

Ostre i przewlekłe zaburzenia organiczne

Anna Justyna Piotrowska

Tadeusz Piotrowski

Ostre zaburzenia organiczne

- Zaburzenia świadomości
- Halucynozy

- Zespół amnestyczny

- **ŚWIADOMOŚĆ** (wg. T. Bilikiewicza)
 - **zdolność do odbierania, rejestrowania i zintegrowanego przetwarzania informacji**
 - **a także do celowego reagowania na bodźce**

PRZYTOMNOŚĆ- stan gotowości układu nerwowego do reagowania na bodźce

Cechy zaburzeń świadomości:

- niejasność spostrzegania i pojmowania
- spadek reakcji na bodźce zewnętrzne
- utrudniony kontakt z otoczeniem
- zmniejszona zdolność przypominania i zapamiętywania

Składniki zaburzeń świadomości:

- JAKOŚCIOWE:
 - **przymglenie** -niejasne spostrzeganie i pojmowanie otoczenia, i własnych przeżyć
 - **zamącenie** jak wyżej + zniekształcenie i zafałszowanie spostrzegania
 - **zawężenie** -ograniczenie przeżyć psychicznych do małego wycinka rzeczywistości

Składniki zaburzeń świadomości:

■ ILOŚCIOWE:

- **senność patologiczna (somnia)** czynniki toksyczne, zakaźne, choroby org., urazy czaszki
- **półśpiączka (sopor)** - zachowana reakcja na silne bodźce bólowe, z zachowaniem odruchów obronnych
- **śpiączka (coma)**- zniesienie reaktywności - cukrzyca, hipoglikemia, niewydolność wątroby, zewnątrzpochodne czynniki toksyczne, uraz, udar

Zespoły zaburzeń świadomości:

- **przymglenie proste**
- **zespół majaczeniowy**
- **zespół splątaniowy**
- **zespół zamroczeniowy**
- **stan oniryczny**

Przymglenie proste:

- niejasność spostrzegania i pojmowania otoczenia oraz własnych przeżyć
- spowolnienie psychoruchowe
- nastrój zwykle obojętny
- utrudnienie kontaktu z otoczeniem
- osłabiona reakcja na bodźce zewnętrzne
- zaburzona orientacja, zwłaszcza w czasie

Rodzaje zespołów zamroczeniowych (pomoczných):

- **zamroczenie proste**
- **zamroczenie złożone**

Zespół pomroczny prosty (obnubilatio):

- brak kontaktu z otoczeniem
- podniecenie ruchowe (często z agresją, ucieczka)
- zaburzenia emocji (gniew, lęk, rzadko euforia)
- nagły początek i koniec
- zaburzenia trwające krótko - godz.
- niepamięć całkowita lub wyspy pamięciowe
(napady padaczkowe, urazy OUN, zaburzenia dysocjacyjne)

Zamroczenie złożone (wytwórcze):

- płytsze zaburzenia świadomości, lepszy kontakt
- iluzje, omamy, urojenia
- zaburzenia psychosensoryczne
- pamięć przeżyć zwykle zachowana

Zespół majaczeniowy:

- objawy przymglenia świadomości
- zaburzenia aktywności ruchowej - niepokój psychoruchowy
- zaburzenia emocji (lęk, dysforia, euforia)
- zaburzenia spostrzegania - złożone doznania omamowe i złudzenia
- urojenia związane z omamami,
- narastanie objawów wieczorem i w nocy
- częściowa niepamięć po ustąpieniu zespołu

Przyczyny majaczenia:

- **ch. zakaźne** (dur brzuszny, zapalenie płuc, malaria, i in. z wysoką gorączką)
- **intoksykacja** (pochodne atropiny, leki p/depresyjne trójpierścieniowe)
- **zab. elektolitowe, odwodnienie**
- **stany pooperacyjne**
- **encefalopatia mocznicowa**
- **podostre bakteryjne zapalenie wsierdza**
- **z. abstynencyjny: w przebiegu uzależnienia od alkoholu, w przewlekłym nadużywaniu leków**

•Mnemonic for differential diagnosis of delirium - AEIOU M&M TIPS

- A - alcohol (including withdrawal)
- E - epilepsy (especially post-ictal)
- I - infection
- O - oxygen (hypoxia)
- U - uremia
- M - myocardial infarction
- & - anesthesia
- M - metabolic
- T - trauma/fracture
- I - insulin
- P - polypharmacy
- S - stroke

