

Красноярский государственный Медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Кафедра Психиатрии и наркологии с курсом ПО

Реферат

Психические нарушения при черепно-мозговых травмах.

Выполнил: Супрунов А.А.,

Врач-ординатор

Проверил: Березовская М.А.,

Доктор медицинских наук,

Доцент.

Красноярск 2020

Содержание

1. Введение-----	3
2. Клиническая картина и течение-----	4
3. Мнестические расстройства острого периода-----	5
4. Психозы острого периода-----	6
5 Пароксизмальные состояния острого периода-----	8
6. Травматическая энцефалопатия-----	9
7. Травматическая деменция-----	11
8. Симптоматическая (посттравматическая) эпилепсия-----	11
9. Посттравматическое развитие личности-----	12
10. Заключение-----	13
11. Список литературы-----	14

Введение.

Всякая травма головы таит в себе опасность будущих осложнений. В настоящее время черепно-мозговая занимает одно из ведущих мест в поражении головного мозга и наиболее широко распространена в молодом трудоспособном возрасте, а тяжелые формы нередко приводят к летальному исходу или инвалидности.

В связи с ускорением темпа жизни проблема черепно-мозговых травм вообще и психических расстройств при них в частности становится все более актуальной. Наиболее частая причина этой группы расстройств – морфологические структурные повреждения головного мозга в результате черепно-мозговой травмы.

Вследствие повреждения головного мозга изменяются физико-химические свойства головного мозга и процессы метаболизма, в целом расстраивается нормальная жизнедеятельность всего организма. Среди всех экзогенно – органических заболеваний черепно-мозговая травма занимает первое место, при этом закрытые черепно-мозговые травмы составляют около 90%. Психические расстройства, обусловленные травмой, определяются характером травмы, условиями ее получения, преморбидным фоном.

Черепно-мозговые травмы подразделяются на закрытые и открытые. При закрытых травмах черепа не нарушена целостность мягких покровов и сохранена замкнутость черепной травмы черепа делятся на проникающие и не проникающие: нарушение целостности только мягких покровов и костей черепа, и сопровождающиеся повреждением твердой мозговой оболочки и вещества мозга. Закрытые черепно–мозговые травмы как правило остаются асептическими, открытые черепно–мозговые травмы могут осложниться инфекцией.

На клинические особенности и исход травматического поражения мозга накладывает отпечаток характер травмы (родовая, бытовая, уличная, спортивная, военная, транспортная, производственная и т.д.).

Закрытые ЧМТ делят на коммоцию (сотрясение), контузию (ушиб) и компрессию (сдавление) головного мозга.

Сотрясение головного мозга, как правило, связано с воздействием силы, не имеющей прямого приложения к поверхности головы, что может произойти при падении на любую часть тела (ягодицы, колени и т.д.) либо в результате ушиба головы, защищенной шлемом, каской. При этом в

следствии возникающего движения ликвора происходит травматизация высших вегетативных центров, находящихся на стенках III и IV желудочков и на дне силвиевого водопровода. На первый план при сотрясении головного мозга выступают общемозговые симптомы.

Контузия (ушиб) – локальное повреждение головного мозга и его оболочек на месте удара или противоудара. Ушиб головного мозга практически всегда сопровождается его сотрясением, но клиническую картину заболевания определяют очаговые симптомы повреждения мозга. Отдельно выделяют воздушную контузию как особый вид травматического поражения головного мозга. При воздушной контузии одновременно действует целый ряд факторов:

- *удар взрывной волной, обуславливающий ушиб тканей мозга о кости основания черепа;

- *резкое колебание барометрического давления в зоне взрывной волны, приводящее к нарушению кровообращения

- *травматизация слухового анализатора вследствие воздействия звукового раздражителя (взрыва).

Вторичная контузия в результате отбрасывания и падения тела.

Несмотря на разнообразие проявлений травматической болезни, существуют общие закономерности, характерные для всех видов травм головного мозга. К ним относят:

- *острое развитие поражения с максимальной выраженностью патологических изменений непосредственно после ЧМТ.

