

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Реферат.
Гиперкинезы.

Выполнила:
Ординатор кафедры Нервных болезней
с курсом медицинской реабилитации ПО
Ставер В.К.

Красноярск

Содержание:

1. Введение
2. Этиология
3. Патогенез
4. Классификация
5. Диагностика
6. Лечение
7. Прогноз
8. Список литературы

Введение.

Гиперкинезы (греч. hyper- + kinesis движение) — избыточные непроизвольные движения, чаще проявляющиеся сокращением мышц лица, туловища или конечностей, реже — сокращением мышц гортани, мягкого неба, языка, наружных мышц глаз. Гиперкинезы бывают разнообразными в зависимости от этиологии, патогенеза, характера и локализации патологического процесса. Гиперкинезы известны давно, описаны ещё в средние века, зачастую упоминаются в литературных источниках как «пляска святого Витта».

Поскольку выявить морфологические изменения в тканях мозга не удавалось, до середины XX века гиперкинезы считались проявлениями невротического синдрома. Развитие нейробиологии позволило предположить связь патологии с дисбалансом нейротрансмиттеров, сделать первые шаги в изучении механизма возникновения двигательных нарушений. Гиперкинезы могут появиться в любом возрасте, одинаково распространены среди мужской и женской части населения, выступают составной частью многих неврологических заболеваний.

Этиология гиперкинезов:

Гиперкинетический синдром возникает вследствие генетических нарушений, органического поражения головного мозга, интоксикаций, инфекций, травм, дегенеративных процессов, лекарственной терапии отдельными группами препаратов.

В соответствии с этиологией в клинической неврологии различают следующие гиперкинезы:

- **Первичные** — являются следствием идиопатических дегенеративных процессов в ЦНС, имеют наследственный характер. Выделяют гиперкинезы, развивающиеся в результате избирательного поражения подкорковых структур (эссенциальный тремор), и гиперкинезы при мультисистемных поражениях: болезни Вильсона, оливопонтocerebellарных дегенерациях.
- **Вторичные** — проявляются в структуре базовой патологии, обусловленной черепно-мозговой травмой, опухолью головного мозга, токсическим поражением (алкоголизмом, тиреотоксикозом, отравлением CO₂), инфекцией (энцефалитом, ревматизмом), расстройством церебральной гемодинамики (дисциркуляторной энцефалопатией, ишемическим инсультом). Могут являться побочным эффектом терапии психостимуляторами, карбамазепином, нейролептиками и ингибиторами МАО, передозировки дофаминергических средств.
- **Психогенные** — связаны с хронической или острой психотравмирующей ситуацией, психическими нарушениями (истерическим неврозом, маниакально-депрессивным психозом, генерализованным тревожным расстройством). Относятся к редким формам.

Чаще всего врачи имеют дело со вторичными причинами, когда провокатор — это заболевание или временное поражение нервной системы, которое можно выявить инструментальными или лабораторными методами. То есть нарушение обуславливается сторонним, другим патологическим процессом.

- **Поражение организма токсическим веществом или группой таковых**
Например, солями или парами металлов, ядами насекомых, животных. В таком случае отклонение прогрессирует по мере активизации отравляющего компонента, его

естественного метаболизма в теле человека. При своевременной терапии все сходит на нет, не оставляя следов. Если же мозг поврежден, вероятно хронизация, хотя и не всегда.

- **Хронический алкоголизм**

Спиртное повышает вероятность развития гиперкинеза, особенно в высоких дозировках. Чрезвычайно опасна передозировка этанолом, она приводит к деструкции нервных тканей. Насколько быстро человек дойдет до критической черты — вопрос индивидуальной переносимости спиртного, количества принимаемого алкоголя.

- **Отравление угарным газом**

В быту пациенты с ним почти не встречаются. Лица, находящиеся в горящем помещении, могут пострадать даже при непродолжительном вдыхании вещества. В рамках профессионального риска, пожарные также часто встречаются с токсическим поражением центральной нервной системы, как и работники некоторых предприятий. Восстановительные мероприятия начинаются сразу после выявления поражения. Лица, имеющие дело с профессиональной вредностью, проходят профилактические осмотры раз в несколько месяцев, при развитии нарушений, особенно необратимых, признаются профессионально непригодными.