Majaczenie alkoholowe:

- pojawia się po upływie ok. 2-4 dób po przerwaniu intensywnego ciągu picia

- zachowana orientacja autopsychiczna
- niepokój ruchowy
- zaburzenia spostrzegania (złudzenia, halucynacje gł. wzrokowe, proste słuchowe)
- urojenia inkoherentne
- zaburzenia syntezy sensorycznej (mikropsje i makropsje, “wałące się ściany”)
- zaburzenia emocjonalne (lęk, euforia, dysforia)
- objawy wegetatywne (silne, grubofaliste drżenie rąk, języka, tachykardia, zlewne poty)
- czasami napady drgawkowe typu grand mal

Zespół splątaniowy (amentywny):

- najgłębsze zaburzenia świadomości
- brak kontaktu z otoczeniem, dezorientacja
- zab. toku myślenia
- niepokój ruchowy osiąga rozmiar bezładnego miotania się (jaktacje)
- możliwe nieprecyzyjne omamy i urojenia
- całkowita niepamięć po ustąpieniu
- zespół narasta powoli i ustępuje powoli
- niekorzystny czynnik rokowniczy
 wyniszczające ch. somatyczne, ch.
 zakaźne, intoksykacyjne

Ostra halucynozja

- Omamy gł. słuchowe o treściach prowokujących lęk i zagrożenie (omamy komentujące, groźby pozbawienia życia)
- urojenia treściowo związane z omamami
- zaburzenia świadomości +/-

- jeżeli objawy trwają dłużej niż 7 dni \Rightarrow postać przewlekła

LEK z wyboru Haloperidol

Epidemiologia zaburzeń świadomości

- 10% pacjentów przyjmowanych do szpitali ogólnych
- 20-30% pacjentów hospitalizowanych
- Większość prac dotyczy majaczenia
- Brak danych odnośnie występowania przymglenia
- Brak danych odnośnie występowania zaburzeń świadomości w warunkach ambulatoryjnych
- Zgony w szpitalu: 22-76%
- Zgony do 6 miesięcy po wypisie: ok. 25%

Leczenie zaburzeń świadomości

- Prowadzenie leczenia we właściwym miejscu
- Właściwa diagnostyka
- Leczenie przyczynowe i objawowe
- Poinformowanie rodziny o przyczynach, mechanizmie i czynnikach ryzyka zaburzeń świadomości

Leczenie objawowe

- Haloperidol 0,25-0,5mg co 4-6 godz.
- W opanowaniu niepokoju i agresji Haloperidol 2,5-5mg w iniekcji i.m. jednorazowo
- Bezpieczny, ale:
 - ◆ Obj.pozapiramidowe
 - ◆ Dyskinezy
 - ◆ Złośliwy zespół neuroleptyczny
 - ◆ Konieczność kontroli EKG przy większych dawkach i przedłużającej się kuracji; QT powyżej 450ms jest wskazaniem do zmniejszenia dawki

Leczenie objawowe c.d.

- Pochodne fenotiazynowe nie są wskazane (mogą nasilać zaburzenia świadomości):
 - ◆ Działanie antycholinergiczne
 - ◆ α -adrenolityczne: spadki ciśnienia
 - ◆ Nadmierna sedacja

Dobre doświadczenia z risperidonem,
olanzapiną, quetiapiną i alimemazyną

Obraz psychopatologiczny przewlekłych zaburzeń organicznych

- Organiczne zaburzenia osobowości
- Organiczne zaburzenia urojeniowe, afektywne, lękowe
- Zespoły otępienne
- Zespół amnestyczny

OTĘPIENIE

- Zespół objawów spowodowanych chorobą mózgu zwykle o charakterze przewlekłym, w którym **zaburzone są funkcje poznawcze**.
- Otępienie objawia się obniżeniem sprawności intelektualnych i upośledzeniem funkcjonowania w życiu codziennym i społecznym.
- Otępienie nie musi obejmować wszystkich funkcji poznawczych. Kryterium rozpoznania jest zaburzenie co najmniej 2 funkcji poznawczych, z których jedną jest pamięć.

