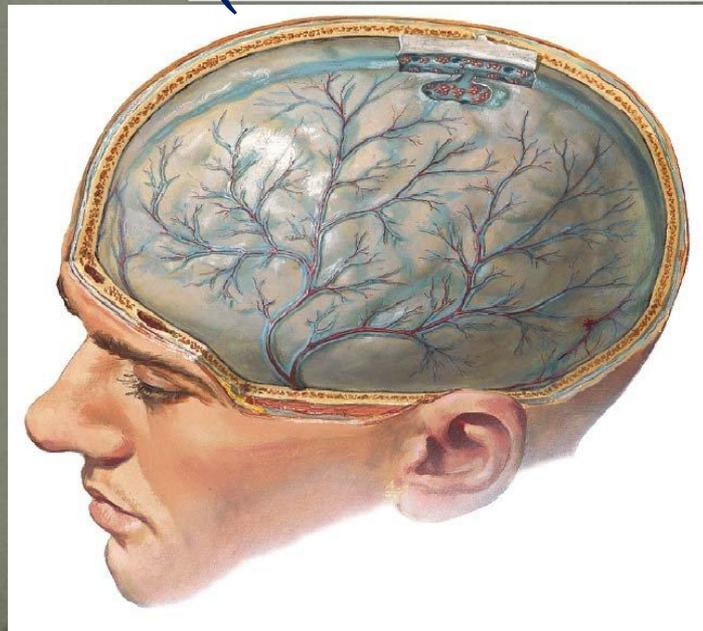


Министерство здравоохранения России
Иркутский Государственный Медицинский
Университет

Кафедра Психиатрии и Наркологии

Психические расстройства в связи с острыми мозговыми инфекциями (менингиты, энцефалиты)



Подготовила: студентка
504 группы пед.фак-та
Журба Л.С.

Нейроинфекции –

заболевания инфекционного характера, поражающие центральную нервную систему либо один из ее отделов (оболочку мозга, спинной мозг, головной мозг). Возбудителями таких заболеваний могут быть бактерии, вирусы и даже грибковые микроорганизмы.

- Психические расстройства при острых инфекциях центральной нервной системы имеют место как в острой стадии заболевания, так нередко отмечаются и в отдаленном периоде в виде более или менее стойких последствий.

- Клинические варианты нейроинфекций разнообразны. Это разнообразие зависит не только от особенностей нозологической природы инфекций, но и от других причин:
- 1) места преимущественного приложения патологических факторов— в мозговых оболочках либо в веществе мозга (менингиты, энцефалиты, менингоэнцефалиты);

- 2) способа проникновения в мозг— первичные формы, когда нейроинфекция попадает в оболочки или вещество мозга непосредственно с кровяным или лимфатическим током, и вторичные, при которых инфекция заносится из какого-либо другого, имеющегося в организме очага;
- 3) характера патологического процесса (так, менингиты подразделяются на гнойные и серозные, энцефалиты— на альтеративные и пролиферативные).

● Клинические проявления психических нарушений в острой стадии инфекционного мозгового заболевания недостаточно изучены, так как больные обычно находятся в соматических либо неврологических отделениях больниц и не наблюдаются психиатрами.

