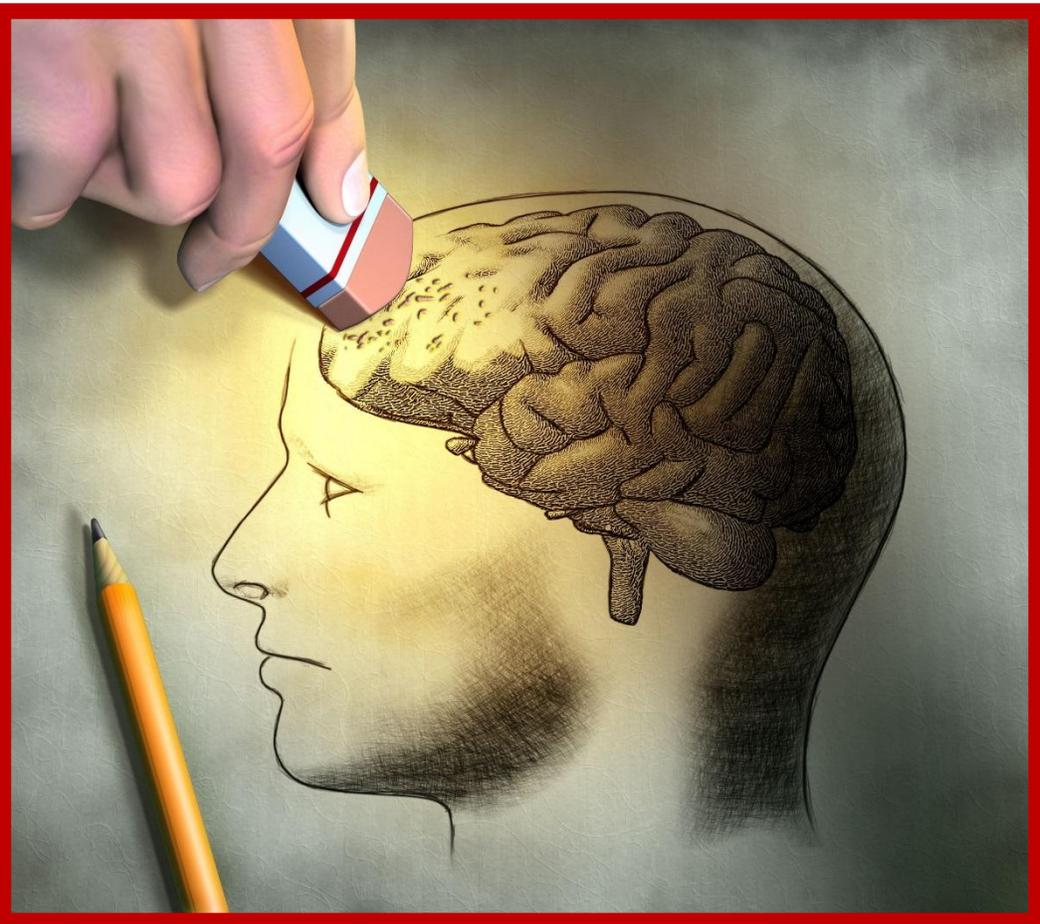


ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ – ВЗГЛЯД ПСИХИАТРА



к.м.н., доцент кафедры психиатрии,
медицинской психологии
и неврологии с курсом ДПО
ФГБОУ ВО АГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

**Лещенко Лариса
Владимировна**

ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

**ОБЪЕДИНЯЕТ ВСЕ ТИПИЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ОРГАНИЧЕСКОЙ
ПРИРОДЫ**

Авторы МКБ-10 подчеркивают, что термин «органический» не предполагает, что при всех других психических заболеваниях нет каких-либо изменений в структуре нервной ткани, но указывают на тот факт, что в данном случае известна причина поражения мозга или природа такого поражения

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

ОРГАНИЧЕСКИЕ, ЭКЗОГЕННЫЕ И СОМАТОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА



ЭНДОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ
(обусловленные внутренними-эндогенными факторами)

- Эпилептическая болезнь
- Атрофические заболевания головного мозга



ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ
(обуславливаются собственно экзогенными воздействиями или соматическими заболеваниями)

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

Диагностическая триада: (Вальтер-Бюэль Х., 1951)

- эмоциональная лабильность (неустойчивость, недержание эмоций)
- снижение памяти (вплоть до фиксационной амнезии)
- снижение интеллекта (ухудшение понимания вплоть до деменции)

Астенический синдром:

- быстрая истощаемость
- гиперестезия

Соматовегетативные расстройства:

- головная боль, головокружение
- метеочувствительность, плохая переносимость жары, духоты, поездок в транспорте
- нарушение регуляции соматических функций (потливость, одышка, тахикардия и др.)

