

Экзогенно-органические и симптоматические психические расстройства

Профессор О.Ю. Ширяев
Лек. №14

Экзогенно-органические психические расстройства (ЭОПР) –

группа психических расстройств,
вызванных опосредованным/ прямым
повреждающим воздействием на
вещество головного мозга
*(инфекционные болезни мозга, ЧМТ,
опухоли, хронические церебро-васкулярные
расстройства)*

Психоорганический синдром (клинические проявления)

По А.В.Снежневскому (1983 г.):

- 1. нарушение способности к запоминанию**
- 2. крайняя рассеянность**
- 3. амнезия ближайшего прошлого**
- 4. уменьшение объема и четкости восприятия**
- 5. оскудевание представлений и понятий**
- 6. бестолковость**
- 7. слабость суждений**
- 8. нарушения адаптации**
- 9. полное/частичное отсутствие критики**

Формы психоорганического синдрома

- ***Астеническая***
- ***Эксплозивная***
- ***Эйфорическая***
- ***Апатическая***

Методы специального обследования

- нейрофизиологические методы
 - электроэнцефалография
 - реоэнцефалография
 - эхоэнцефалография.
- нейрорентгенологическое обследование
 - краниография
 - ангиография сосудистой системы мозга
 - компьютерная томография головы
 - позитронно-эмиссионная томография
- исследование спинномозговой жидкости
 - люмбальная пункция
 - реакция Ланге
 - Серологические реакции

K. Bonhoeffer (1908-1912)

- Теория «**экзогенного типа реакций**»: на разнообразные внешние вредности головной мозг может отвечать лишь ограниченным числом неспецифических психопатологических реакций
- Наличие «**промежуточного звена**» в виде токсических продуктов, возникающих в организме под действием внешних болезнетворных факторов
- Экзогенные реакции:
 - ✓ делирий;
 - ✓ аменция;
 - ✓ эпилептиформное возбуждение;
 - ✓ сумеречное состояние;
 - ✓ острый галлюциноз (1915).
- Могут также быть:
 - ✓ аффективные;
 - ✓ амнестические (Корсаковский синдром);
 - ✓ параноидные.

Бессудорожные пароксизмальные расстройства

- 1. аффективные пароксизмы**
 - 1. страхи**
 - 2. дисфории**
 - 3. депрессии**
 - 4. экстатические**
- 2. сумеречные расстройства**
 - 1. классические**
 - 2. амбулаторные автоматизмы**
 - 3. сомнабулизмы**
 - 4. особые состояния сознания**
- 3. сенсорные пароксизмы**
 - 1. зрительные**
 - 2. слуховые**
 - 3. тактильные**
 - 4. обонятельные**
 - 5. вкусовые**
- 4. психосенсорные расстройства**
 - 1. расстройства «схемы тела»**
 - 2. метаморфопсии**
- 5. идеаторные пароксизмы**
 - 1. ощущения пустоты в голове**
 - 2. насильственные мысли**
 - 3. навязчивые идеи**
 - 4. бредовые идеи**
- 6. абсансы**
- 7. пароксизмальные расстройства памяти**
 - 1. уже виденного**
 - 2. не виденного**
- 8. пароксизмальные расстройства сна**
 - 1. нарколепсия**
 - 2. каталепсия**
- 9. висцеровегетативные пароксизмы**

Черепно-мозговые травмы

- сотрясения (коммоции),
- ушибы (контузии),
- сдавления (компрессии).

Этапы динамики травматических повреждений головного мозга

- начальный, или острейший;
- острый, или вторичный;
- реконвалесценции, или поздний,
- этап отдаленных последствий, или резидуальный

Динамика психических нарушений при ЧМТ

- Начальный период
 - кома
 - сопор
 - оглушение
- Острый период
 - делирий
 - эпилептиформное возбуждение
 - сумеречное помрачение сознания
- Период реконвалесценции
 - подострые травматические психозы
 - затяжные травматические психозы.
- Отдалённый период
 - различные варианты психоорганического синдрома в рамках травматической энцефалопатии.

Варианты расстройств на отдаленном этапе ЧМТ

- а) травматическая церебрастения,
- б) энцефалопатия (включает различные варианты психопатоподобных нарушений),
- в) эпилептиформные пароксизмальные расстройства травматического генеза,
- г) травматическое слабоумие.

Признаки, свидетельствующие о благоприятном прогнозе при ЧМТ

- 1) полное стихание основного активного травматического процесса и его осложнений, отсутствие выраженных общемозговых нарушений;
- 2) локальность поражения и парциальность дефекта психики (изолированные явления выпадения, единственный синдром или нерезко выраженные изменения психики);
- 3) сравнительная сохранность интеллекта и социальная трудовых установок личности;
- 4) молодой возраст больного;
- 5) отсутствие тяжёлых сопутствующих нервных и соматических заболеваний, выраженных черт психопатии у больного до травмы;
- 6) своевременное привлечение к труду в соответствии с интересами больного и в доступной профессии.