Менингиты

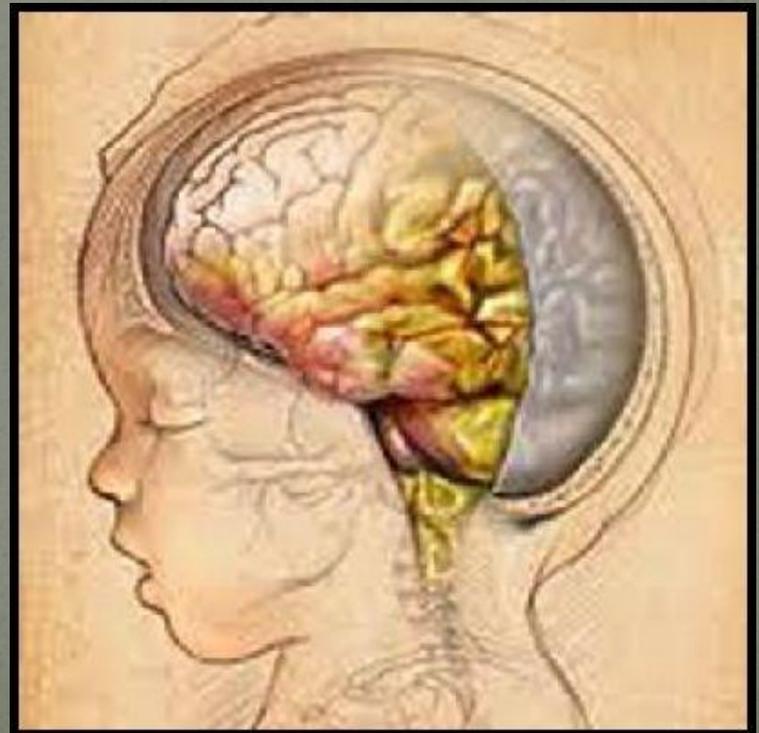
Менингит-

инфекция, поражающая главным образом оболочку мозга.

Выделяют:

по характеру воспалительного процесса:

- гнойный
 - серозный менингит
- по этиологии:
- бактериальной природы
 - вирусной природы
- по происхождению:
- первичный
 - вторичный



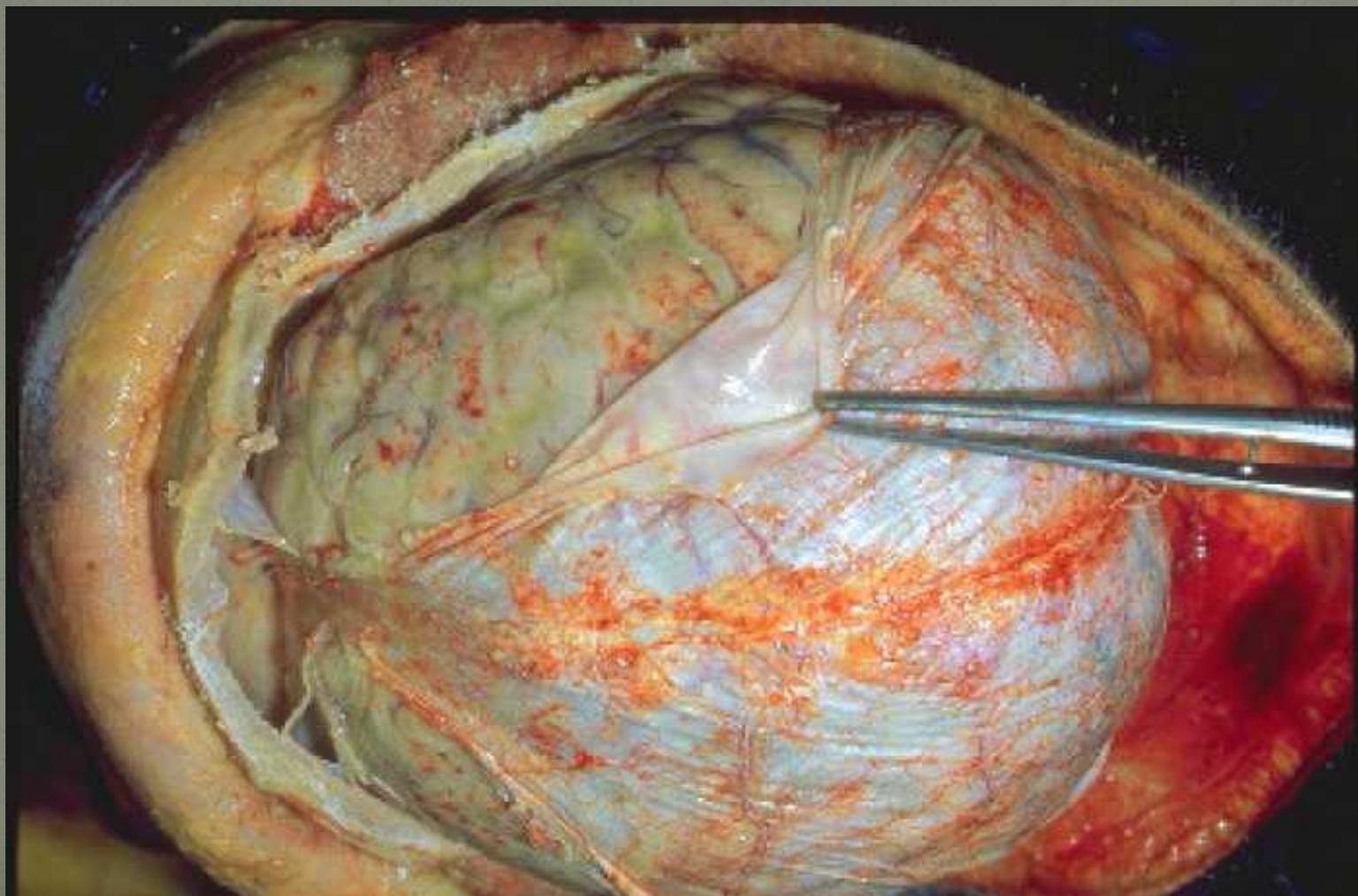
- В начале лихорадочного периода и на высоте болезни психические нарушения развиваются параллельно с нарастанием соматических и неврологических симптомов менингита (менингоэнцефалита). В начальном периоде, когда в клинической картине преобладают симптомы, обусловленные раздражением мозговых оболочек и повышением внутричерепного давления, отмечаются повышенная чувствительность к болевым и тактильным раздражениям, резкие головные боли.