- *регрессиентность дальнейшего развития болезненных явлений (от тяжелых к легким);

- *возможность появления новых симптомов в связи с разрастанием рубца или вовлечением в процесс новых очагов.

Клиническая картина и течение

Основные периоды развития травматической болезни следующие.

Начальный период

Начальный (острейший, первичный или «хаотический») период продолжается от нескольких минут до нескольких дней. Этот период характеризуется угнетением сознания различной степени выраженности

(от оглушения до сопора или комы). При развитии комы сухожильные рефлексы исчезают, зрачки расширяются, перестают реагировать на свет, появляются патологические рефлексы, резко снижается частота сердечных сокращений, возникает патологическое дыхание Чейна-Стокса. Если травма не приводит к летальному исходу, постепенно происходит обратное развитие симптоматики: кома сменяется сопором, затем оглушением, постепенно восстанавливается возможность фиксации памяти зрительных образов, в последнюю очередь появляется ориентировка во времени.

Острый (вторичный) период

Продолжительность острого периода составляет от нескольких дней до нескольких недель. Этот период характеризуется синдромом церебральной адинамии, при котором преобладают общемозговые симптомы, связанные с повышенным внутричерепным давлением:

*диффузные головные боли, усиливающиеся под влиянием внешних раздражителей (шума, яркого света), а также при наклоне головы;

*говокружение, возникающее спонтанно, в положении лежа, либо при поднимании головы, изменении положения тела;

*глазодвигательные расстройства – нистагм, ослабление конвергенции глазных яблок и др.;

*выраженные астенические расстройства, проявляющиеся сочетанием раздражительности и истощаемости в различных соотношениях;

*многообразные вегетативные расстройства, проявляющиеся преимущественно вазомоторными нарушениями (лабильностью сердечной деятельности и АД), повышенной потливости, слюнотечением.

При контузиях головного мозга, помимо астенической симптоматики, выявляют и очаговые неврологические симптомы – парезы, различные формы афазии, апраксию, агнозию, аграфию и т.п.

Мнестические расстройства острого периода

В остром периоде ЧМТ наблюдают следующие мнестические нарушения:

*Ретроградную амнезию , которая , в зависимости от тяжести ЧМТ, может распространяться только на момент травмы либо на дни, месяцы и даже годы перед травмой;

*антероградную амнезию, обычно развивающихся при тяжелых ЧМТ и распространяющуюся на короткие отрезки времени, непосредственно следующие за периодом выключения сознания;

*антероретроградную (сочетанную) амнезию

*ретардированную (запаздывающую) амнезию

*фиксационную амнезию.

Психозы острого периода

Большая часть психозов развивается в первые дни острого периода, причем при контузиях они развиваются чаще, чем при коммоциях. Острые травматические психозы в целом отличаются бедностью психопатологической симптоматики, поэтому большую часть боьных лечат в нейрохирургических стационарах, а не в психиатрических клиниках. Основные психозы острого периода следующие.

*сумеречные помрачения сознания. Возникают обычно после кратковременного периода прояснения сознания. Их продолжительность составляет от нескольких часов до нескольких дней. Как правило, сумеречные состояния возникают в связи с внутречерепной гипертензией или воздействием дополнительных вредных факторов (алкоголизации, соматических заболеваний, переутомления, преждевременной транспортировки). Возможны разнообразные варианты сумеречного помрачения сознания:

- эпилептиформное - с галлюцинациями, бредом, брутальным аффектом, агрессией;
- с преобладанием инкогерентности мышления (близки к аменции)
- с внешне упорядоченными последовательными действиями — «ориентированные сумеречные состояния»;
- с преобладаниями сонливости, обездвиженности, близкой к ступору.

*при всех вариантах сумеречного помрачения сознания после выхода из психоза наблюдают амнезию. В отличие от других психотических форм, сумеречные состояния могут повторяться в других периодах травматической болезни, как правило после воздействия каких-либо других дополнительных вредностей.