- **Дисциркуляторная энцефалопатия**

Хроническое нарушение мозгового кровообращения. Приводит к активизации компенсаторных механизмов в церебральных структурах. Итогом оказывается чрезмерное возбуждение в коре головного мозга, которое отзывается эпизодическими или регулярными гиперкинезами. Возможна смена одного типа на другой в рамках непродолжительного периода времени.

- **Ишемический инсульт**

Острое нарушение мозгового кровообращения с отмиранием нервных тканей. При этом отсутствует нарушение целостности сосудов, кровоизлияний нет. В острый период гиперкинезы обычно отсутствуют, после стабилизации состояния наступает усугубление состояния, нарастает клиника неврологического дефицита. При поражении экстрапирамидной системы, затылочной области головного мозга, риски гиперкинезов выше в разы. Хотя поражение иных участков не исключает такого симптома.

- **Воспалительно-инфекционные заболевания головного мозга**

Менингит, энцефалит и прочие. Вызывают хаотизацию работы нервных волокон, что и проявляется гиперкинезами, избыточным напряжением мускулатуры. На ранних этапах становления тот же эффект наблюдается при столбняке.

- **Опухоли головного мозга**

Доброкачественные и злокачественные. О доброкачественности говорить можно весьма условно: объемы черепной коробки ограничены, продолженный, тем более стремительный рост быстро приведет к компрессии мозга, развитию неврологического дефицита. То же касается и злокачественных новообразований. Различия в перспективах излечения. Гиперкинез вызывается сдавливанием и нарушением нормального кровообращения ЦНС, по мере прогрессирования расстройства отклонение становится постоянным.

- **Черепно-мозговые травмы**

Закрытые или открытые. При формировании гематомы состояние становится еще тяжелее. После проведенного лечения состояние стабилизируется. Если пациенту повезло, то

рецидивов не будет. Удастся справиться с отклонением полностью. Обычно хирургическим путем.

- **Болезнь Паркинсона**

Предполагает нарушение работы экстрапирамидной системы, вызывает ригидность мышц, гипертонус и одновременно слабость, тремор, прочие признаки. При Паркинсоне гиперкинезы регулярные, изолированно не купируются. Требуется комплексная терапия основного заболевания. Встречается отклонение при ДЦП, примерно в 20% всех зафиксированных случаев.

- **Применение некоторых лекарственных средств**

Нейролептиков, особенно типичных (Галоперидол, Аминазин), антидепрессантов, средств-транквилизаторов и некоторых других. При необходимости во время лечения таковыми назначают корректоры, чтобы снизить интенсивность токсического влияния на экстрапирамидную систему. Ее поражение и становится причиной симптоматики.

- **Расстройства со стороны опорно-двигательного аппарата**

Грыжи на уровне шейного отдела позвоночника, остеохондроз, кривошея, нестабильность позвоночного столба, гипертонус мускулатуры и прочие состояния.

- **Заболевание эндокринной системы**

Особенно часто — поражения гипофиза, гипоталамуса, щитовидной железы. После стабилизации гормонального фона есть все шансы избавиться от проблемы. В отличие от вторичных форм гиперкинеза, первичные не предполагают выявления конкретной причины. На протяжении месяцев проводят диагностику без результатов. При исключении всех органических причин, также если психосоматика отсутствует, выставляется диагноз идиопатического гиперкинеза (неизвестного происхождения). В таком случае лечение симптоматическое, направленное на купирование внешних признаков.

В отдельную группу выделяют психогенные причины патологического процесса.

Встречаются крайне редко. Наблюдаются у пациентов с обострением или манифестацией шизофрении, биполярно-аффективного расстройства (также известен как маниакально-депрессивный психоз), некоторыми видами невроза, также депрессивными состояниями с психотической симптоматикой, галлюцинациями и бредом.

Обычно же развитие подобных синдромов у имеющих психиатрический диагноз — результат применения нейролептиков.

Антипсихотические препараты негативно влияют на состояния экстрапирамидных структур, для снятия таких проявлений назначают корректоры, противопаркинсонические препараты: Циклодол, Безак и прочие.

Возможны и физиологические причины. У здоровых людей непроизвольные движения, моторная активность вызываются чрезмерным возбуждением нервной системы. На фоне стресса, курения, потребления спиртного, наркотического опьянения, недосыпания. Такие состояния не требуют специализированного лечения, проходят сами по мере устранения провокатора.

