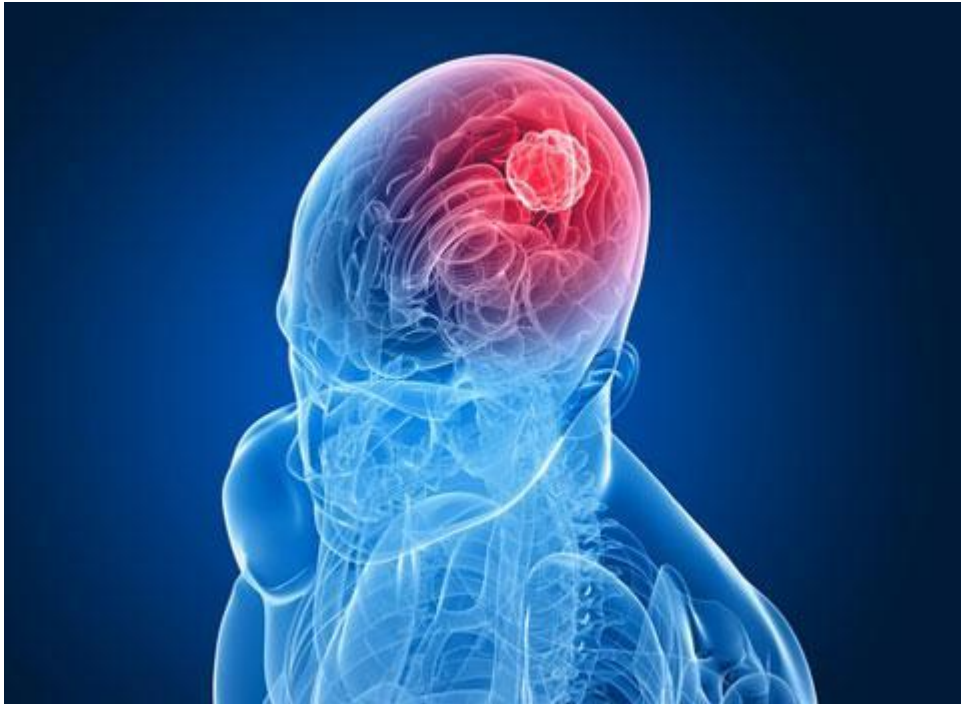




ТАҚЫРЫБЫ: МИ ИНФЕКЦИЯЛАРЫ МЕН ІСІКТЕРІ КЕЗІНДЕГІ ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАР

Орындаған: Сейтқожанова А.
Қабылдаған: Мұратбаева А.Б.
Факультеті: ЖМ
Курс: 5
Тобы: 41-02