- В дальнейшем параллельно с подъемом температуры в психопатологической картине доминируют симптомы помраченного сознания, явления гиперестезии. Характер нарушения сознания зависит от разных факторов и прежде всего от остроты начала менингита. При бурном развитии болезненных явлений, что имеет место при первичных острых гнойных менингитах, сознание грубо нарушено. Наблюдается тяжелая оглушенность. Ребенок совершенно не реагирует на окружающее. В дальнейшем могут возникнуть двигательное возбуждение с галлюцинациями и бредом или состояние сопора. При более медленном развитии болезни оглушенность часто нарастает постепенно.

- Картина психических расстройств меняется также в зависимости от стадии болезни. В паралитической стадии, когда в неврологическом статусе имеются уже явления выпадения (параличи глазодвигательных нервов, моно- и гемипарезы, афазия и др.), в психопатологической картине чаще преобладают явления угнетения психики: вялость, адинамия при повышенной раздражительности. Более сложные полиморфные психотические проявления при менингитах и менингоэнцефалитах отмечаются сравнительно редко.

Психические нарушения при менингитах могут быть неодинаковыми в зависимости от того, о каком менингите идет речь — о гнойном или серозном.

Гнойный менингит



Коротко о заболевании:

Этиология: менингококк Вексельбаума

Клиника

До терапии антибиотиками

В первые часы — гиперестезия, жалобы на боли в мышцах. При очень остром начале болезни с симптомами тяжелого поражения нервной системы у детей наряду с менингеальным симптомокомплексом (головные боли, рвота, тошнота, ригидность затылочных мышц) обычно возникало сопорозное состояние, которое в дальнейшем переходило в коматозное. Болезнь протекала тяжело, и нередко в первые 6—8 дней наступал летальный исход.