Такое обилие причины вызывает сложности в ранней диагностике и выявлении основного провоцирующего фактора. Возможны комплексные факторы становления, которые трудно разграничить

Патогенез

Гиперкинезы возникают чаще при поражении экстрапирамидной системы: полосатого тела (стриатум), бледного шара (паллидум) обычно в сочетании с черным веществом среднего мозга (паллидо-нигральная система), таламуса и его связей, субталамического ядра, зубчатого ядра мозжечка, красного ядра и их связей (оливо-дентато-рубральной системы). Имеет значение нарушение функций системы обратной связи между корой и подкоркой.

Значение коры головного мозга в происхождении гиперкинезов. выявляется при локальных судорожных подергиваниях, возникающих при раздражении двигательной зоны (поле 4) опухолью, посттравматической кистой и др., и при возникновении местных корковых судорог при кожевниковской эпилепсии. При нарушении афферентной корковой иннервации одного полушария (поражение таламо-кортикальных связей) возникает гемихорея. В патогенезе гиперкинезов. необходимо учитывать образование доминанты в подкорковых отделах головного мозга, влияние на которые оказывают поступающие афферентные импульсы, а также выключение регулирующей роли коры. На гиперкинезы оказывают тормозящее влияние сон и покой, эмоции усиливают. Таламус играет большую роль наряду с кортикальными и субкортикальными механизмами в появлении и усилении, при волнении, эмоциях, стрессе. Ретикулярная формация мозгового ствола может способствовать развитию и усилению гиперкинезов. (треморогенное влияние), а также их торможению.

Экстрапирамидные гиперкинезы сочетаются с изменением тонуса мышц и вегетативными дисфункциями. Локализация патологического процесса не является безусловной для проявления гиперкинезов: при одной и той же локализации (таламус, полосатое тело) могут быть различные проявления избыточных движений. Экстрапирамидные гиперкинезы бывают сложными и иногда включают компоненты нескольких форм, напр, хореоатетоз может сочетаться с элементами торсионного спазма. Имеет значение не только локализация поражения, но и степень поражения, количество вовлеченных клеток и их связей. В патогенезе имеют значение биохимические, факторы: нарушение обмена катехоламинов, в особенности изменение содержания дофамина в полосатом теле и находящегося во взаимодействии с ним ацетилхолина.

Классификация гиперкинеза

- **Тик**

Нервные тики встречаются чаще всего. В структуре гиперкинеза на их долю приходится до 70% всех ситуаций. В том числе у здоровых людей. Для тика типично длительное течение. Порой даже люди без явных патологий страдают подобной формой до нескольких месяцев. Возможны обострения. Характер движений — низкоамплитудный, слабые подергивания мускулатуры тканей. Обычно страдают веки, лицевая область, уголки рта, голова, плечевой пояс. Пациенты частично в силах контролировать и подавлять расстройство. Тикозный гиперкинез не представляет опасности для здоровья или жизни.

- **Тремор**

Типичное проявление множества болезней: от сердечно-сосудистых до эндокринных и неврологических. Характеризуется непроизвольным быстрым дрожанием пальцев рук, конечностей, головы. Часто встречается при болезни Паркинсона, не контролируется больным. Сохраняется в состоянии покоя, не зависит от физической активности. Сложной с точки зрения происхождения является треморознободобный гиперкинез, он становится результатом параллельного поражения центральной и периферической нервных систем. Как и следует из названия, типичный признак этого отклонения — ощущение неустойчивой дрожи. В том числе внутренней, как при попытках тела согреться.

- **Миоклония**

Встречается название миоклонических судорог. В отличие от генерализованных тонико-клонических форм, сопровождаются легкими резкими ритмичными сокращениями скелетной мускулатуры. Они безболезненны и не вызывают физического дискомфорта, хотя длительно текущая миоклония вызывает психологические ощущения, заставляет пациента искать выход из положения. Синдром входит в структуру эпилепсии, в таком случае говорят о ее миоклонической форме. Существует и множество других причин. Форма встречается и у здоровых лиц после нервно-психического напряжения, при течении неврозов. Миоклонический гиперкинез — один из наиболее сложных в плане диагностики. Потому как в его становлении участвует группа областей головного мозга, также сказывается масса возможных причин.

- **Баллизм**

Сравнительно редкая разновидность. Сопровождается резкими порывистыми движениями большой, размашистой амплитуды в области бедер или плеч. Возникают внезапно, могут стать причиной падения или получения травмы. В 70% случаев имеет односторонний характер. Возникает по причине органических или наследственных поражений головного мозга. Основные причины — опухоль, перенесенная инфекция.

