

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Дисциплина: Неврология

РЕФЕРАТ

Депрессия и гиперкинезы

Выполнила:
ординатор кафедры нервных болезней с
курсом медицинской реабилитации и ПО
Петрова К.О.
Проверила:
Субочева С.А.

План

1. Депрессия

1.1 Эндогенные депрессии

1.2 Психогенная (реактивная) депрессия

1.3 Соматогенная депрессия

2. Гиперкинезы

2.1 Паркинсонический тремор

2.2 Атетоз

2.3 Торзионная дистония

2.4 Хорея

2.5 Гиперкинезы при функциональных заболеваниях нервной системы

Литература

1. Депрессия

Депрессивные состояния широко распространены и разнообразны по клинической картине, требуют своевременной диагностики, дифференциации с целью неотложной терапии при некоторых их вариантах.

Депрессия – состояние пониженного настроения с чувством грусти, подавленности, угнетенности, угрюмости. Часто развивается интеллектуальная и двигательная заторможенность. Выраженность этих расстройств бывает различной и зависит от нозологической принадлежности и тяжести заболевания.

1.1 Эндогенные депрессии

Этот вид депрессий наиболее тяжелый. Больные жалуются, что у них «разрывается сердце», «болит душа», «тоска, как тисками сжимает грудь». Они мало реагируют на окружающее, уединяются, часами просиживают в однообразной согбенной позе, погружившись в свои переживания. Их движения медлительны, на лице застывшее скорбное выражение, взгляд устремлен в одну точку. По своей инициативе больные обычно в беседу не вступают и не обращаются с какими-либо просьбами, часто отказываются от еды. На вопросы они отвечают после длительных пауз, односложно, тихим голосом, иногда шепотом. Смысл вопроса как бы не сразу доходит до сознания больного, и подчас вопрос приходится повторять несколько раз.

Нередко, кроме того, развиваются характерные депрессивные бредовые идеи виновности, греховности, самообвинения и самоуничтожения. Часто развивается «болезненное чувство бесчувствия», когда больные сами говорят об утрате чувств к близким людям, безразличия ко всему окружающему, что вызывает у больных дополнительные страдания.

В одних случаях депрессия сопровождается нарастающей заторможенностью вплоть до развития полной обездвиженности – ступора. В

других – чаще в более пожилом возрасте развивается тревожно-депрессивное состояние или депрессивная ажитация, которые протекают с психомоторным возбуждением: больные мечтают, куда-то стремятся, не могут усидеть на месте. Такие больные наиболее опасны с точки зрения суицидального риска.

Описанные особенности наиболее тяжелых депрессивных состояний не совсем точно называются эндогенными, поскольку развиваются при так называемых эндогенных психозах – маниакально-депрессивном и шизофрении. В первом случае депрессивные фазы часто перемежаются с маниакальными, во втором – чаще сочетаются с бредом и галлюцинациями. Хотя эндогенные депрессии нередко провоцируются психическими травмами, в принципе они могут возникать без отчетливых внешних признаков.

1.2 Психогенная (реактивная) депрессия

В отличие от эндогенной депрессии психогенная всегда возникает после тягостных для больного переживаний, чаще острых психических травм. Хотя считается, что интенсивность депрессивных расстройств в этих случаях меньше, чем при эндогенных депрессиях, опасность самоубийства при этих состояниях достаточно велика. Кроме общих для депрессий признаков, для психогенных депрессий типична отчетливая связь возникновения, течения и завершения приступа с психической «травмой». Поведение и высказывания больных обычно связаны с реальной ситуацией, часто больной гиперболизирует реально существующие жизненные трудности. Другая особенность психогенных депрессий заключается в большой яркости, выразительности, экспрессивности, иногда даже демонстративности эмоциональных проявлений. Характерна также выраженность вегетативных нарушений.

1.3 Соматогенная депрессия

Может возникать при соматических болезнях. Обычно она исчерпывается пониженным настроением, сопровождается заторможенностью или тревогой, однако редко достигающей большой выраженности, как при эндогенных депрессиях. Характерна связь депрессии с выраженной астенией и течением основного заболевания: при улучшении соматического состояния редуцируется депрессия.