OTĘPIENIE (ICD-10)

Osłabienie pamięci

- Łagodne (zakłócenie codziennych czynności, ale nie uniemożliwiające samodzielnego życia; trudności w uczeniu się nowego materiału; „gdzie ja to położyłem”)
- Umiarkowane (zachowane jest to co najbardziej wyuczone i przyswojone, „co to za ulica?”, „jak on się nazywa?”, „co robiłem?”)
- Ciężkie (niezdolność do zachowania nowych informacji, fragmenty wcześniejszych, nierozpoznawanie bliskich)

OTĘPIENIE (ICD-10)

Pogorszenie myślenia, sądzenia i planowania

- Łagodne (zakłócenie codziennych czynności, ale nie uniemożliwiające samodzielnego życia; złożone zadania nie są możliwe)
- Umiarkowane (proste zadania w obrębie domu; niemożność samodzielnego funkcjonowania)
- Ciężkie (brak zrozumiałego myślenia)

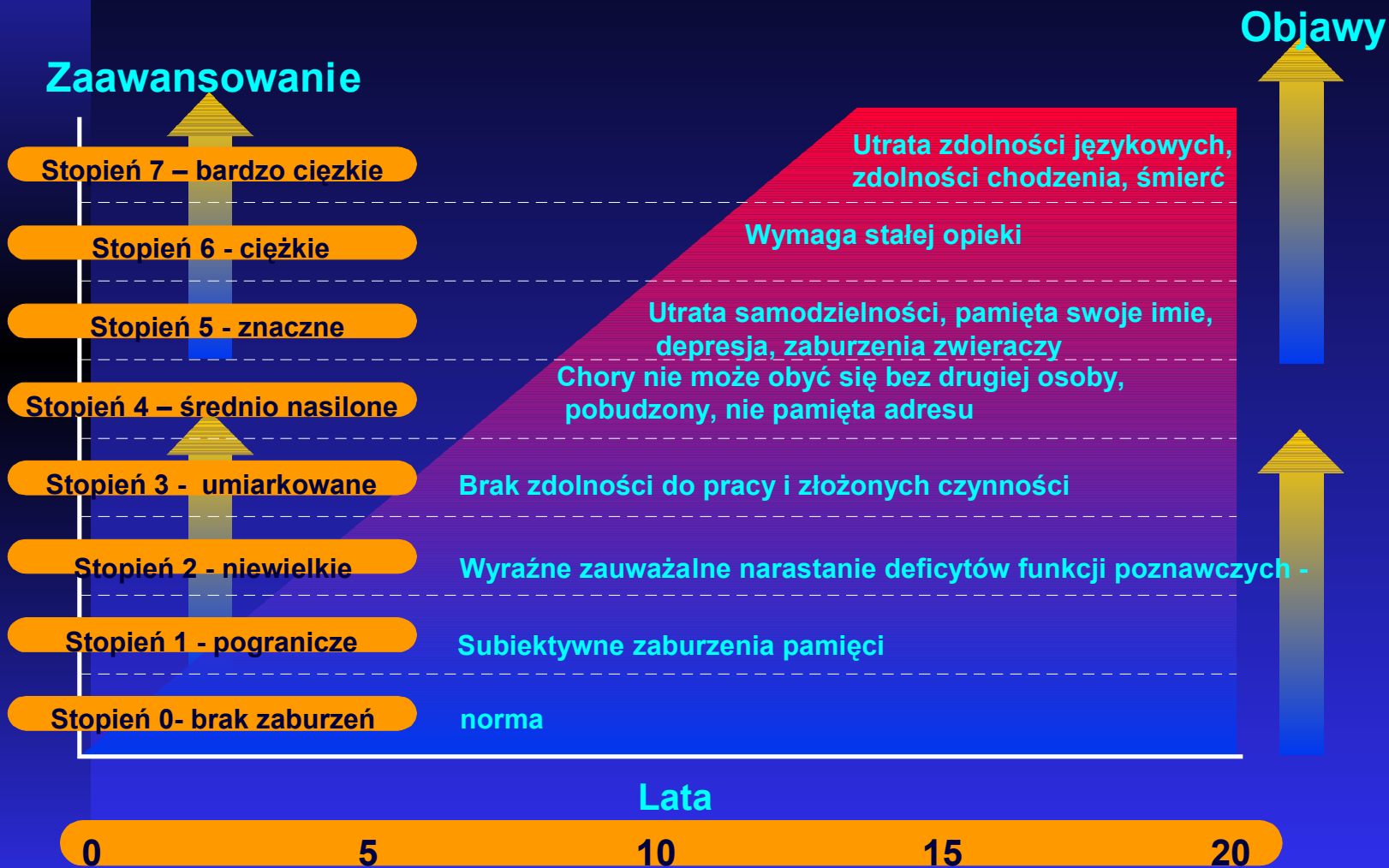
OTĘPIENIE (ICD-10)