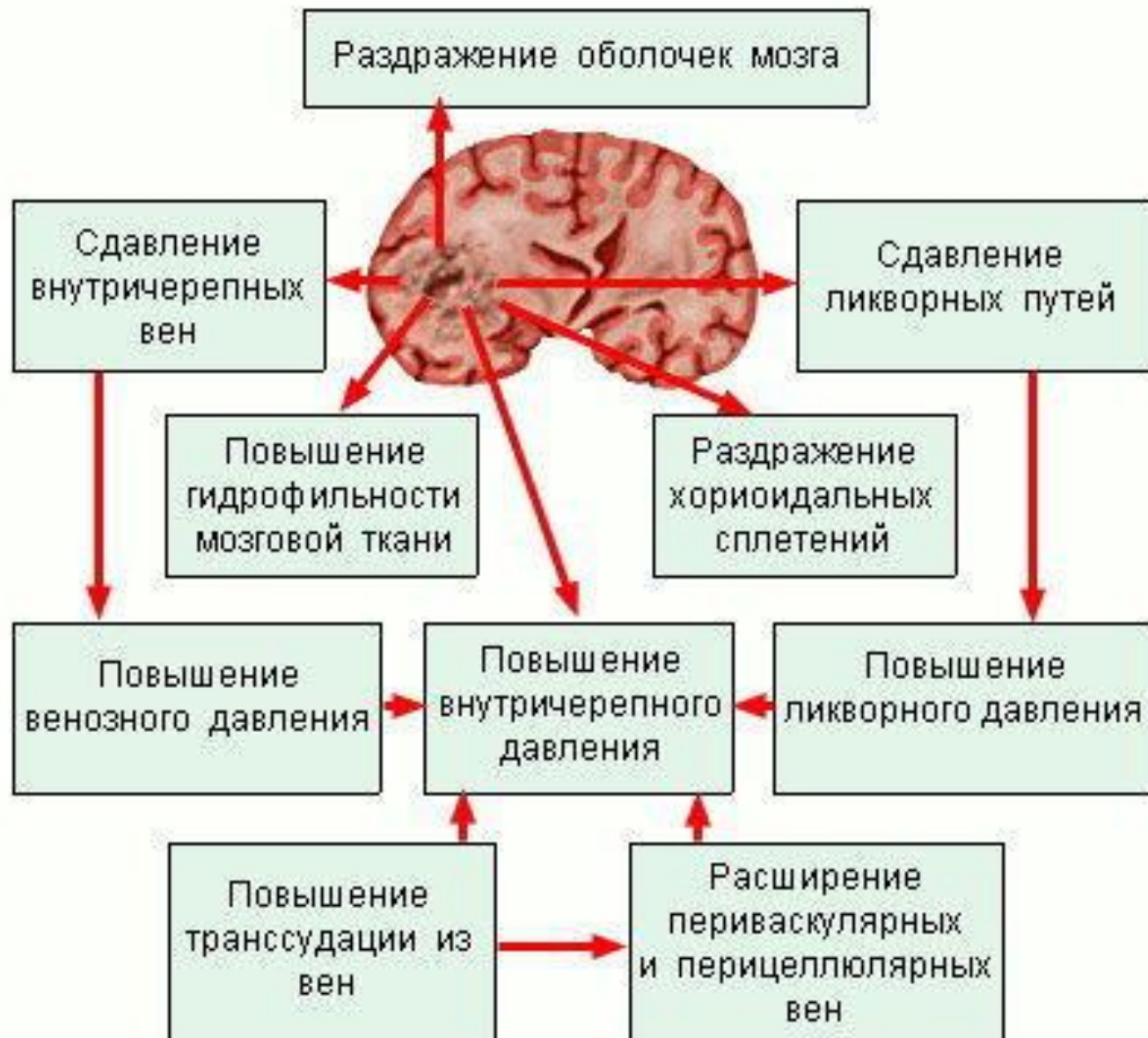


Психические расстройства не принадлежат к числу основных проявлений церебральных опухолей, но встречаются при них сравнительно часто (50—80 % случаев).



Психические расстройства при опухолях головного мозга многообразны, это почти все описанные в психиатрии продуктивные и негативные синдромы. Психотическим расстройствам свойственны изменчивость, фрагментарность («мерцающая симптоматика»), но могут встречаться и затяжные психопатологические изменения.





- В опухолевой ткани *детей* преобладают процессы активной жизнедеятельности (склонность к кистообразованию, отложению извести в опухолевой ткани), а у пожилых — пониженная опухолевая активность (склонность к разрастанию в опухолевой ткани соединительнотканной стромы, обеднение васкуляризации с уменьшением числа капилляров, формирование очагов некроза в аденомах гипофиза, невриномах, менингиомах).



- Это объясняется старческими изменениями мозга: оболочки утолщаются, масса мозга к 70 годам (по сравнению с его массой в 20—30 лет) снижается в среднем на 10 %, а к 80 годам — на 14 %, увеличивается плотность его ткани, уменьшается количество воды, мозг атрофируется, его извилины истончаются, расширяются субарахноидальные пространства. У 80-летних объем желудочков по отношению к объему черепа увеличивается в 4—5 раз, число нейронов уменьшается до 40 % [Ромоданов А. П., 1995].





КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- При опухолях мозга преобладают психические расстройства экзогенно-органического регистра. Кроме того, наблюдаются психопатоподобные изменения личности, аффективные расстройства и изредка (1—4 % всех случаев психических изменений) «шизоформные», т. е. галлюцинаторно-параноидные, психозы. Психопатологическая симптоматика, как правило, развивается позднее неврологических признаков опухолевого процесса. Однако неоднократно описаны случаи манифестации заболевания психическими расстройствами.