Диагноз. Состояние пониженного настроения, тоски, часто сопровождающееся замедленностью мышления и движения, бывает и у здоровых людей в обыденной жизни, развиваясь вследствие житейских неприятностей, психической травмы. И в этих случаях бывают тоскливость, погруженность в свои горестные переживания, медлительность в движениях и речи, однако в психиатрической помощи такие люди обычно не нуждаются. В случаях, когда понижение настроения достигает большой степени и не проходит, а наоборот, усиливается с течением времени, подавленность и тоска становятся более резкими, полностью овладевают сознанием больных – речь идет уже не о физиологической, а о патологической депрессии, часто приобретающей психотический характер и требующей оказания неотложной помощи.

Психогенную депрессию дифференцируют от эндогенной по более отчетливой связи психогенной депрессии с психотравмирующей ситуацией. Содержание психической травмы постоянно сохраняется в депрессивных переживаниях больного. Аналогичные взаимоотношения имеются при соматогенной депрессии, поскольку соматическая патология также может провоцировать и маскировать эндогенную депрессию, а иногда и сосуществовать с нею. Для отграничения соматогенной депрессии важно учитывать прямую связь депрессивной симптоматики с динамикой основного соматического заболевания. Поскольку именно эндогенная депрессия наиболее опасна для жизни больного и требует немедленной неотложной

терапии, ее ранняя диагностика приобретает решающее значение. Следует иметь в виду и такие характерные для эндогенной (психотической) депрессии признаки, как наличие депрессивных фаз в прошлом, а также: а) выраженное чувство тоски, локализующееся в груди, чаще за грудиной; б) чувство «болезненного бесчувствия» в) ухудшение состояния в утренние часы и в первой половине дня и некоторое «ослабление» к вечеру; г) бессонница; д) выраженные идеи самообвинения и самоуничтожения. Эти же признаки, но менее выраженные или встречающиеся поодиночке, имеют значение для диагностики депрессий вообще и в частности маскированных соматическими заболеваниями. Учитывая склонность депрессивных больных, особенно при эндогенных депрессиях, диссимулировать свое состояние, чтобы обмануть бдительность наблюдающих за ними лиц и совершить самоубийство, важно помнить об объективных признаках депрессий. К ним относится страдальческое выражение лица (опущенные углы губ, сведенные брови, печальные глаза и т.д.), общая заторможенность или тревожность.

Неотложная помощь. Независимо от характера депрессии необходимо принятие срочных мер предупреждения самоубийства. За больным должен быть установлен круглосуточный непрерывный надзор (чаще самоубийства бывают в ранние утренние часы). Больной должен находиться на расстоянии от окон и дверей, из комнаты надо изъять все предметы, которые могут служить орудием самоубийства. Больного необходимо успокоить, мягко объяснить ему ситуацию, ободрить и незамедлительно начать неотложную терапию. Наиболее эффективны мелипрамин или амитриптилин в дозах 100–150 мг/сут внутрь или лучше внутримышечно. Мелипрамин кроме антидепрессивного оказывает стимулирующее действие, его лучше назначать при депрессиях, сопровождающихся выраженной заторможенностью. Амитриптилин благодаря своему затормаживающему эффекту более показан при тревожных и ажитированных депрессиях. В целом для неотложной терапии лучше пользоваться амитриптилином, так как вызываемая им заторможенность препятствует осуществлению самоубийства. Учитывая

холинолитический эффект этих препаратов, можно применять пиразидол по 100–300 мг/сут внутрь или нуредаль в дозе 150–200 мг/сут. При выраженном беспокойстве, тревоге, ажитации, а также во избежание нежелательной стимуляции эти антидепрессанты целесообразно комбинировать с нейролептиками седативного действия: тизерцин – 100–200 мг/сут внутрь или парентерально или хлорпротиксен – 100–200 мг внутрь.