При терапии антибиотиками

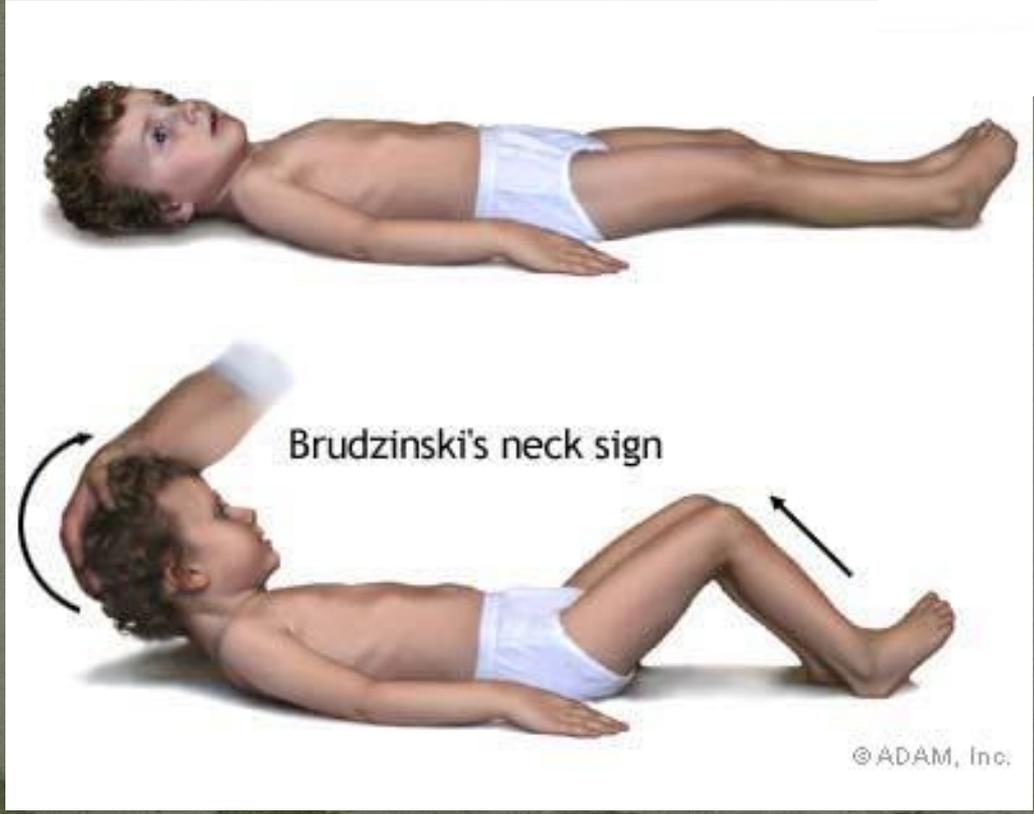
В настоящее время при современных методах лечения менингит протекает легче, неврологические и психические нарушения не носят такого грубого характера.

Однако и теперь при эпидемическом менингите у детей уже в первые дни болезни наблюдаются признаки нарушения сознания в виде оглушенности и делириозных расстройств:

- больные заторможены, мало реагируют на окружающее либо, наоборот, двигательны возбуждены, тревожны, испытывают устрашающие зрительные галлюцинации.
- у детей младшего возраста психопатологическая симптоматика чаще ограничивается двигательным беспокойством или вялостью, сонливостью; нередко отмечаются судорожные состояния.



ADAM.



© ADAM, Inc.



Вторичный гнойный менингит

- У детей чаще всего развивается при осложнении гнойного заболевания уха. Отогенный менингит вызывается тем же возбудителем, что и отит (стрептококк, стафилококк).
- Как осложнение пневмонии у детей часто возникает и пневмококковый менингит, который обычно развивается внезапно, остро, с высокой температурой и менингеальными симптомами.

Вторичный гнойный менингит

- У детей старшего возраста отмечаются гиперестезия, нередко галлюцинации, делириозные явления.
- У детей младшего возраста обычно наблюдается оглушенность с постепенным переходом в сопорозное состояние. В начальном периоде бывают и судорожные явления. В дальнейшем развиваются параличи и парезы конечностей.

Лечение менингококкового

менингита

- Обычно начинают с антибиотиков (защищённые пенициллины). В связи с тем что они плохо проникает через гематоэнцефалический барьер, следует вводить внутримышечно в массивных дозах. Интервалы между введением пенициллинов не должны превышать 4 часов. Детям первых месяцев жизни антибиотики следует вводить каждые 2—3 часа (М. Б. Цукер).

Стафилококковый менингит

- Часто лечат комбинацией из 2—3 антибиотиков (пенициллин, левомецетин, сигмамицин).
Длительность лечения в каждом отдельном случае зависит от тяжести течения болезни.
- Антибиотики отменяют при стойкой нормализации температуры, исчезновении менингеальных симптомов и санации ликвора.