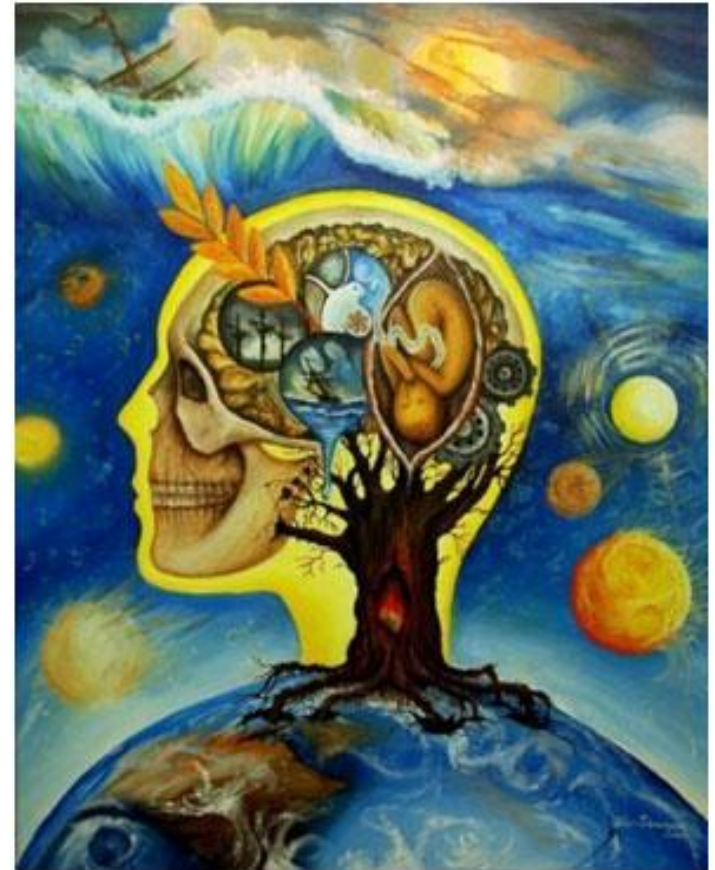


□ **Сновидения** отмечены у 37,4% больных с опухолями больших полушарий, у 62,5% -гипофиза, у 72,8% -мозжечка, у 60% -ствола мозга (Касаткин В.Н., 1972). Они наблюдаются чаще при правополушарных (53%), реже при левополушарных (32%) опухолях.



□ *Изменения сознания*

подвергаются колебаниям, спонтанным и под влиянием дополнительных факторов (отек мозга, нарушение ликворообращения или токсическое воздействие), и интенсивность психопатологических нарушений, как правило, также колеблется.





- Состояния **оглушенности** различной степени наблюдаются чаще всего. Способность к сосредоточению у больных снижается. Они с трудом фиксируют внимание, нередко требуется неоднократное и громкое повторение вопросов; затрудняется восприятие и осмысление всего происходящего вокруг. Все психические процессы замедлены и затруднены; больные говорят медленно, с трудом подыскивая слова, персеверируют. Нарастают вялость и безучастие; больные быстро устают и перестают реагировать на внешние раздражители. Предоставленные самим себе, они впадают в полудремотное состояние, из которого выходят только на короткое время при настойчивом повторном обращении к ним.



▣ *Ослабевает* память, в первую очередь запоминание и репродукция нужного в данный момент материала; нарушается ориентировка, особенно хронологическая. Наблюдается бедность, замедленность моторики и мимики. Возможны иллюзорные искажения восприятий.



