

First Pavlov State Medical University of St. Petersburg



ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СОСУДИСТОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Выполнила: Ермилова С.А. 541 ЛФ

St. Petersburg,
2021

Преподаватель: д.м.
н., профессор Киссин
М.Я.

СОСУДИСТАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

Постинсультной эпилепсия считается, если она появилась **в течении первых 2х недель** после инсульта.

Инсульт (его последствия) наиболее частая причина развития эпилептического статуса **у пожилых**, ровно как и развитие приступов в пожилом возрасте **↑ риск развития инсульта**



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Инсульт является причиной около 10% всех случаев эпилепсии и 55% вновь диагностированных припадков среди пожилых людей
- Частота встречаемости эпилепсии после инсульта у пожилых людей варьируется в широких пределах, от 2% до 33% для ранних припадков, 3% до 4,5% для поздних приступов, и от 2% до 4% для PSE.

Zhao Y, Li X, Zhang K, Tong T, Cui R. The Progress of Epilepsy after Stroke. *Curr Neuropharmacol*. 2018;16(1):71-78

Feyissa AM, Hasan TF, Meschia JF. Stroke-related epilepsy. *Eur J Neurol*. 2019 Jan;26(1):18-e3.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

1. Психические нарушения в качестве продрома припадка (у 10% больных по данным Janz, 1969) (преиктальные);
2. Психические нарушения как компонент припадка (иктальные);
3. Постприпадочное нарушение психики ;
4. Психические нарушения в межприступном (интериктальном) периоде.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В КАЧЕСТВЕ ПРОДРОМА ПРИПАДКА (ПРЕИКТАЛЬНЫЕ)

Эпизодические приступы:

- головокружений,
- головных болей,
- тошноты,
- нарушения сна,
- аффективные, сенестопатические, ипохондрические расстройства.
- В качестве преобладающих продромальных явлений отмечается астеническая симптоматика, вегетативные проявления.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА КАК КОМПОНЕНТ ПРИСТУПА (ИКТАЛЬНЫЕ)

- Сумеречное помрачение сознания
- Психомоторные припадки
- Психосенсорные припадки

СУМЕРЕЧНОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ

Критерии К. Jaspers 1911 г.:

- отрешенность от окружающего мира;
- дезориентировка во времени, месте, окружающем;
- непоследовательность, фрагментарность мышления;
- амнезия после завершения состояния помрачения сознания.

ПРИЗНАКИ СУМЕРЕЧНОГО ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ

- острое, внезапное начало, часто молниеносное, без каких-либо предвестников;
- транзиторность, относительная кратковременность;
- охваченность сознания аффектом страха, тоски, злобы, ярости («напряженность аффекта»);
- дезориентировка, в собственной личности, при которой человек лишается способности содержательно воспринимать действительность и одновременно осуществлять целенаправленную деятельность в соответствии с требованиями общественного запрета и даже инстинкта самосохранения;

ПРИЗНАКИ СУМЕРЕЧНОГО ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ

- яркие галлюцинаторные образы и острый чувственный бред;
- видимая последовательность, даже обусловленность поступков и действий, либо нецеленаправленное, хаотичное, brutальное, агрессивное возбуждение;
- критическое окончание;
- терминальный сон;
- полная или частичная амнезия происшедшего.



ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В МЕЖПРИСТУПНОМ ПЕРИОДЕ (ИНТЕРИКТАЛЬНЫЕ)

- Астенический синдром
- Легкое когнитивное расстройство
- Деменция
- Эпилептические психозы

ЧАСТОТА ПСИХИЧЕСКИХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

- Когнитивные и психические нарушения **достаточно часто** встречаются при эпилепсии и значительно снижают качество жизни пациентов и членов их семей. Примерно у 35 % пациентов, несмотря на лечение, сохраняются различные нарушения интеллекта, поведения, аффективной сферы разной степени выраженности. В целом психические (аффективные, тревожные и психотические) расстройства встречаются при эпилепсии в 2–3 раза чаще, чем в общей популяции. **Наиболее часто встречается депрессия:** распространенность депрессии и тревоги при эпилепсии варьирует от 20 до 55 %.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

- Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях в подавляющем большинстве случаев сочетаются с эмоциональными и поведенческими расстройствами.
- При этом легкая депрессия часто отмечается уже **на самых ранних стадиях** сосудистой мозговой недостаточности.
- Именно данный вид эмоциональных нарушений лежит в основе неспецифических жалоб на головную боль, тяжесть в голове, несистемное головокружение, повышенную утомляемость.
- **Более выраженные нарушения** могут сопровождаться эмоциональной лабильностью, уменьшением мотивации и инициативы, снижением критики, неадекватностью поведения.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

ЛЕГКИЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Согласно Н. Н. Яхно и др. (2005):

- изменение личности пациента, выражающиеся в пассивности или беспокойстве;
- потеря критической самооценки
- ухудшение абстрактного мышления;
- речевые расстройства;
- ухудшение узнавания известных ранее объектов, знакомых, друзей;
- ухудшение способности к логическому мышлению

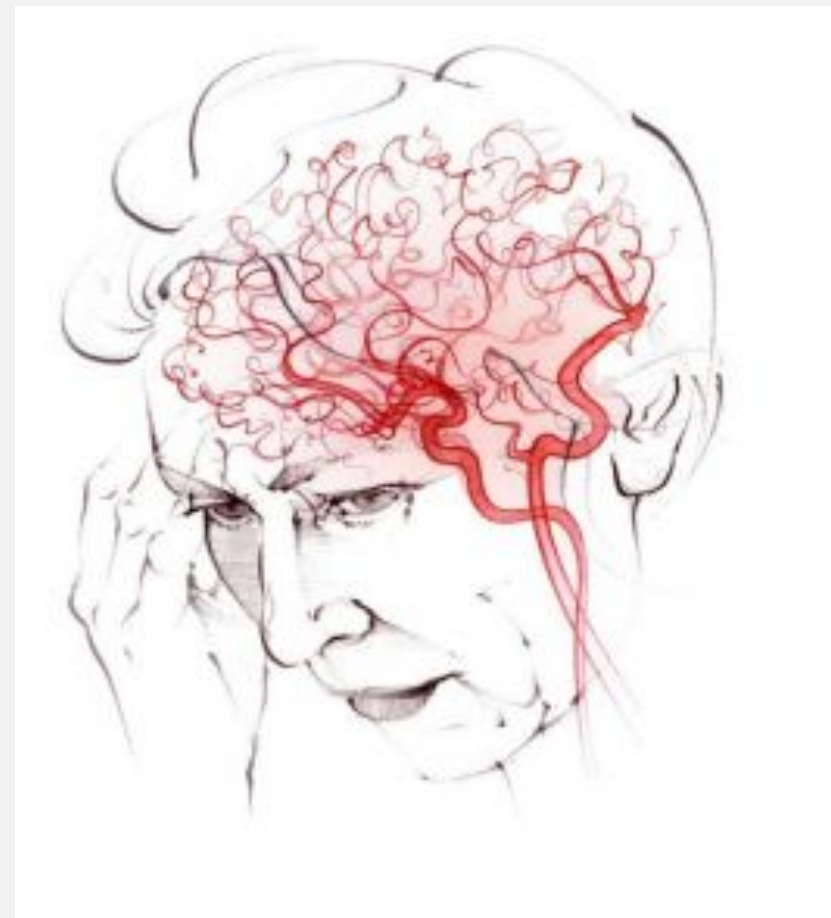
УМЕРЕННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

По критериям R. Petersen (2004) жалобы на:

- на повышенную слабость или снижение умственной работоспособности;
- сведениях от родных о снижении когнитивных функций;
- объективные свидетельства мнестических или других нарушений по сравнению с возрастной нормой.
- При этом когнитивные расстройства не приводят к утрате профессиональных или социальных навыков и диагноз деменции не может быть выставлен

СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ

- Характеризуется **острым или хроническим снижением когнитивных функций**, развивающимся в результате общего снижения кровоснабжения головного мозга или вследствие локальных его инфарктов, которые, в большинстве случаев, связаны с цереброваскулярными заболеваниями.
- Сосудистая деменция – **2-ая по значимости причина деменции у пожилых людей**. В большинстве случаев, она развивается у мужчин, обычно в возрасте после 70 лет.
- Влияет в основном на **память**, как правило, вызвана анатомическими изменениями в головном мозге, имеет **медленное начало** и обычно **необратима**.