Лечение (продолжение):

- Наряду с антибиотиками в зависимости от клинических проявлений болезни применяют и другие виды терапии:
- Для борьбы с токсикозом используют капельное введение жидкости, переливание плазмы.
- При повышении внутричерепного давления применяют дегидратирующие средства: сульфат магния, диакарб, фуросемид и др.

Лечение (продолжение):

- При наличии судорожных припадков назначают противосудорожные средства.
- Двигательное возбуждение, беспокойство купируют психофармакологическими средствами: аминазин 1—2 мг на 1 кг веса и транквилизаторы (триоксазин и др.) в дозах, соответствующих возрасту. Детям дошкольного возраста начинают лечение с 1/4 таблетки триоксазина 2 раза в день и постепенно увеличивают до 1/2—1 таблетки 2 раза в день.

Серозный менингит



Серозный менингит

- При серозных менингитах морфологический субстрат менее грубый. Наблюдаются только гиперемия и отек мягких мозговых оболочек.
- Психические нарушения у больных серозным менингитом выражены не так резко и ограничиваются головной болью, повышенной возбудимостью, явлениями астении.
- Течение менингита более доброкачественное.

Первичные серозные менингиты

- Обусловлены определенными вирусами (острый лимфоцитарный хориоменингит, описанный Армстронгом, Коксаки и ЕСНО).
- Эти заболевания часто возникают в виде массивных эпидемических вспышек.
- Менингеальные симптомы обычно нестойкие, проходят в течение нескольких дней.

Первичные серозные менингиты

- Заболевание начинается остро, с подъема температуры, головной боли и рвоты. Головные боли очень мучительные, сопровождаются неприятными ощущениями в глазных яблоках.
- Исключительно благоприятный эффект дает люмбальная пункция, так как давление спинномозговой жидкости у этих больных повышено до 300—400 мм вод. ст.

Вторичные серозные менингиты

- Возникают при тифе, пневмонии, гриппе.
- В подавляющем большинстве случаев протекают менее тяжело.
- Соответственно этому в клинической картине наблюдаются лишь астения при повышенной эмоциональной возбудимости и раздражительности, жалобы на головные боли.
- Помрачение сознания диагностируется редко, но при тщательном наблюдении можно выявить нерезко выраженную оглушенность, замедленность мышления.

Паротитный менингит

- Особой формой серозных менингитов является паротитный менингит (реже менингоэнцефалит).
- Экспериментальными данными установлено, что эпидемический паротит вызывается особым фильтрующимся вирусом, имеющим большую нейротропность.
- Хронологическая связь мозговых явлений с воспалением околоушной железы может быть различной — мозговые симптомы возникают и до, и после опухания околоушных желез и одновременно с ними.

Паротитный менингит

- Исследованиями советских невропатологов (М. Б. Цукер, В. И. Фрейдков, С. Э. Гансбург, И. В. Вовненко) было показано, что клиническая картина паротитных менингитов и менингоэнцефалитов имеет ряд характерных особенностей:
- резкие головные боли при умеренных и слабо выраженных менингоэнцефалитических симптомах,
- многократная рвота,
- боли в животе, обусловленные вовлечением в болезненный процесс поджелудочной железы.

Картина психических

расстройств:

- Характерной для этой формы является:
- резкие степени помраченного сознания отмечаются только при бурном развитии болезни.
- Во всех остальных случаях наблюдаются вялость, сонливость.
- Дети спят в течение целого дня, пробуждаясь лишь для приема пищи или отправления естественных надобностей. Разбуженные, они дают себя осмотреть, съедают предложенную пищу, но снова быстро засыпают.
- В отличие от туберкулезного менингита эта сонливость не сопровождается помрачением сознания, негативизмом и резкой сенсорной гиперестезией.

Картина психических расстройств:

- Пароксизмальные сенсорные расстройства при паротитном менингоэнцефалите проявлялись в приступообразных ангионевротических отеках вокруг глаз, сужении глазной щели, опускании век и легком экзофтальме.
- Приступы начинаются остро, сопровождались головной болью, сенсорными расстройствами и заканчивались через 1—2 часа, не оставляя после себя резидуальных явлений.
- Уже по окончании приступа больные рассказывали, что всё окружающее казалось им изменившимся: предметы представлялись то большими, то маленькими, в глазах двоилось, трудно было писать (строчки сползали, буквы двигались и т. д.).