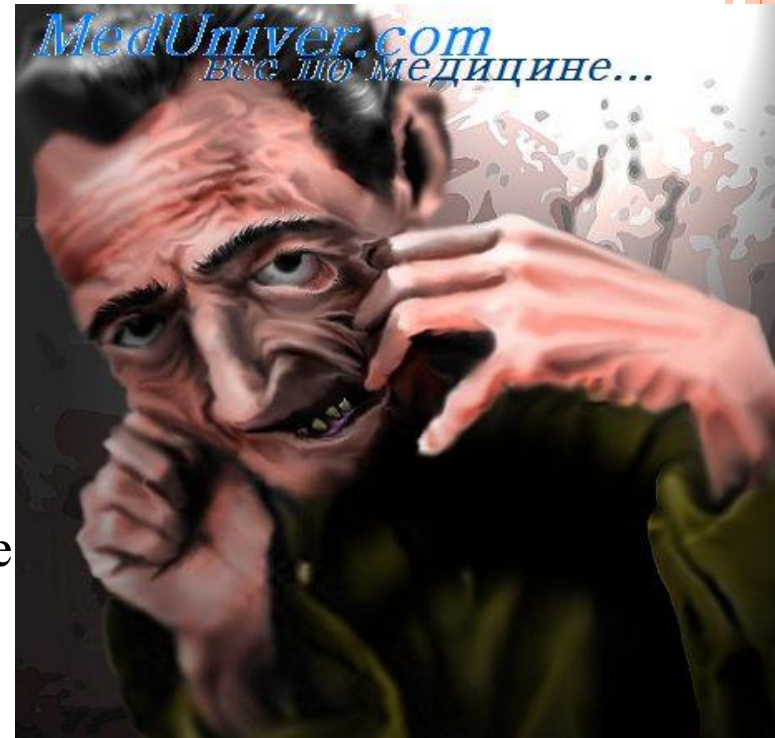
- На поздних этапах заболевания при постепенном нарастании признаков повышенного внутричерепного давления картина **помраченного сознания** перерастает в *сопор*, а затем в кому, обычно предшествующую летальному исходу. Под влиянием различных факторов (разрушение, сдавливание или смещение мозга опухолью, кровоизлияние в опухоль, резкое повышение внутричерепного давления, нарушение ликворо- и кровообращения, отек или набухание мозга) возможны и внезапные переходы оглушенности в бессознательное состояние.



- Под влиянием тех же факторов отмечаются *пароксизмальные расстройства*: остро возникающие состояния глубокого оглушения или потери сознания, а также острые психотические эпизоды.



- Сравнительно **редки делирии**, аментивная спутанность, острое (эпилептиформное) возбуждение, сумеречные состояния, онирические (сноподобные) картины и так называемые особые состояния, которым сопутствуют вестибулярные нарушения, искажение пространственного восприятия, нарушения схемы тела и другие психосенсорные и деперсонализационные расстройства. Перечисленные острые (пароксизмальные, транзиторные) психотические состояния развиваются чаще у больных позднего возраста и становятся причиной госпитализации в психиатрические больницы.



- Психические расстройства приобретают сходство с **корсаковским (амнестическим) синдромом**: нарастающие расстройства памяти, в первую очередь в виде нарушения запоминания и памяти на недавние события, постепенная утрата и более старых запасов памяти, возникновение конфабуляторных расстройств.