Inne objawy

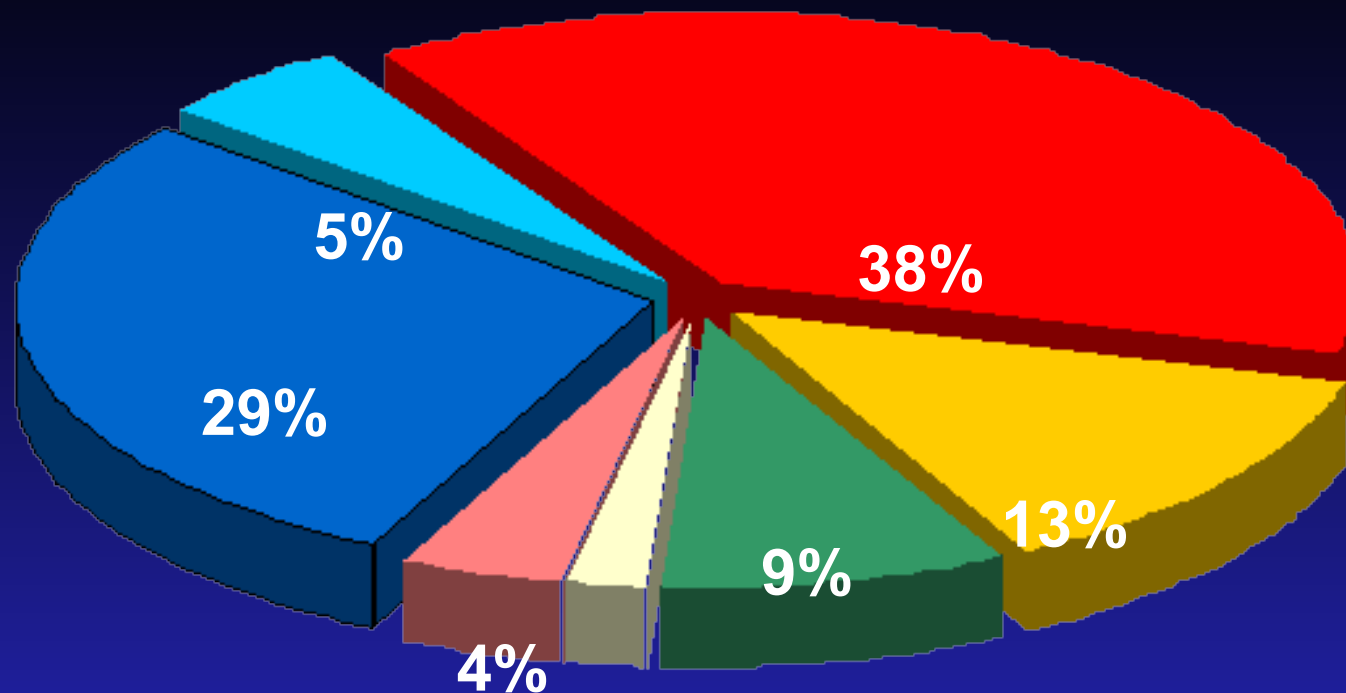
- Zachowana świadomość (brak przymglenia lub majaczenia)
- Zaburzenia emocji i zachowania (chwiejność emocjonalna, drażliwość, apatia, prymitywizacja zachowań)
- Utrzymywanie się objawów powyżej 6 miesięcy

Ocena zaawansowania otępienia

The Global Deterioration Scale (GDS)



PRZYCZYNY OTĘPIENIA



- otępienie naczyniopochodne
- choroba Alzheimera
- otępienie z ciałami Lewy'ego
- otępienie czołowo-skroniowe
- inne zwyrodnieniowe
- potencjalnie terapeutyczne
- ch. Alzheimera + otępienie naczyniopochodne

Dychotomiczny podział otępień

OTĘPIENIE PIERWOTNE

- Choroba Alzheimera
- Choroba rozsianych ciał Lewy'ego
- Otępienie czołowo-skroniowe
- Choroba Huntingtona
- Choroba Parkinsona
- Choroba Wilsona
- Postępujące porażenie nadjądrowe (zesp. Steele'a-Richardsona-Olszewskiego)
- Zanik oliwkowo-mostowo-mózdzkowy