Лечение

- В основном сводится к применению дегидратирующих средств, так как у больных часто повышено внутричерепное давление. Для этих целей используют 25 % раствор сульфата магния (в виде внутримышечных инъекций). Назначают также внутрь препараты с диуретическим действием: диакарб 0,1—0,25 г, фуросемид 0,001 г на 1 кг веса. Дегидратирующее лечение проводят в течение 7—10 дней.

Туберкулезный менингит

- Клиническая картина психических расстройств при туберкулезном менингите у детей описана М. И. Лapidесом. На 7—12-й день болезни у подавляющего большинства больных отмечается та или иная степень оглушенности.
- Большая степень оглушенности, исключая контакт с окружающим миром, указывала на резкую интоксикацию центральной нервной системы и являлась прогностически плохим признаком.



Туберкулезный менингит

- Больные были вялыми, малоподвижными, односложно отвечали лишь на вопросы, предложенные в настойчивой форме.
- С началом лечения у большинства больных сознание постепенно прояснялось. С каждым днем дети делались более живыми и активными.

Туберкулезный менингит

- Следующими по частоте симптомами были онейроидные расстройства сознания.
- Характерна их сравнительная непродолжительность (от нескольких минут до 2—3 часов), массивность зрительных, а иногда и слуховых галлюцинаций, фантастичность и яркость переживаний.
- В отдельных случаях имелись делириозные расстройства сознания с яркими галлюцинациями, страхом и двигательным возбуждением.



Туберкулезный менингит

- В более тяжело протекающих случаях и в состояниях ухудшения отмечались также аментивные состояния со спутанностью сознания, двигательным возбуждением.
- Нередко наблюдались отдельные галлюцинации, преимущественно зрительного характера. Больные видели животных и насекомых.
- Особенно часто галлюцинации возникали ночью, перед засыпанием (гипнагогические) или днем при пробуждении (гипнопомпические).

Туберкулезный менингит

- Нередкими были сенсорные нарушения в форме микро- и макропсий, метаморфопсий, нарушения схемы тела.
- В отдельных случаях отмечался «симптом неузнавания»: дети в течение короткого периода не узнавали находящихся около них родных, мать принимали за тетку, знакомую и т. д.
- Аффективные расстройства проявлялись в форме эмоциональной неустойчивости, страхов, тревожной тоскливости, иногда с переживанием чувства неминуемой гибели.
- Значительно реже наблюдалась эйфория.

Отдалённые проявления при туберкулёзном менингите

- При катamnестическом обследовании 92 детей, перенесших туберкулёзный менингит и леченных стрептомицином, получены следующие данные:
- - 70 детей успешно учатся, у них не обнаруживается никаких дефектов со стороны психики кроме некоторой астении и повышенной эмоциональной возбудимости (лабильность, обидчивость, колебания настроения);

Отдалённые проявления при туберкулёзном менингите

- - у 12 детей появились психопатоподобные расстройства — психомоторная расторможенность, бестактность, грубость, повышение влечений, снижение критики при формальной сохранности интеллекта;
- - у 10 детей обнаружены интеллектуальный дефект (недостаточность осмысления, инертность мышления, резкое снижение памяти) и грубые нарушения со стороны эмоционально-волевой сферы (утрата привязанности к близким, отсутствие чувства стыда).

Отдалённые проявления при туберкулёзном менингите

- В двух последних группах преобладали дети с более тяжёлым течением туберкулёзного менингита, более выраженными очаговыми симптомами, повторными инсультами и субарахноидальными кровоизлияниями.
- Начало лечения стрептомицином в этих случаях более позднее (с 14—15-го дня болезни).
- В настоящее время при своевременном распознавании туберкулёзного менингита и усовершенствованных методах лечения частота выраженных психозов резко уменьшилась.
- Обычно эти психозы развиваются лишь тогда, когда лечение начинают после 10-го дня болезни.

менингита.