Группы психических расстройств при сосудистых заболеваниях

- 1) нарушения так называемого непсихотического уровня в виде астенической, неврозоподобной (неврастеноподобной, астеноипохондрической, астенодепрессивной) дисфорической и другой симптоматики и личностных изменений.
- 2) сосудистые психозы, имеющие клиническую картину различных вариантов помрачения сознания, галлюцинаторных, галлюцинаторно-параноидных, параноидных, аффективных и смешанных расстройств.

Психические нарушения при атеросклерозе мозговых артерий

- нарушения мышления и памяти,
- эмоциональная несдержанность
- особенности поведения (заострение черт личности)
- атеросклеротическая деменция,

Психические нарушения при гипертонической болезни

- церебральные расстройства.
- неврозоподобная и психопатоподобная симптоматика;
- тревожно-депрессивные и тревожно-бредовые синдромы
- состояния помрачения сознания;
- состояния слабоумия.
- псевдопаралитический статус, напоминающий картину прогрессивного паралича,
- псевдотуморозный синдром, симулирующий клинику опухоли мозга,
- маниакальное состояние

Психические нарушения при гипотонической болезни

- гипотонические кризы, сопровождающиеся головокружениями, резкой слабостью, вазомоторными нарушениями, иногда обморочные состояния
- больные очень часто жалуются на головные боли, головокружения, появляющиеся обычно при переходе, особенно резком, из горизонтального положения в вертикальное, шум в ушах, вялость, повышенную утомляемость
- депрессивные состояния, обычно нерезко выраженные.
- больные становятся тревожными и мнительными, высказывают множество ипохондрических жалоб.
- навязчивые страхи

Нозологические формы первичных дегенеративных процессов

- болезнь Альцгеймера (деменция альцгеймеровского типа),
- болезнь Пика,
- болезнь Паркинсона,
- хорея Гентингтона,
- другие более редкие формы.

Прижизненный диагноз болезни Альцгеймера основан на присутствии следующих облигатных признаков:

1. Наличие синдрома деменции.
2. Развитие множественного дефицита познавательных функций, который определяется сочетанием расстройств памяти с ухудшением запоминания новой и/или воспроизведения ранее усвоенной информации и присутствием признаков, по крайней мере, одного из следующих когнитивных нарушений: афазии (нарушение речевой функции), апраксии (нарушение способности к выполнению двигательной активности, несмотря на ненарушенные моторные функции); агнозии (невозможность распознавать или идентифицировать объекты, несмотря на сохранное сенсорное восприятие); нарушений собственно интеллектуальной деятельности, т.е. планирования и программирования деятельности, абстрагирования, установления причинно-следственных связей и др.
3. Нарушения, как памяти, так и когнитивных функций должны быть выражены настолько, чтобы вызывать снижение социальной или профессиональной адаптации больного по сравнению с ее прежним уровнем.

Прижизненный диагноз болезни Альцгеймера основан на присутствии следующих облигатных признаков:

1. Течение характеризуется постепенным малозаметным началом и неуклонным прогрессированием нарушений когнитивных функций.
2. Отсутствуют данные клинического или специальных параклинических исследований, которые могли бы указать на то, что расстройства памяти и когнитивных функций обусловлены каким-либо другим заболеванием или повреждением центральной нервной системы (например, церебрально-сосудистым заболеванием, болезнью Паркинсона или Пика, хореей Гентингтона, субдуральной гематомой, гидроцефалией и др.), системным заболеванием, о котором известно, что оно может вызывать синдром деменции (например, гипотиреозидизм, недостаточность витамина В12 или фолиевой кислоты, гиперкальциемия, нейросифилис, ВИЧ-инфекция, тяжелая органная недостаточность и др.) или состоянием интоксикации (в том числе медикаментозной).
3. Признаки перечисленных когнитивных нарушений должны выявляться вне состояний помрачения сознания.
4. Анамнестические сведения и данные клинического исследования исключают связь выявляемых расстройств когнитивных функций с каким-либо другим психическим заболеванием (например, с депрессией, шизофренией, умственной отсталостью и др.).

Основные клинические стадии развития болезни Альцгеймера

(Б. Рейсберг)

I. Нормальное состояние.

Объективных и субъективных данных ухудшения познавательных функций не наблюдается.