- **Хорея**

Переносится пациентами тяжело, исключает нормальную моторную активность. Типичная черта — множественные, неконтролируемые, беспорядочные движения конечностей и всего тела, напоминающие вычурный танец. Хореический гиперкинез возникает при поражении базальных ядер. В основном состояние возникает как итог тяжелой черепно-мозговой травмы либо инфекции церебральных структур. Реже провокаторами выступают опухоли. Передозировка медикаментами также может стать причиной.

- **Дистония**

При ней развивается болезненный мышечный спазм, вызывающий произвольные движения конечностей. Руки поражаются чаще ног. Отличительный признак — продолжительность эпизода. Без специфической терапии нарушение продолжается несколько часов, доставляя сильный дискомфорт. Подобные насильственные движения больше характерны для детей и больных, постоянно принимающих нейролептики в высоких дозировках без корректора. При заболеваниях развитие также возможно, но намного реже. Дистонический гиперкинез также сложен в плане диагностики, как и миоклонический. Частным случаем выступает ормандибулярная дистония, при которой целью гиперкинеза становится жевательная мускулатура. Пациент произносит произвольные звуки, реализует жевательные движения без собственного желания.

- **Атетоз**

Представляет собой нечто среднее между дистонией и хореей, объединяет черты обоих патологических явлений. С одной стороны, это вовлечение сразу нескольких конечностей или всего тела, с другой — медленные плавные движения спазмического происхождения, высокая продолжительность и дискомфорт. Атетоидный гиперкинез почти не встречается у подростков. Основной контингент — дети и лица от 25 лет и старше.

- **Торсионный вид**

Сопровождается резким произвольным сокращением скелетной мускулатуры. Человек принимает скрученную позу и остается в ней на несколько минут. Эпизоды могут быть множественными. Повторяются несколько раз на протяжении короткого промежутка времени. Обычно является результатом отягощенной наследственности. В остальных немногочисленных случаях имеет вторичное происхождение.

- **Блефаро- и гемиспазм лица**

Первый характеризуется плотным смыканием век в результате спазма окружающей мускулатуры. Второй охватывает половину лица и сопровождается болезненными ощущениями. Оба вида вторичны, обусловлены наследственными синдромами или офтальмологическими диагнозами. Реже имеет место поражение тройничного нерва.

- **Акатизия**

Частая разновидность. Встречается у пациентов, постоянно принимающие нейролептики. Особенно типичные, тяжелые, плохо переносимые. Расстройство выступает тяжелым, но почти неминуемым побочным эффектом. Нарушением тем сильнее, чем больше дозировка препаратов.

Другое название синдрома — неусидчивость. Человек испытывает внутреннее сильное беспокойство, непреодолимую потребность двигаться. Больные ходят взад-вперед, качаются, двигают ногами, чтобы хоть как-то снизить интенсивность проявления. Причина в чрезмерном возбуждении экстрапирамидной системы. Вместе с тем, препараты названного типа вызывают токсическое поражение этого участка, потому чаще имеют место смешанные гиперкинезы.

Диагностика

Констатировать сам факт гиперкинеза. Возможно, речь идет не о нем, а о синкинезии.

В рамках первичной консультации проводится несколько мероприятий:

1. Устный опрос на предмет жалоб. Уже на основании собранного симптоматического комплекса можно сделать точные выводы.
2. Сбор анамнеза. Образ жизни, наследственный фактор, семейная история болезней, перенесенные патологии и текущие диагнозы, характер профессиональной активности, вредные привычки. Параллельно оцениваются базовые свойства: возраст, пол, общее состояние здоровья. Подробный анамнез позволяет оценить вероятное происхождение поражения. Без понимания этиологии не может быть полноценного лечения.
3. Для верификации собственной догадки показана проверка базовых рефлексов. Рутинное неврологическое обследование. В то же время, этого не всегда достаточно. Спровоцировать гиперкинез получается не всегда. Потому возможно помещение страдающего в неврологическое отделение стационара для динамического наблюдения.

Вторая задача комплексная — подтверждение диагноза и выявление его происхождения. То есть уточнение характера патологии.