- Стрептомицин вводят внутримышечно из расчета 0,02—0,03 г в сутки на 1 кг веса больного. Метод одномоментного введения суточной дозы создает в крови необходимую концентрацию препарата, препятствует выработке устойчивости к нему микобактерий (М. Б. Цукер).
- Одновременно вводят десенсибилизирующие антигистаминные препараты (димедрол, супрастин),
- а также противогрибковые препараты (нистатин и др.).
- При длительном применении стрептомицина делают перерывы, увеличивают дозировку других противотуберкулезных препаратов (фтивазид, изониазид, метазид).

Лечение туберкулезного менингита



- Детям в возрасте до 3 лет эти препараты вводят из расчета 90 мг на 1 кг веса в сутки (в 3 приема), детям старше 3 лет — 30—50 мг на 1 кг веса. ПАСК оказывает бактериостатическое действие. Дозы его 0,2—0,4 г на 1 кг веса.
- При явлениях гипокортицизма проводят терапию кортикостероидами.

Лечение туберкулезного менингита

- В случае возникновения признаков гипертензии следует назначить дегидратационное лечение.
- При судорожных состояниях показана противосудорожная терапия.
- Необходимо соблюдать полноценную диету.
- Противорецидивные курсы обычно проводят фтивазидом.

Лечение туберкулезного менингита

- При наличии выраженных психических нарушений применяют и психофармакологические средства: при психомоторном возбуждении — аминазин, левомепромазин (тизерцин), при депрессивных состояниях, страхах — амитриптилин (триптизол), мепротан, хлордиазепоксид (элениум), диазепам (седуксен) в дозах, соответствующих возрасту.

Энцефалиты

- При энцефалитах картина психических расстройств более разнообразна, чем при менингитах, что объясняется большим количеством вариантов заболевания. Наиболее адекватна для детской клиники **классификация энцефалитов**, предложенная советскими авторами (Д. С. Футер, М. Б. Цукер):

- **Первичные:**

- 1) энцефалиты с известным вирусом:

- первичные сезонные энцефалиты

- первичные вирусные энцефалиты без четкой сезонности

- 2) энцефалиты с неизвестным вирусом.

- К первичным энцефалитам без четкой сезонности относятся и энтеровирусные энцефалиты (Коксаки и ЕСНО), а также энцефалиты, вызванные вирусом герпеса, и бешенство.

- При **вторичных** энцефалитах, которые М. Б. Цукер рассматривает как аллергические, различные клинические формы выделяются по этиологическому признаку: энцефалит коревой, энцефалиты при ветряной оспе, краснухе, скарлатине и других экзантемных инфекциях.

Психопатологические проявления при клещевом энцефалите

- Установлено, что в начальных стадиях заболевания как у взрослых, так и у детей часто наблюдаются церебрастенические состояния с явлениями повышенной возбудимости, эмоциональной лабильности.



- Основные же психические расстройства у детей отмечаются главным образом в острой стадии: заболевание начинается резким подъемом температуры, сильной головной болью, частой рвотой. Дети жалуются на общее недомогание, боли в конечностях. В этом периоде могут иметь место и эпилептиформные припадки. Измененное сознание наблюдается иногда уже в первые часы болезни. Наряду с различной степенью оглушенности часто возникают делириозные, онейроидные, а в продвинутой стадии заболевания — аментивные состояния, расстройства сознания и состояния речедвигательного возбуждения. При дальнейшем течении болезни дети крайне вялы, апатичны, безынициативны, Речь их тихая, маломодулированная, ответы односложные. Наряду с вялостью наблюдается раздражительность, нетерпеливость.

- Наиболее распространенной и типичной формой клещевого энцефалита у детей (как и у взрослых) является **полиомиелитическая**, при которой развиваются вялые атрофические параличи мышц шеи и плечевого сустава.



- В начальном периоде почти всегда отмечаются умеренно выраженные менингеальные симптомы.
- Продолжительность лихорадочного периода в среднем 5—7 дней.
- У детей и подростков чаще, чем у взрослых, наблюдается синдром Кожевниковской эпилепсии — постоянные, большей частью клонические судороги в определенных мышечных группах. Периодически возникают развернутые эпилептические припадки.
- У детей клещевой энцефалит нередко принимает хроническое течение.

