профилактике** психических расстройств сосудистого генеза способствуют своевременное выявление церебрально-сосудистых заболеваний, устранение чрезмерных нагрузок, упорядоченный режим труда и отдыха, отказ от вредных привычек, достаточная двигательная активность, диетические ограничения, лечебная физкультура, нормализация артериального давления.