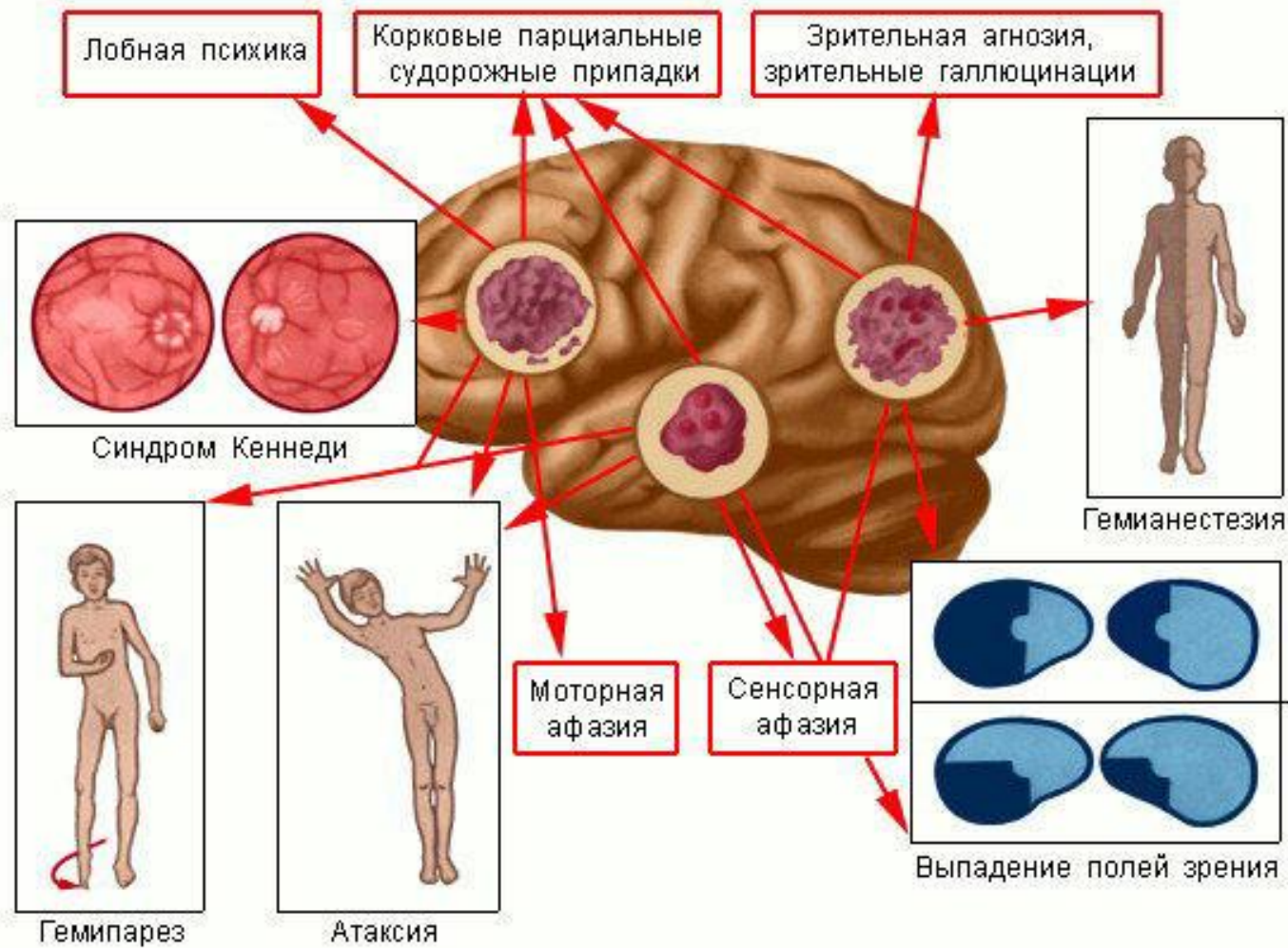
- Сначала нарушается **ориентировка** во времени и хронологическая последовательность событий, но постепенно эти расстройства нарастают до **амнестической дезориентировки**, иногда **с ретро- и антероградной амнезией**. Усиливаются расстройства внимания, ассоциативной деятельности и возможности сосредоточиться, сужается объем восприятий, снижается четкость представлений и понятий.



- Одновременно наблюдаются **аффективные изменения**: сначала повышенная аффективная лабильность, позднее нарастает аффективное притупление. Развиваются также **различные личностные изменения**: то раздражительность, несдержанность и повышенная возбудимость, то вялость, безразличие, апатия, то беспечность со снижением критики к своему положению.



НЕКОТОРОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОРИЕНТИРОВОЧНОЙ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ.





- При опухолях этой же локализации описаны и особые, входящие в **эпилептический синдром**, обонятельные и вкусовые **галлюцинаторные пароксизмы** (так называемый симптом крючковидной извилины) **или сновидные изменения сознания** (с деперсонализационными расстройствами, переживанием «уже виденного» зрительными и слуховыми галлюцинациями) в начале психомоторного припадка.



- Выделяется также группа психических изменений, преобладающих при опухолях глубинных отделов мозга. При опухолях мозгового ствола наряду с резким повышением мышечного тонуса и симптомами **паркинсонизма** описывались явления сниженной реактивности, отсутствие инициативы, своеобразная назойливость (акайрия), а также эмоциональная лабильность, отвлекаемость, импульсивность, расторможенность влечений и аффектов. Отграничение такой расторможенности от психических изменений при лобных опухолях представляет значительные трудности.