OTĘPIENIE WTÓRNE

- Otępienie naczyniopochodne
- Otępienie w przebiegu niedotlenienia mózgu
- Otępienie urazowe
- Otępienie toksyczne (leki, alkohol, trucizny)
- Otępienie w przebiegu zaburzeń niedoborowych (niedobór wit. B12, encefalopatia Wernickiego, niedobór tiaminy, niedobór kwasu foliowego)
- Zaburzenia metaboliczne (niedoczynność i nadczynność tarczycy, hiperkalcemia)
- Guzy OUN i krwiaki
- Neuroinfekcje
- Inne (wodogłowie normotensyjne, stwardnienie rozsiane, stwardnienie boczne zanikowe, choroby autoimmunologiczne)

DIAGNOSTYKA PODSTAWOWA

- Powtórzenie nazw 3 przedmiotów bezpośrednio i po 3 minutach
- Dni tygodnia od ostatniego do pierwszego
- Test rysowania zegara
- Krótka Ocena Stanu Psychicznego (MMSE)

KRÓTKA OCENA STANU PSYCHICZNEGO

Mini-Mental State Examination(MMSE)

- Orientacja w czasie i miejscu
- Zapamiętywanie (trzy słowa)
- Uwaga i liczenie (100 – 7)
- Przypominanie
- Funkcje językowe (nazywanie, powtarzanie, wykonywanie poleceń, pisanie)
- Praktyka konstrukcyjna (przerysowanie rysunku)
- Wynik poniżej 24 pkt. sugeruje otępienie, poniżej 27 pkt – szczegółowe badanie kliniczne

TEST RYSOWANIA ZEGARA

Poziom I

- Niewielkiego stopnia trudności w rozmieszczaniu godzin
- Oznaczanie godzin na zewnątrz koła
- Godziny do góry nogami
- Rysowanie „szprych” w celu zachowania orientacji

Poziom II-V:

- postępujące zaburzenia wzrokowo-przestrzenne

OTĘPIENIE TYPU ALZHEIMERSKIEGO

- Początek niezauważalny, przebieg postępujący
- Upośledzenie pamięci świeżej
- Nieporadność, trudności z doбором słów
- Niepokój, agresja, nierozpoznawanie bliskich osób

OTĘPIENIE Z CIAŁAMI LEWY'EGO

- Zaburzenia zmienne
- Okresowo zaburzenia świadomości
- Omamy wzrokowe i słuchowe
- Urojenia
- Częste upadki chorego
- Objawy pozapiramidowe i /lub nadwrażliwość na neuroleptyki
- Szybki postęp choroby

OTĘPIENIE CZOŁOWO-SKRONIOWE

- Podstępny początek i powolny przebieg
- Utrata dbałości o wygląd
- Zachowania seksualne
- Grubiaństwo
- Nadmierna aktywność oralna (palenie, picie, jedzenie)
- Stany depresyjne, lęk, labilność emocji

OTĘPIENIE NACZYNIOPPOCHODNE

- Obecność chorób układu krążenia
- Zaburzenia pojawiają się nagle (zwykle po udarze mózgu)
- Skokowe pogorszenia
- Objawy ogniskowe
- W otępieniu podkorowym stany apatyczno-abuliczne

Organiczny zespół amnestyczny

- Gł. zaburzenia pamięci świeżej i dawnej
- zachowane natychmiastowe przypominanie
- amnezja wsteczna
- zaburzenia orientacji w czasie
- konfabulacje
- obj. neurologiczne (ataksja, oczopląs, obj. rozsiane = encefalopatia Wernickego)
- zapalenie wielonerwowe
- apatia lub euforia

LECZENIE: Tiamina + Nootropil

- JEŻELI OSTRY, TO WSTĘP DO ZABURZEŃ ŚWIADOMOŚCI LUB OGNISKOWE USZKODZENIE OUN

ZABURZENIA I PROBLEMY WSPÓŁISTNIEJĄCE

- Depresja
- „Psychozy starcze”
- Stany majaczeniowe
- Choroby somatyczne
- Polipragmazja
- Interakcje lekowe
- Samotność

PRÓBY TERAPEUTYCZNE

- Inhibitory acetylocholinesterazy (ACEI)
 - donepezil (Aricept) – 5-10 mg/d
 - riwastigmina (Exelon) – 6-12 mg/d
 - Galantamina -16-24mg/d
- MEMANTYNA- antagonist NMDA – 5-20 mg/d
- Piracetam (Memotropil, Nootropil)
- Pirytynol (Enerbol) – 300-600 mg/d
- Cinnarizina (Cinnarizinum) – 75-225 mg/d
- Nicergolina (Adavin, Nilogrin) – 30-60 mg/d
- Preparaty Gingko biloba