Указанные средства эффективны при всех видах депрессий, однако при психогенных депрессиях, особенно нерезко выраженных, можно применять более низкие дозы названных антидепрессантов, а также азасрен по 150–250 мг в день в сочетании с транквилизаторами: седуксен (реланиум) – 15–30 мг/сут внутрь или внутримышечно, нозепам (тазепам) – 30–50 мг/сут, рудотель – 20–30 мг/сут, феназепам – 35 мг/сут. При упорной бессоннице – нитразепам (радедорм, эуноктин) по 5–20 мг на ночь.

Для лечения соматогенных депрессий на фоне тяжелых соматических заболеваний наиболее показаны пиразидол или азафен, практически не имеющие противопоказаний.

Указанные средства применяют более длительно в виде курсового лечения и при необходимости в больших дозах (мелипрамин и амитриптилин до 250–300 мг, пиразидол до 400 мг, нуредаль до 400 мг, тизерцин до 300–400 мг, хлопротиксен до 300 мг в день), предпочтительнее парентерально.

Несмотря на то, что лечение депрессий при обеспечении непрерывного надзора может осуществляться врачами всех специальностей, целесообразна квалифицированная психиатрическая помощь, поскольку позволяет дифференцировать разные виды депрессий, определить объем и характер лекарственной терапии и главное решить вопрос о необходимости госпитализации.

Госпитализация в психиатрические учреждения необходима больным эндогенными или тяжелыми психогенными депрессиями с тенденцией к самоубийству. При транспортировке больных необходим тщательный надзор. При задержке с госпитализацией необходимо постараться ввести

парентерально вышеуказанные лекарственные препараты, организовать строжайший контроль за больным, при необходимости вводить лекарственные средства повторно.

2. Гиперкинезы

Гиперкинезы – непроизвольные насильственные движения, возникающие в результате органических или функциональных заболеваний нервной системы. В основном гиперкинезы развиваются в результате поражения экстрапирамидной системы. Поражение различных отделов ее сопровождается развитием определенных клинических синдромов, которые условно разделяют на две группы: гипокинетико-гипертонический и гиперкинетико-гипотонический.

2.1 Паркинсонический тремор

Наиболее типичным проявлением гипокинетико-гипертонического синдрома является так называемый акинетико-ригидный синдром, или синдром паркинсонизма. Он характеризуется триадой симптомов: акинезия, ригидность и тремор. Паркинсонический тремор – это дрожание пальцев рук, реже дрожание ног, головы, нижней челюсти. Дрожание носит ритмичный характер. Ритмический тремор пальцев рук иногда напоминает счет монет или скатывание пилюль. Дрожание сильнее выражено в покое. Уменьшается при выполнении активных движений и исчезает во время сна.

2.2 Атетоз

При этом гиперкинезе медленные червеобразные движения совершаются с большим напряжением. Тонические спазмы локализуются преимущественно в дистальных отделах – кистях и пальцах рук, при этом пальцы то сгибаются, то разгибаются, часто отмечается гиперэкстензия концевых фаланг. Этот синдром чаще всего наблюдается у детей, страдающих последствиями перинатальных поражений мозга. Насильственные движения обычно не ограничиваются дистальными отделами рук, а захватывают

туловище, конечности, шею и лицо. Любая попытка произвольного движения сопровождается возникновением ненужных сокращений во многих мышечных группах, особенно выраженных в мышцах плечевого пояса, рук, шеи, лица. Эти насильственные движения усиливаются при эмоциональном возбуждении, внешних раздражениях, уменьшаются в покое и исчезают во время сна.

2.3 Торзионная дистония

Торзионная дистония – хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся изменением мышечного тонуса и медленными вращательными движениями туловища и конечностей.

В результате неравномерного напряжения разных мышечных групп туловище сгибается в сторону, вперед или кзади, закручивается вдоль продольной оси, голова отклоняется вперед или в сторону, конечности неестественно сгибаются и разгибаются, все тело принимает вычурные позы. В зависимости от распространенности дистонических нарушений различают генерализованную и локальную формы заболевания. Наиболее частый вариант локальной формы – спастическая кривошея.