КЛАССИФИКАЦИЯ

- Обширный лакунарный инфаркт: Поражение **мелких** кровеносных сосудов. Множественные лакунарные инфаркты возникают глубоко внутри белого и серого вещества отделов полушарий большого мозга.
- Мульти-инфарктная деменция: Поражения сосудов **среднего** калибра.
- Единичные инфаркты в стратегических зонах: Одиночный инфаркт в **функционально значимой зоне** головного мозга (например, угловая извилина, таламус).
- Болезнь Бинсвангера (субкортикальная артериосклеротическая энцефалопатия): **редко встречающийся вариант** деменции, возникающий на фоне поражения мелких сосудов головного мозга, ассоциирована с тяжелой, плохо контролируемой артериальной гипертензией и системным поражением сосудистой системы. Это вызывает диффузные и нерегулярные потери аксонов и миелина с широко распространенным глиозом, отмирание тканей вследствие инфаркта или потери кровоснабжения белого вещества головного мозга.

СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ

ОБЩЕЕ

- Потеря памяти,
- Нарушение исполнительной функции,
- Трудности инициации действий или задач,
- Замедление мышления,
- Личностные изменения,
- Изменения настроения,
- Лингвистический дефицит

РАЗЛИЧИЯ

- Потеря памяти **позднее**
- Влияние на исполнительную функцию **раньше** (нарушение планирования и выполнения задания)
- Мульти-инфарктная деменция **ступенеобразная**; каждый эпизод ухудшения сопровождается дальнейшим интеллектуальным снижением, иногда с последующим умеренным восстановлением.
- Подкорковая сосудистая деменция имеет тенденцию вызывать небольшие, постепенные эпизоды дефицитов; заболевание прогрессирует постепенно.

СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ

- Когнитивные функции могут страдать очагово.
- К примеру, краткосрочная память может страдать меньше, чем при других формах деменции. Так как дефекты могут быть очаговыми, пациенты могут сохранить больше аспектов психической функции. Таким образом, они могут в значительной мере осознавать свой дефект, и при данном виде деменции депрессия может развиваться чаще, чем в остальных случаях.



ВЫВОДЫ:

- Очаговая неврологическая симптоматика может помочь дифференцировать сосудистую деменцию от других видов деменции
- Следует подтвердить, что деменция является сосудистой, на основе истории инсульта или выводов нейровизуализации, которые предполагают сосудистую причину
- Влияет на память, имеет медленное начало, необратима



СОСУДИСТАЯ ДЕПРЕССИЯ

- Поздний возраст начала – **после 50 лет** (чаще – после 64 лет)=депрессия с поздним началом.
- Реже выявляется семейный анамнез депрессии
- Характерны потеря интересов, инициативы, возможности получать удовольствие, психомоторная заторможенность, **АПАТИЯ** (дефицит побуждений с утратой жизненного тонуса, отрешенность от прежних желаний, вялость, безразличие ко всему окружающему, безучастность к своему положению.
- **НЕ** характерны чувство вины, тоски
- Характерны легкие или умеренные когнитивные расстройства.
- Плохое восстановление и слабая эффективность терапии антидепрессантами.



Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение)/А.М. Вейн и др. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007. – 208 с.: ил.

ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ДЕПРЕССИЯ

- Большая депрессия = расстройство настроения, обусловленное инсультом с эпизодом депрессии, подобной большой депрессии. Печаль, тревожность, напряженность, снижение интереса к жизни, нарушения сна с ранними утренними пробуждениями, потеря аппетита со снижением веса, трудности концентрации внимания, замедленность мышления, мысли о смерти.
- Малая депрессия. Сниженное настроение или ангедония и по крайней мере один, **но менее четырех, дополнительных симптомов** большой депрессии
- Дистимия. Депрессивное настроение большую часть дня, но не весь день, в течение **по меньшей мере двух лет** и наличие **двух или более следующих симптомов**: снижение или повышение аппетита, инсомния или гиперсомния, общая слабость или утомляемость, низкая самооценка, трудности концентрации внимания или снижение работоспособности, ощущение безнадежности.

Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе
3 - все время
2 - часто
1 - время от времени, иногда
0 - совсем не испытываю
2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться
3 - определенно это так, и страх очень велик
2 - да, это так, но страх не очень велик
1 - иногда, но это меня не беспокоит
0 - совсем не испытываю
3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове
3 - постоянно
2 - большую часть времени
1 - время от времени и не так часто
0 - только иногда
4. Я легко могу присесть и расслабиться
0 - определенно, это так
1 - наверно, это так
2 - лишь изредка, это так
3 - совсем не могу
5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь
0 - совсем не испытываю
1 - иногда
2 - часто
3 - очень часто
6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться
3 - определенно, это так
2 - наверно, это так
1 - лишь в некоторой степени, это так
0 - совсем не испытываю
7. У меня бывает внезапное чувство паники
3 - очень часто
2 - довольно часто
1 - не так уж часто
0 - совсем не бывает