II. Нормальное состояние для своего возраста. Субъективные жалобы на снижение когнитивных функций.

Затруднение запоминания имен и местонахождения различных объектов по сравнению с запоминанием 5-10 лет назад

III. Начало болезни Альцгеймера

Объективные нарушения выполнения профессиональных и социальных задач. Больной может потеряться, путешествуя в незнакомой местности.

Снижается производительность при выполнении сложных видов работы.

Затруднение в подборе слов и названий предметов в разговоре. Отмечается явная тенденция забывать только что сказанное и повторяться. Когнитивные нарушения часто сопровождаются тревогой.

IV. Легкая форма болезни Альцгеймера

Беседа с пациентом выявляет очевидные когнитивные нарушения (затрагивают память, способность к концентрации внимания и ориентировки).

Явное снижение интереса к деятельности связанной с личной жизнью.

Эмоциональное оскудение, субдепрессивная и депрессивная симптоматика. Больной может жить один, если ему будет предоставлена помощь.

Основные клинические стадии развития болезни Альцгеймера

(Б. Рейсберг)

V. Средняя тяжесть болезни Альцгеймера

Пациенты не могут обслуживать себя без посторонней помощи. Больной не помнит свой адрес, номер школы, где он учился. Больной не помнит текущий год, с трудом концентрирует внимание, считает. Трудно выбрать одежду по погоде.

Наблюдаются депрессия, раздражительность, гневливость. Помощь со стороны, как правило, не принимают, расценивают ее как вмешательство в свою жизнь.

VI. Относительно тяжелая форма болезни Альцгеймера

Больной забывает имя супруга (супруги), события настоящего. Испытывают трудности при обратном счете от 10 до 1. Прогрессирует неспособность одеваться, соблюдать личную гигиену. Купание или пользование туалетом осуществляется с посторонней помощью. Ажитация, гнев, нарушение сна, агрессия и негативизм

VII. Тяжелая форма болезни Альцгеймера

Больные беспомощны.

Речевая активность резко ограничена или полностью отсутствует.

Отсутствует способность к передвижению.

Круглосуточная медико-санитарная помощь на дому.

Классификация видов паркинсонизма

- болезнь Паркинсона,
- вторичный паркинсонизм (сосудистый, лекарственный, посттравматический, постэнцефалитический и др.)
- синдром паркинсонизма при дегенеративных и наследственных заболеваниях ЦНС (стрионигральная дегенерация, прогрессирующий супрануклеарный паралич, болезни Альцгеймера и Пика, хорея Гентингтона, семейная кальцификация базальных ганглиев и др.).

Акинетико-ригидная форма

- акинезия, гипокинезия
- речь тихая, монотонная
- лицо амимичное.
- больные передвигаются мелкими шагами, при ходьбе у них отсутствуют содружественные движения рук.
- явление пропульсии
- ригидность мышц обуславливает характерную позу больного: туловище согнуто вперед, голова наклонена к груди, руки приведены к туловищу и согнуты в локтевых суставах.

Ригиднодрожательная форма

- характерно сочетание мышечной скованности (ригидности) и мелкокоразмашистого дрожания.
- дрожание отмечается в покое, преимущественно в верхних конечностях и исчезает или уменьшается при целенаправленных движениях.
- может наблюдаться дрожание головы (движение по типу «да-да» или «нет-нет»).
- частота - 4-8 колебаний в секунду.

Дрожательная форма

- ведущим симптомом является дрожательный гиперкинез, тогда как гипокинезия и ригидность мышц выражены меньше.
- довольно часто при паркинсонизме возникают расстройства аккомодации, реже - блефароспазм.
- больные тяжело переносят окулогирные кризы (непроизвольная девиация глазных яблок, возникающая чаще при взгляде вверх).

Сенильная деменция

- Начало болезни почти всегда медленное, малозаметное, с характерологических изменений. На инициальном этапе индивидуальные психологические особенности заостряются, а в дальнейшем сглаживаются. Наступают патологические изменения личности, типичные именно для старческого слабоумия (сенильная психопатизация личности). Им свойственны карикатурный эгоцентризм, черствость, скупость, собирательство старых ненужных вещей. Пропадают прежние интересы и увлечения. Одновременно растормаживаются элементарные биологические потребности. Неумеренно усиливается аппетит. Появляется своеобразная гиперсексуальность в виде повышенного интереса к молодым лицам противоположного пола, склонности к разговорам на эротические темы.
- Уже на начальном этапе заболевания возникают признаки *мнестико-интеллектуальной недостаточности*, которая неуклонно нарастает, выступает на первый план и со временем достигает уровня глубокого слабоумия, распада всей психической деятельности.
- Восприятие постепенно становится все более нечетким, расплывчатым. У части больных возникает «сдвиг ситуации в прошлое». Утверждают, что им не 80 лет, а 20, что недавно вышли замуж и имеют малолетних детей. Обстановку больничной палаты принимают за квартиру, и которой когда-то жили. Узнают в окружающих давно умерших родственников, друзей.