* Делирий развивается преимущественно у лиц, злоупотребляющих алкоголем, вслед за исчезновением симптомов оглушения, на фоне астении, под воздействием дополнительных вредных факторов. Его продолжительность составляет от нескольких часов до 2-3 дней. Характеризуется яркими зрительными галлюцинациями с аффектом страха, тревоги, на основе которых может развиваться вторичный бред. Характерны длительные светлые промежутки в дневное время. Воспоминания о периоде психоза обычно фрагментарны.

*Онейроид наблюдают сравнительно редко, возникает он обычно в первые дни острого периода, продолжается от нескольких часов до 5-6 дней. Характеризуется полной дезориентировкой в окружающем с преобладанием эйфорического или экстатического аффекта. Периоды внешней обездвиженности и мутизма прерываются хаотическим возбуждением с отдельными патетическими высказываниями. Часто отмечаются метаморфозы, расстройства схемы тела, переживания ускорения или замедления течения времени. О содержании переживаний больные сообщают по миновании психоза.

*Корсаковский синдром — одна из наиболее тяжелых форм травматического психоза. Продолжительность корсановского синдрома варьируется от нескольких дней до 1,5-2 мес. Особенно долго сохраняется у лиц , злоупотребляющих алкоголем. Характерные признаки этого психоза включают фиксационную, ретроградную и в меньшей степени антероградную амнезию , конфабуляции, аффективные расстройства. В отличие от алкогольного корсаковского психоза, конфабуляции больных с травматическим корсаковским синдромом не содержат ничего нового, а лишь смещают воспоминания во времени. Психические нарушения при корсаковском синдроме травматической этиологии считают обратимыми.

*Аффективные психозы в остром периоде развиваются редко. Они характеризуются: дисфорическими состояниями; гипоманиакальными или маниакальными состояниями с эйфорическим оттенком настроения, мориоподобными расстройствами, конфабуляциями экспансивного

характера; реже – субдепрессивными или депрессивными состояниями, окрашенными тревогой, страхом, ипохондрическими переживаниями.

***Бредовые психозы** чаще всего представляют собой острое состояние с чувственным бредом, обильными конфабуляциями, вербальными галлюцинациями, отдельными психическими автоматизмами; в части случаев на фоне преобладающего аффекта тревоги и страха возможны импульсивные и агрессивные действия. На высоте бредового психоза возникают эпизоды измененного сознания, явления деперсонализации и дереализации. Психоз обычно продолжается несколько дней и сменяется астенией.

В целом, основные симптомы всех травматических психозов острого периода представлены той или иной формой измененного сознания и астенией, сохраняющейся и после окончания психотического эпизода.

Пароксизмальные состояния острого периода

Чаще развиваются при контузиях, чем при коммоциях. Возможны следующие варианты эпилептических приступов:

*простые парциальные моторные (джексоновские);

*простые парциальные с нарушением психических функций (припадки метаморфопсии, расстройств схемы тела, уже увиденного, услышанного, уже пережитого, эмоционально-аффективные, идеаторные, галлюцинаторные);

*вторично генерализованные тонико-клонические, которые могут быть единичными и серийными.

Поздний период (период реконвалесценции)

Продолжается от нескольких недель до нескольких месяцев (до 1 года). В этом периоде постепенно сглаживаются все явления острого периода, и у значительной части больных наступает выздоровление. Клиническая картина этого периода характеризуется синдромом посттравматической церебростении, включающим следующие симптомы:

- повышенную истощаемость
- различные вегетативные расстройства
- раздражительность

- головокружение и головные боли
- гиперестезию (непереносимость яркого света, громких звуков);
- расстройства сна по астеническому типу
- нарушение концентрации внимания
- эмоциональную лабильность и другие проявления астении

Кроме того, как в остром периоде, возможны аффективные психозы, а также эпилептические приступы.

Период отдаленных последствий (резидуальный , хронический период)

Может продолжаться многие годы, а иногда и всю жизнь. К отдаленным последствиям относят те психические нарушения, которые, возникнув в остром или позднем периоде, не подвергаются в последующем обратному развитию, а сохраняются спустя длительное время после ЧМТ.