DONEPEZIL

- Selektywne odwracalne hamowanie acetylocholinesterazy
- Okres półtrwania 70 h
- Silne działanie ośrodkowe, słabe obwodowe
- Ołępienie łagodne i umiarkowane
- Początkowo 5 mg/d jednorazowo, po 4 tygodniach dawkę można zwiększyć do 10 mg/d
- Objawy uboczne: nudności, wymioty, biegunka, zaparcia, zawroty głowy

RIWASTYGMINA

- Selektywny pseudonieodwracalny inhibitor acetylocholinesterazy
- Krótki okres półtrwania 1 h
- Metabolizm bez udziału cytochromu P 450 (brak interakcji)
- Ośłabienie łagodne i umiarkowane
- Dawkę należy zwiększać powoli - 3 mg co 2 tygodnie
- Objawy uboczne: nudności, wymioty, brak apetytu, zawroty głowy, osłabienie

Piracetam

cykliczna pochodna kwasu γ -aminomasłowego (GABA)

- **Przywraca płynność błon komórkowych**
- Zwiększa gęstość receptorów
- Zwiększa metabolizm i wychwyty zwrotne neuroprzekaźników
- Nasila neurotransmisję, zwłaszcza **cholinergiczną i glutaminergiczną**
- Poprawia metabolizm komórki nerwowej
- Zmniejsza produkcję wolnych rodników
- Poprawia mikrokrojenie mózgowe
- Przeciwwskazania: pobudzenie, depresja z niepokojem, bezsenność
- Badania wykazują skuteczność przy stosowaniu dawek 4–8g

OPIEKA NAD CHORYM

- Edukacja rodziny
- Opieka domowa
- Grupy wsparcia dla chorych i rodzin
- Domy pobytu dziennego
- Domy pomocy społecznej

Epidemiologia depresji w wieku podeszłym

- najczęstsze zaburzenie psychiczne po 60 r.ż. to depresja

Różnicowanie majaczenia i otępienia

	Majaczenie	Otępienie
Przebieg	Gwałtowny	Przewlekły
Początek	Nagły	Powolny
Czas trwania	Dni, tygodnie	Miesiące, lata
Nasilenie objawów	Zmienne	Powoli postępujące
Zaburzenia świadomości	O zmiennym nasileniu	Nie występują
Orientacja	Upośledzona przynajmniej okresowo	Początkowo prawidłowa
Stan emocjonalny	Lęk, drażliwość	Chwiejność emocjonalna, zazwyczaj bez lęku
Myślenie	Zaburzone	Zubożone
Zaburzenia pamięci	Znaczne upośledzenie pamięci krótkotrwałej	Zubożenie pamięci zarówno długotrwałej jak i krótkotrwałej
Zaburzenia spostrzegania	Często omamy	Mniej częste, nocne epizody majaczenia
Napęd ruchowy	Zmienny	Prawidłowy, obniżony
Uwaga i czujność	Wybitnie zaburzone	Mnie zaburzone
Rokowanie	Majaczenie jest odwracalne	Otępienie w większości przypadków jest nieodwracalne

Różnicowanie otępienia i depresji

	Otępienie	Depresja
Początek	Nieuchwytny	Dni lub tygodnie
Przebieg	Powolny, pogorszenia w nocy	Szybki, nawet w ciągu jednego dnia
Wywiad	Choroby innych układów lub stosowanie leków	Choroby afektywne
Krytycyzm	Obniżony	Zachowany, chory przejmuje się swoim stanem lub pozorny
Objawy neurologiczne	Częste	Nieobecne
Badanie stanu psychicznego	Wybitnie upośledzone procesy poznawcze, nasilone zaburzenia pamięci, odpowiedzi przybliżone, konfabulacje, perseweracje, uwypuklanie błahych osiągnięć, spłaszczenie afektu, labilność emocjonalna	Apatia, zmienne odpowiedzi, obniżenie nastroju, lęk, negatywna ocena rzeczywistości
Zachowanie	Zaburzone proporcjonalnie do zaburzeń poznawczych	Zaburzone niewspółmiernie do zaburzeń poznawczych
Współpraca	Pacjent współpracuje, ale łatwo się zniechęca	Brak współpracy, gdy wymaga to wysiłku
Wynik TK	Nieprawidłowy	Prawidłowy