Болезнь Пика

- На начальной стадии болезни Пика преобладают *эмоционально-волевые нарушения*. Особенно характерна аспонтанность: безучастность, пассивность, отсутствие внутренних побуждений к деятельности при сохраняющейся способности к действиям под влиянием стимулов извне.
- среди проявлений тотального слабоумия ведущее место занимают *расстройства речи*.
- У части больных развивается маразм.

Клинические формы сифилиса мозга

- Нервно-психические нарушения вследствие поражения оболочек мозга.
- Апоплектиформная форма.
- Эпилептиформная форма сифилиса мозга.
- Галлюцинаторно-параноидная форма.
- Врожденный сифилис

Стадии психических нарушений при прогрессивном параличе

- Начальная («неврастеническая») стадия
- Период расцвета болезни.
- Маразматическая стадия

Формы психических расстройств при прогрессивном параличе

- *Экспансивная (классическая, маниакальная)* встречается довольно редко. Характеризуется появлением маниакального состояния и нелепых идей величия. На фоне благодушно-эйфорического настроения иногда могут внезапно возникать вспышки гнева.
- *Депрессивная форма* по своей клинической картине является противоположностью экспансивной. Больные вялы, подавлены, бездеятельны, нередко высказывают бредовые идеи самообвинения или ипохондрический бред, обычно также нелепого характера.
- *Дементная форма* в настоящее время встречается чаще всего (до 70% всех случаев). На первый план выступает яркая картина общего (тотального) слабоумия. В настроении преобладает либо благодушие, либо вялость, безразличие ко всему окружающему.

Формы психических расстройств при прогрессивном параличе

- *Ажитированная форма* характеризуется резким психомоторным возбуждением, нередко на фоне спутанного сознания.
- *Припадочная форма.* В клинике прогрессивного паралича с самого начала преобладают припадки паралитического инсульта и эпилептиформные судорожные состояния. При преобладании судорожных припадков иногда говорят об эпилептиформной форме прогрессивного паралича.
- *Циркулярная форма* выражается в чередовании маниакального и депрессивного состояний.
- *Параноидная форма* характеризуется появлением бредовых идей преследования, иногда в сочетании с галлюцинациями.
- *Атипичные формы.*

Психические нарушения при СПИДЕ

- Депрессия, нередко выраженная, с идеями самообвинения, вины перед близкими и суицидальными тенденциями. Однако завершённые суициды встречаются нечасто.
- Обсессивно-компульсивные расстройства: навязчивый страх смерти, навязчивые представления о самом процессе умирания, воспоминания о сексуальных партнерах, от которых могло произойти заражение, сопровождающиеся снижением аппетита, порой с выраженной потерей веса.
- Органическая симптоматика: дисфории, психопатоподобные формы поведения с эксплозивностью, гневливостью, агрессивностью, эпилептиформные припадки.
- Психотические расстройства в виде состояний помрачения сознания (делирия, галлюцинозов, острых параноидных психозов, гипоманиакальных и маниакальных состояний).

Формы психических нарушений при инфекционных психозах:

- транзиторные психозы, исчерпываемые синдромами помрачения сознания: делирий, аменция, оглушение, сумеречное помрачение сознания (эпилептиформное возбуждение), онейроид;
- затяжные (протрагированные, пролонгированные) психозы, протекающие без нарушения сознания (переходные, промежуточные синдромы), к которым относятся галлюциноз, галлюцинаторно-параноидное состояние, апатический ступор, конфабулёз;
- необратимые психические расстройства с признаками органического поражения центральной нервной системы - корсаковский, психоорганический синдромы.

Соматогенные психические расстройства

- 1) астенические;
- 2) неврозоподобные;
- 3) аффективные;
- 4) психопатоподобные;
- 5) бредовые состояния;
- 6) состояния помрачения сознания;
- 7) органический психосиндром.

Психические нарушения при внутричерепных опухолях

- головная боль
- нарушения сознания
- особые состояния, возникающие пароксизмально с типичной органической симптоматикой: искаженные пространственные восприятия, метаморфозии, аутометаморфозии (расстройства схемы тела), вестибулярные и деперсонализационные расстройства
- психоорганические расстройства
- приступообразные галлюцинаторные расстройства
- эпилептические расстройства (припадки, абсансы, сумеречные состояния сознания)
- нарушения памяти и ориентировки
- патология аффективной сферы