Как правило, развитие психических расстройств этого периода провоцирует потребление алкоголя, резкие изменения погоды и атмосферного давления, переутомление, инфекционные заболевания, стрессовые ситуации.

Травматическая энцефалопатия

Основное проявление периода отдаленных последствий – травматическая энцефалопатия («психоорганический синдром»). Выделяется пять вариантов психоорганического синдрома:

- астенический вариант фактически представляет собой синдром травматической церебрастении, наиболее типичный для позднего периода ЧМТ.
- эксплозивный вариант (с психопатизацией личности) проявляется психопатоподобными расстройствами с выраженной возбудимостью , взрывчатостью , брутальными аффективными реакциями, дисфориями, агрессивным поведением, склонностью к противоправным действиям (эксплозивные психопатоподобные изменения).

Эксплозивность часто сочетается с истерическими реакциями и истерическим поведением. Типична склонность к злоупотреблением алкоголем.

-эйфорический вариант проявляется повышением настроения с оттенком эйфории и благодушия, бестолковостью, резким снижением критики к своему состоянию.

Апатический вариант характеризуется сужением круга интересов, аспонтанностью, безразличием к окружающему, в том числе собственной судьбе и судьбе своих близких. Это сочетается с повышенной истощаемостью, раздражительной слабостью.

-эпилептиформный вариант (психоорганический синдром с эпилептиформным синдромом, симптоматическая травматическая эпилепсия) характеризуется развитием в отдаленном периоде ЧМТ эпилептических приступов: простых парциальных моторных (джексоновских), вторично генерализованных судорожных, простых парциальных с нарушением психических функций, портских вегетативно-висцеральных и др. нередко возникают транзиторные психические расстройства в виде дисфорических состояний, сумеречных помрачений сознания (психические эквиваленты эпилептических припадков).

В отличие от травматической церебрастении, при энцефалопатии так же обнаруживают очаговые неврологические расстройства.

Травматические эндоформные психозы

В период отдаленных последствий ЧМТ эндоформные психозы часто представляют собой продолжение травматических психозов острого периода. Основные травматические эндоформные психозы следующие.

- аффективные психозы, протекающие в виде монополярных депрессий и маний. Реже наблюдают биполярный тип течения. Аффективные психозы развиваются спустя 10-20 лет после ЧМТ. Обычно им предшествуют астенические или психопатоподобные расстройства с истерическими чертами, эксплозивностью. Развитие депрессии часто провоцируют психогении, а маниакальных состояний – соматические, инфекционные заболевания, алкогольные эксцессы. В структуре психозов нередко наблюдают состояния помрачения сознания. Депрессии сопровождаются дисфорией, гневливостью, дурашливостью. Продолжительность приступов составляет от 1 до 3 месяцев. В некоторых случаях приступообразное течение заболевания сменяются непрерывным, с постепенным развитием органического дефекта.

- галлюцинаторно- бредовые психозы возникают после тяжелых ЧМТ, чаще у мужчин. Психозу предшествуют астенические состояния с вялостью, апатией. Чаще всего психоз дебютирует сумеречными или делириозным помрачением сознания с выраженными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, в которых галлюциноз преобладает над бредом. Психические автоматизмы преходящи, развиваются на высоте вербального галлюциноза и сосуществуют с ним. Болезнь протекает приступами продолжительностью от 2 до 6 месяцев. Со временем психоз может стать хроническим. При этом наблюдают картину истинного вербального галлюциноза или галлюцинаторной парафрении. Органические изменения у этих больных наиболее выражены и достигают степени слабоумия.

- паранояльные психозы развиваются обычно у мужчин зрелого и среднего возраста в виде сверхценных или бредовых идей ревности, сутяжничества, чаще спустя 10 лет и более после ЧМТ. Паранояльный психоз может усложняться паранояльными идеями ущерба, отравления, преследования.