2.4 ХОРЕЯ

Хореический синдром чаще всего возникает вследствие ревматического энцефалита у детей (малая, или инфекционная, хорея) и при хорее Гентингтона. Хореический гиперкинез характеризуется беспорядочными быстрыми подергиваниями в разных мышцах, преимущественно в проксимальных отделах рук, мышцах лица (напоминают гримасничанье), иногда в мышцах живота и ног.

Гиперкинезы могут быть односторонними или двусторонними. В поведении больного хореей отмечается суетливость, несоразмерность

обычных двигательных актов. Все эти нарушения в двигательной сфере происходят на фоне выраженной мышечной гипертонии.

2.5 Гиперкинезы при функциональных заболеваниях нервной системы

Чаще встречаются у детей, но могут возникать и у взрослых. Как правило, их развитию предшествуют острые или хронические психические травмы – неблагоприятная обстановка в семье, соматическая астенизация. Может иметь значение и наследственная отягощенность. Наиболее частым проявлением гиперкинезов функционального характера служат тики – быстрые произвольные сокращения мышц, чаще возникающие в круговой мышце глаза или других мимических мышцах, а также в мышцах шеи и плечевого пояса. Гиперкинезы функционального типа отличаются своим непостоянством, изменчивостью; они могут быть на некоторое время заторможены произвольно. Гиперкинезы также могут возникать в результате передозировки или длительного лечения препаратов 1 – ДОПА и его производными.

Неотложная помощь. При ревматической хорее – постельный режим. При резко выраженных гиперкинезах больного предохраняют от ушибов и повреждений. Преднизолон в дозе 10–15 мг для детей 4–7 лет, 15–20 мг – 9–10 лет, 15–25 мг – 11–15 лет, для взрослых 40 мг в сутки. Ацетилсалициловая кислота, детям 0,2 г на один год жизни в сутки, взрослым – 3–4 г. в сутки. Антигистаминные препараты: димедрол детям от 6 до 12 лет по 0,015–0,03 г., взрослым по 0,1 – 0,15 г. в сутки, либо супрастин по 0,25–0,05 г. в сутки. Транквилизаторы: элениум по 0,005 г., либо седуксен по 0,005 г. При резко выраженных гиперкинезах – аминазин по 0,0125–0,075 г. 2–3 раза в сутки, галоперидол по 0,0015 г. 3 раза в сутки. Паркинсонизм, торзионная диспюния: циклодол по 0,002 г., элениум по 0,005 г. 3 раза в сутки. При преобладании тонических компонентов применяют мадопар-125 либо каком

внутри во время или после еды: начальная доза 1 капсула мадопара-125 либо 1 таблетка накома, через каждые 2–3 дня дозу увеличивают на 1 капсулу или 1 таблетку, доводя суточные дозы до 3–5 капсул мадопара либо 3 таблеток накома. При наличии клонических элементов – галоперидол по 1,5–5 мг 3 раза в день. При гиперкинезах функционального генеза – седуксен, элениум, тазепам в обычных дозировках.

Литература

1. Неотложная медицинская помощь, под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Р.Л. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д.м.н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к.м.н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. д.м.н. В.Т. Ивашкина, д.м.н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПб, 1996 год

РЕЦЕНЗИЯ

На работу Петровой Ксении Олеговны

«Депрессия и гиперкинезы»

Патология настроения остаётся одной из острых проблем в современной неврологии, психиатрии и медицине в целом. Особую значимость имеет проблема депрессии в связи с ростом заболеваемости у лиц активного трудоспособного возраста с лидирующим процентом неблагоприятных исходов (летальности и инвалидизации больных). Поэтому актуальность вопросов оптимизации помощи данной категории больных несомненна.

Работа Петровой Ксении Олеговны по освещению проблемы ишемического инсульта сформулирована чётко, реально отражает медико-социальную значимость данной патологии.

Таким образом, реферат является актуальным, содержит научную и практическую значимость и может быть использован в учебном процессе.

Ассистент кафедры нервных болезней
с курсом медицинской реабилитации и ПО
Субочева С.А.