Количество баллов здесь _____

Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)

1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство
0 - определенно, это так
1 - наверно, это так
2 - лишь в очень малой степени, это так
3 - это совсем не так
2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное
0 - определенно, это так
1 - наверно, это так
2 - лишь в очень малой степени, это так
3 - совсем не способен
3. Я испытываю бодрость
3 - совсем не испытываю
2 - очень редко
1 - иногда
0 - практически все время
4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно
3 - практически все время
2 - часто
1 - иногда
0 - совсем нет
5. Я не слежу за своей внешностью
3 - определенно, это так
2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени
0 - я слежу за собой так же, как и раньше
6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения
0 - точно так же, как и обычно
1 - да, но не в той степени, как раньше
2 - значительно меньше, чем обычно
3 - совсем так не считаю
7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы
0 - часто
1 - иногда
2 - редко
3 - очень редко

Количество баллов здесь _____

- 0-7 баллов → «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)
8-10 баллов → «субклинически выраженная тревога / депрессия»
11 баллов и выше → «клинически выраженная тревога / депрессия»

Например: по шкале тревоги (слева) получилось 11 баллов, по шкале депрессии (справа) – 3 балла
Можно сделать вывод, что имеет место клинически выраженная тревога, а уровень депрессии находится в пределах нормы

Или: по шкале тревоги получилось 15 баллов, по шкале депрессии – 9 баллов

Можно сделать вывод о том, что имеет место клинически выраженная тревога и субклинически выраженная депрессия

Или: по шкале тревоги получилось 6 баллов, по шкале депрессии – 1 балл

Можно сделать вывод о том, что уровни и тревоги, и депрессии находятся в пределах нормы

Таблица 3. Диагностические критерии сосудистой депрессии

Сочетание критериев А и В1, В2 или В3

- А. Наличие депрессивного эпизода в сочетании с клиническими и/или нейровизуализационными признаками цереброваскулярного заболевания.
- В1. Клинические признаки инсульта, транзиторной ишемической атаки (в т. ч. в анамнезе), ХИМ.
- В2. Гиперинтенсивность серого вещества, множественное повреждение белого вещества.
- В3. Когнитивные нарушения: нарушения исполнительных функций (планирование, организация, абстрактное мышление), памяти, замедление скорости обработки информации.

Диагноз подтверждается одним из критериев:

- дебют депрессии в возрасте старше 50 лет или после развития цереброваскулярного заболевания;
- значимая утрата интересов и способности получать удовольствие;
- психомоторная заторможенность;
- отсутствие наследственного анамнеза депрессии;
- значимая дезадаптация при самообслуживании.

[Азимова Ю.Э.](#)¹, [Ищенко К.А.](#)¹, [Рачин А.П.](#)², [Гусева М.Е.](#)³

«Депрессия и деменция: две стороны одной медали?»

[Регулярные выпуски «РМЖ» №24 от 21.12.2016](#) стр. 1616-1619

ВЫВОДЫ:

- Легкая депрессия отмечается на ранних стадиях
- Распространенность депрессии и тревоги у пациентов с эпилепсией, по данным разных исследований, варьирует от 20 до 55 %
- Постинсультная депрессия представляет собой одно из наиболее распространенных, инвалидизирующих и потенциально разрушительных психиатрических осложнений после инсульта
- Слабая эффективность терапии антидепрессантами.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

1. Астенический синдром. Характеризуется **эмоциональной лабильностью**, слабостью, гиперсенситивностью, головокружениями, снижением моторной активности, быстрой утомляемостью, раздражительностью, нарушениями концентрации внимания, слезливостью.
2. Церебрастенический синдром - снижение работоспособности связано не только с повышенной психической истощаемостью и усиленной утомляемостью после физических нагрузок, но и с отчетливым **замедлением умственной деятельности**, и с **ухудшением памяти**. Трудности сосредоточения внимания сочетаются с затруднениями воспроизведения недавних событий, в результате чего понижается продуктивность умственной работы. Больным приходится тратить много времени на различного рода поиски, повторять то, что было уже сделано. Критическое отношение к появившимся изменениям еще больше дезорганизует их. Они стараются избегать спешки, использовать в физической работе и в процессе мышления прочно зафиксированные **стереотипы**.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

«Дифференцированные подходы к диагностике и терапии психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга»: учебно-методические рекомендации. Краснодар, КубГМУ, 2019. - 45 с.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

- 3. Астенодепрессивный синдром. Пониженное настроение с **чувством безнадежности и бесперспективности** в значительной мере связано с переживаниями ухудшающегося физического и психического состояния. К пониженному настроению присоединяется раздражительность, особенно по утрам, когда она может достигать степени дисфории. Другим характерным компонентом является тревожность, которая возникает **без каких-то внешних поводов** либо в связи с временными ухудшениями общего состояния.



АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

- 4. Астеноипохондрический синдром - к развитию этого синдрома ведут обычно **повторные обострения** сосудистого процесса, когда **опасения за свою жизнь** и дальнейшее существование проявляются в фиксации на признаках плохого самочувствия с тенденцией к образованию сверхценных идей. Сглаживаются или даже полностью исчезают при улучшении общего состояния.
- 5. Фобический синдром. У части больных отмечаются временами обостряющиеся **тревожные опасения** ухудшения своего состояния, страхи перед повторными приступами сосудистого заболевания. Страхи носят навязчивый характер. Больные, несмотря на разрешение врачей, упорно избегают малейших физических нагрузок, иногда в течение длительного времени не выходят из дома, а если выходят, то только в такие места, где они могут рассчитывать на получение медицинской помощи.



АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

- 6. Психопатоподобные расстройства - **стойкие** изменения характера и некоторых особенностей личности, наступающие у больных сосудистыми заболеваниями. Развитие определенных изменений личности связано не только с ее преморбидными особенностями и характером сосудистой патологии, но и с возрастным фактором.



ИНСОМНИЯ

- У людей, перенесших инсульт, часто возникают **трудности со сном и сонливость в дневное время**. Исследования сообщают о **хронических проблемах со сном** у 34-67% пациентов, при этом 48% удовлетворяют критериям бессонницы. 17-34% пациентов с инсультом в дальнейшем сообщают о нарушении дневного функционирования из-за чрезмерной сонливости и усталости (30-69%).
- **Депрессия и усталость** широко распространены в острой и подострой фазе, и оба аспекта могут негативно влиять и/или взаимодействовать со сном.
- Еще одним возможным фактором, способствующим снижению эффективности сна, может быть усиление боли или дискомфорта у пациентов.



Sterr A, Kuhn M, Nissen C, Ettine D, Funk S, Feige B, Umarova R, Urbach H, Weiller C, Riemann D. Post-stroke insomnia in community-dwelling patients with chronic motor stroke: Physiological evidence and implications for stroke care. Sci Rep. 2018 May 30

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Gorelick PB, Counts SE, Nyenhuis D. Vascular cognitive impairment and dementia. *Biochim Biophys Acta*. 2016 May;1862(5)
2. Feyissa AM, Hasan TF, Meschia JF. Stroke-related epilepsy. *Eur J Neurol*. 2019 Jan;26(1):18-e3.
3. Lossius MI, Rønning OM, Gjerstad L. Epilepsi etter hjerneslag [Post-stroke epilepsy]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2004 Mar 4;124(5):620-2. Norwegian.
4. Sterr A, Kuhn M, Nissen C, Ettine D, Funk S, Feige B, Umarova R, Urbach H, Weiller C, Riemann D. Post-stroke insomnia in community-dwelling patients with chronic motor stroke: Physiological evidence and implications for stroke care. *Sci Rep*. 2018 May 30
5. Zhao Y, Li X, Zhang K, Tong T, Cui R. The Progress of Epilepsy after Stroke. *Curr Neuropharmacol*. 2018;16(1):71-78
6. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение)/А.М. Вейн и др. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007. – 208 с.: ил.
7. «Дифференцированные подходы к диагностике и терапии психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга»: учебно-методические рекомендации. Краснодар, КубГМУ, 2019. - 45 с.
8. Клиническая эпилептология: руководство / М. Я. Киссин. — М. ГЭОТАР-Медиа, 2011.,
9. К.Ю. Мухин, О.А. Пылаева «Формирование когнитивных и психических нарушений при эпилепсии: роль различных факторов, связанных с заболеванием и лечением (обзор литературы и описания клинических случаев)» ТОМ 12 / VOL. 12
10. ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ
11. Н. Н. Усова, Н. В. Галиновская, А. А. Левшенкова, Л. А. Лемешков. КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА. Проблемы здоровья и экологии.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!