Травматическая деменция

Развивается примерно у 5% перенесших ЧМТ (чаще при открытых ЧМТ и тяжелых контузиях мозга с переломом основания черепа). Преобладает поражение лобных, лобно-базальных, и базально-височных областей мозга. В ряде случаев слабоумие развивается как итог травматических психозов или в связи с присоединившимся алкоголизмом, расстройством церебрального кровообращения. Основные признаки деменции включают прогрессирующее снижение памяти, т.е. деменция носит лакунарный характер. В редких случаях к нарушениям памяти присоединяются эйфория, отсутствие критичности, расторможенность влечений, назойливость, переоценка своих возможностей (псевдопаралитический синдром).

Симптоматическая (посттравматическая) эпилепсия

Обычно возникает у лиц, имевших до травмы судорожную готовность, и связана с формированием эпилептогенного очага в области рубцовых изменений, которые чаще локализуются в корковых структурах. По этой причине чаще наблюдают простые парциальные моторные приступы. Обычно они возникают на фоне сохраненного сознания и провоцируются внешними воздействиями. Судорожные расстройства носят обычно парциальный характер, охватывая отдельные группы мышц верхних или

нижних конечностей, и имеют тенденцию к частичной или полной генерализации. Начинаясь с пальцевых мышц, они распространяются на мышцы кисти и стопы, предплечья и голени, плеча и т.д. в одних случаях припадок может прекратиться на любом уровне, в других случаях происходит вторичная генерализация, сопровождающаяся исключением сознания и развитием генерализованного тонико-клонического приступа.

Посттравматическое развитие личности

Посттравматическое развитие личности характеризуется:

- снижением способности справляться с целенаправленной деятельностью, требующей напряжения сил;
- изменениями в эмоциональной сфере: лабильностью аффекта, эйфоричностью, раздражительностью, эксплозивностью или апатией;
- расстройствами в сфере влечений, антисоциальным поведением;
- подозрительностью, паранояльностью, вязкостью, ригидностью, замедлением темпа мышления.

Заключение

Сотрясение головного мозга наиболее часто встречающийся вид травм головного мозга. Полиморфизм клинической картины приводит к разнообразным последствиям, к стойким дефектам личности. Нервная и иммунная и эндокринная система взаимодействуя между собой формируют функциональный буфер, коррегирующий и приспособливающий организм к изменениям окружающей среды. В результате травмы проявляются вторичные иммунодефицитарные состояния - невротизация, аллергизация, нарушение эндокринного равновесия.

Травма головного мозга может привести к хроническим системным заболеваниям – к ожирению, аллергической бронхиальной астмы, недостаточности желез желудочно-кишечного тракта. Травма головного мозга искажает все уровни адаптивного функционирования организма и является ведущим фактором дизонтогенеза. Довольно часто встречающимся осложнением после травмы головного мозга, является слабость центральной вегетативной нервной системы, проявляющимся в сосудистых дистониях, сосудистых кризах при неблагоприятных условиях.

Неполноценное кровоснабжение головного мозга облегчает наступление состояния психофизического утомления при непродолжительных физических нагрузках, при эмоциональном перенапряжении. То есть ишемия головного мозга снижает уровень психической активности индивидуума. Нарушение энергетического обеспечения изменяет нормальную деятельность индивида, снижая возможность обучения и приобретения навыков и трудовой деятельности. Помимо органических изменений, присутствуют изменения психологического облика индивидуума – снижение тонуса протекающей психической деятельности и развития личностной реакции на факт травмы.

Основная задача медико-психолого-социального реабилитирования, это постепенное возвращение в привычные трудовые условия, через введение этапа щадящего режима или же создание новых условий, профессиональная переориентация.

Список литературы:

1. Психиатрия . Национальное руководство. Краткое издание/ под ред.Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова; отв. Ред. Ю,А. Александровский.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
2. Школа молодого психиатра . избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии / И.М. Беккер. Бином , 2015.
3. Психиатрия: учебник/ Н.Г. Незнанов .- М. : ГЭОТАР – Медиа, 2010
4. Клиническая психиатрия . избранные лекции : учебное пособие / ред. Л.М. Барденштейн , Д.М. Пивень , В.А. Молодецких . : ИНФРА-М, 2017.