□ *Корсаковский синдром* нередко наблюдается при опухолях мезодиэнцефальной области, в частности при опухолях III желудочка. Отмечено также преобладание сонливости, апатии, снижения психической активности (побуждений) и депрессивных состояний с вялостью у больных с опухолями межучного мозга. При опухолях мезэнцефально-гипофизарной области также описаны маниакальные состояния с повышенным эмоциональным фоном и расторможенностью.



- **Корсаковский синдром** сочетает в себе расстройство памяти относительно текущих событий (иначе говоря, фиксационная амнезия), нарушение ориентировки во времени, местности и наличие ложных воспоминаний. Возникает при тяжелых интоксикациях, хронической алкогольной интоксикации, дефиците витамина В, инфекционных заболеваниях, разных видов гипоксии, опухоли головного мозга, нарушении кровообращения мозга, при получении черепно-мозговых травм.



- ▣ *Эпилептические расстройства* наблюдаются при опухолях различной локализации. Кроме генерализованных и фокальных припадков, относящихся к неврологической симптоматике опухолей, отмечены и характерные психические эпилептические изменения, сходные с таковыми при генуинной эпилепсии. Отмечаются дисфорические состояния, склонность к экстазу, типичные изменения личности и поведения, а также мышления (вязкость, замедленность, обстоятельность).





- В редких случаях, особенно при глубинных опухолях, наблюдались также *депрессивные и маниакальные картины*; преходящие маниакальные состояния описаны при раздражении переднего отдела III желудочка во время нейрохирургических операций.



- Полиморфизм клинической картины зависит от сочетания таких факторов как:
- 1.общемозговые симптомы;
- 2.менингеальных, сосудистых, токсических факторов;
- 3.особенностей темпа роста опухоли;
- 4.локализации поражения;
- 5.степени кахексии;
- 6.возраста больного;
- 7.особенностей преморбидной личности.



ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

- **1. Тщательное неврологическое обследование**, включая развернутое офтальмологическое исследование остроты, полей зрения и глазного дна.
- **2. Основное значение для выявления опухоли, ее топики, а порой и гистоструктуры имеют современные методы нейровизуализации – КТ (компьютерная томография) , МРТ (магнитно-резонансная томография) , ангиография и др., а также радиоизотопные методы и специальные нейрохирургические операции – стереотаксическая биопсия, вентрикулоскопия.**



- ▣ **3. Электроэнцефалографии (ЭЭГ)** применяется для выявления очаговых нарушений биопотенциалов мозга и/или оценки тяжести нарушений деятельности мозга в целом.
- ▣ **4. Рентгенография** позволяет выявить вторичные признаки внутричерепной гипертензии и иногда вызванные опухолью локальные изменения костей черепа. Существенного диагностического значения не имеет и в нейроонкологии используется редко.



- ▣ **5. Ультрасонография** применяется у детей с незакрытыми родничками. Обеспечивает хорошее качество диагностики, в том числе внутриутробной. Возможности применения лимитированы возрастом больных (обычно до 1 года).



- ▣ **6. Люмбальная пункция.** Используется для измерения давления и лабораторного анализа ликвора, но с диагностической целью в нейроонкологии в настоящее время практически не применяется. Следует помнить, что при многих опухолях и повышенном внутричерепном давлении люмбальная пункция может вызвать дислокацию и вклинение мозга и поэтому, без особых показаний, ее лучше не делать.



ПРОГНОЗ

- психических изменений при опухолях мозга зависит от прогноза основного заболевания. Если удаление опухоли невозможно, то прогноз неблагоприятен. Динамика психических изменений после полного или частичного удаления опухоли различна. Возможно полное обратное развитие психических изменений, но наблюдаются и резидуальные психические нарушения в виде снижения уровня личности и интеллектуальной деятельности.



- Описаны и психические расстройства, впервые возникающие во время или после нейрохирургических операций по поводу опухоли мозга. После тяжелых, травматичных операций могут развиваться психические нарушения, дебютирующие расстройствами сознания; затем они переходят в амнестический синдром и могут привести к остаточному органическому дефекту.



ЛЕЧЕНИЕ

□ 1. нейрохирургическое вмешательство



□ 2. симптоматическое лечение



противосудорожные





транквилизаторы



нейролептики