- Б. Н. Серафимов различает в хронической стадии клещевого энцефалита следующие формы:
- 1) постэнцефалитическая церебрастения;
- 2) дистимическая;
- 3) кожевниковская эпилепсия с типично эпилептическими изменениями психики;
- 4) психосенсорная;
- 5) шизофреноподобная с параноидным синдромом.

Лечение.

- В острой фазе применяют специфическую серотерапию (специфический гамма-глобулин по 5—6 мл ежедневно или через день в течение нескольких дней). Некоторые авторы в остром периоде вводят гипериммунную лошадиную сыворотку по методу Безредко. При хронических формах проводят дегидратацию путем внутримышечных инъекций 25 %-ного сульфата магния по 3—10 мл (в зависимости от возраста), внутривенные вливания 40 %-ного раствора глюкозы по 10—20 мл с 5 %-ным раствором аскорбиновой кислоты в дозе, соответствующей возрасту, преднизолон — 20—30 мг в сутки.

Лечение.

- Психофармакологические средства при энцефалитах применяют в зависимости от психопатологической картины болезни.
- При состоянии двигательного возбуждения назначают 25 %-ный раствор аминазина в дозах 1 мл на 1 кг веса, при состояниях апатии и вялости — стимулирующие средства и антидепрессанты.
- При невротоподобных состояниях (эмоциональная лабильность, тревожность, склонность к страхам) применяют транквилизаторы (триоксазин, хлордиазепоксид). При наличии судорожных припадков показаны антисудорожные средства, литические смеси.

Бешенство

- Наиболее тяжелым энцефалитом, всегда протекающим с психическими расстройствами, является бешенство. Инфекционный агент здесь обнаруживает особую избирательность действия на нервную систему.
- Инкубационный период данной инфекции сравнительно длинный — от 2—3 недель до 2—3 месяцев (в отдельных случаях более года).

Клиническая картина

Различают три стадии:

- **Первая (продромальная) стадия** выражается в чувстве общего недомогания, подавленности, неопределенного безотчетного беспокойства и страха. Нередко уже в этой стадии повышена чувствительность к разным раздражителям, главным образом к малейшему дуновению воздуха (аэрофобия).
- **Вторая стадия** начинается с повышения температуры и головных болей. Двигательное беспокойство и агитация нарастают. Больные депрессивны, испытывают страх смерти, уверены в неминуемой гибели.

- Характерна водобоязнь (гидрофобия). Даже представление о воде вызывает у больного судорожные спазмы в гортани, состояние удушья, сопровождающееся иногда двигательным возбуждением. Испытывая жажду, больной отказывается пить. В этой стадии часто наблюдаются делириозные и аментивные состояния. Нередки судороги, расстройства речи, повышенная саливация, тремор.
- В третьей стадии (паралитической) наступают парезы и параличи конечностей. Усиливаются нарушения речи. Нарастает состояние оглушенности, переходящее в сопор. Смерть наступает при явлениях паралича сердца и дыхания.

Пат. анатмия

- При патологоанатомическом исследовании обнаруживают резко выраженную гиперемию мозговых оболочек, мелкие кровоизлияния, а при микроскопическом исследовании — воспалительные и дистрофические явления, преимущественно в стволовой части мозга.

Детские особенности

- У детей те же основные признаки заболевания, что и у взрослых, но депрессивные состояния у них рудиментарны, тоска выражена нерезко. Относительно чаще возникает угнетение сознания, оглушенность быстро переходит в сопорозное состояние, наблюдаются и судорожные явления. Течение болезни у детей более быстрое и катастрофическое, продромальная стадия более короткая.

Длительное течение

- Более длительное течение болезни было у больных, подвергавшихся лечению иммунной сывороткой и сном. Амита́л-натриевый прерывистый сон снимает ряд тяжелых депрессивных состояний у этих больных. Наряду с этим отмечаются характерные для амита́л-натриевого токсикоза осложнения в форме расторможенности, эйфории и галлюцинаторных переживаний.

Спасибо за
внимание!