1. Электроэнцефалография. ЭЭГ позволяет увидеть электрическую активность мозга. Определить конкретную локализацию аномально сильной работы. С большой вероятностью именно это участок — виновник симптома. Возможно неоднократное повторение исследования.
2. МРТ церебральных структур. Позволяет выявить органические поражения. Опухоли, рассеянный склероз, инфекционные процессы и прочие. При необходимости внутривенно вводится контрастирующий препарат на основе гадолиния, чтобы усилить изображение и акцентировать внимание на измененных участках.
3. Исследование цереброспинальной жидкости. При подозрениях на все тот же инфекционный процесс.
4. УЗИ сосудов головного мозга и шеи. Также дуплексное сканирование. Проводится с целью оценить скорость и качество кровотока в центральной нервной системе. Все нарушения — основание для более тщательного обследования.
5. КТ головного мозга. По показаниям. Обычно дает куда меньше информации по сравнению с МРТ.
6. Нейромиография. Не всегда мышечные движения — это гиперкинез. Исследование мускулатуры, проводимости и сократимости мышц позволяет точно определить, что стало причиной моторной активности. Методика относится к обязательным.
7. Биохимический анализ крови. Дает возможность выявить токсическое поражение, предполагаемое в качестве виновника расстройства.

По необходимости назначается консультация врача-генетика.

Диагностика проводится в амбулаторных условиях во время ремиссии основного диагноза-провокатора или же в стационаре, если состояние тяжелое.

Лечение гиперкинезов.

В основном предполагается назначение медикаментов нескольких фармацевтических групп.

1. Вальпроаты. Средства, которые обычно показаны при эпилепсии для предотвращения припадков. Эффективны против тиков и миоклонии, также одностороннего лицевого спазма, баллизма. Депакин и прочие наименования.
2. Холинолитики. Влияют на концентрацию ацетилхолина, который ответственен за избыточное возбуждение в центральной нервной системе. Скополамин и прочие. Опасны при бесконтрольном применении. Только с назначения специалиста. Помогают против большей части гиперкинезов, описанных выше.
3. Противосудорожные. Клоназепам и его аналоги. Расслабляют мускулатуру, снижают ее тонус. Позволяют прервать острый приступ или же предотвратить рецидив чрезмерной двигательной активности.
4. Ботулотоксин в инъекциях. Вводится местно для снижения проводимости и сократительной способности мускулатуры.
5. Противопаркинсонические средства. Левдопа и аналоги. Используются для снижения активности экстрапирамидной системы, нормализации процесса передачи нервного импульса.

В некоторых случаях, если причиной выступает чрезмерная концентрация дофамина, назначаются мощные типичные нейролептики вроде Галоперидола.

Нужно иметь в виду, что чувствительность к препаратам индивидуальна, потому для лечения одного и того же вида гиперкинеза потребуются разные группы средств и наименования. Подбор лучше проводить в стационарных условиях.

При эффективности проводимого лечения назначается физиолечение, массаж, санаторно-курортные мероприятия, ЛФК по возможности, чтобы восстановить произвольную двигательную активность и избежать атрофии мускулатуры на фоне постоянного спазма и застоя крови. Комплекс упражнений лучше разрабатывать индивидуально или «подгонять» уже существующий под потребности организма. Это задача врача лечебной физкультуры.

Прогноз.

Прогноз для жизни в большинстве случаев благоприятный. Гиперкинезы не несут угрозы, не считая некоторых типов, особенно длительно текущих. Прогноз сохранения трудоспособности зависит от интенсивности проявления. Выраженные гиперкинезы по типу хорей, дистонии и прочих исключают возможность реализации трудовой функции. Возможна утрата способности обслуживать себя в быту, инвалидизация в тяжелых случаях.

Социальная активность также снижается по причине неуверенности в себе, странного, по мнению людей поведения. Это выраженный фактор дезориентации и склонности к изоляции, что негативно сказывается на психологическом состоянии.

В основном же динамику процесса нужно оценивать по характеру течения основного диагноза. Исходя из него же и строить предположения, прогнозировать. Идиопатические формы исследуются по внешним проявлениям, частоте приступов, склонности к усложнению по мере развития каждого нового эпизода.

Список используемой литературы:

1. Боголепов Н. К. Нарушения двигательных функций при сосудистых поражениях головного мозга, с. 164, М., 1953

2. Давиденков Г. Н. Клинические лекции по нервным болезням

3. Петелин Л. С. Экстрапирамидные гиперкинезы, М., 1970

4. <https://xn--90aw5c.xn--c1avg/index.php/%D0%93%D0%98%D0%9F%D0%95%D0%A0%D0%9A%D0%98%D0%9D%D0%95%D0%97%D0%AB>

5. <https://ponervam.ru/giperkinez.html>