Изменение личности:

- медлительность и взрывчатость, реже равнодушие и пассивность
- эгоцентризм
- приземленность интересов

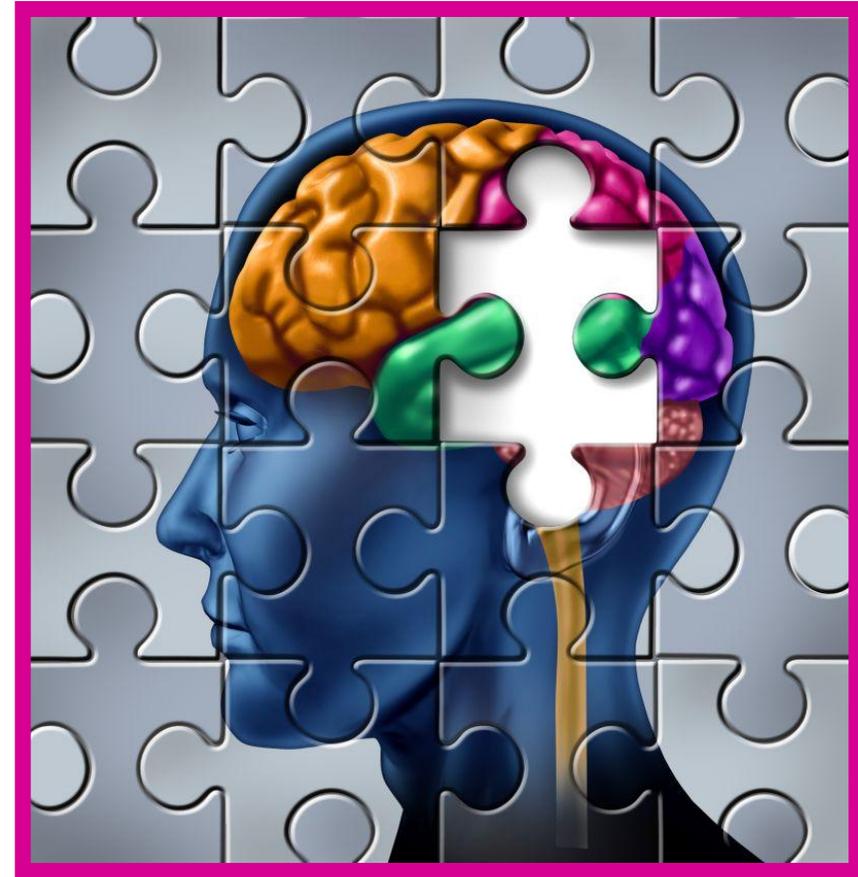
Очаговая неврологическая симптоматика

- ПАРАЛИЧИ
- АПРАКСИЯ, АФАЗИЯ, АКАЛЬКУЛИЯ, АГРАФИЯ, ДИЗАРТРИЯ, ДИСФАГИЯ
- НАРУШЕНИЯ РАБОТЫ ОРГАНОВ ЧУВСТВ И КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ
- ЭПИЛЕПТИФОРМНЫЕ ПАРОКСИЗМЫ

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

– полиэтиологический синдром, который отмечается при различных заболеваниях и вторичных поражениях головного мозга.

Это снижение памяти, умственной работоспособности и других когнитивных функций по сравнению с исходным уровнем или индивидуальной нормой, что приводит к нарушению процесса рационального познания мира за счет дефекта восприятия, обработки и анализа информации, а также нарушения процессов запоминания, хранения, обмена информацией с построением и осуществлением программы действий.



АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

«КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ: ЭПИДЕМИЯ XXI ВЕКА».



- В индустриально развитых странах все более важной проблемой является быстрое увеличение пожилой части популяции и рост частоты заболеваний, ассоциированных с возрастом*
- Недовольство своей памятью выражают до одной трети лиц среднего возраста
- Симптомы нарушения памяти и внимания встречаются у 20% людей в популяции от 18 до 65 лет*
- Жалобы на нарушения памяти предъявляют:
 - ✓ каждый 2-й пациент старше 50 лет*

- ✓ 2 из 3 пациентов старше 65 лет
- * 1. Windisch M. *Cognition-Enhancing (Nootropic) Drugs. Brain mechanisms and psychotropic drugs.*— New York London Tokyo, 1996.
2. Koivisto K et al. *Neurology.* 1995;45:741-747 GFK Group, *Study of market potential for Tanakan,* 2011
3. Программа международной научно-практической конференции «Когнитивные нарушения: эпидемия XXI века»

г. Пермь 07.06.2013

КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ

(от лат. cognition – познание, изучение, осознание):

- **ПАМЯТЬ**

- Внимание
- Речь
- Гнозис – узнавание
- Праксис – целенаправленные движения
- Восприятие
- Мышление
- Интеллект
- Счет
- Письмо
- Чтение



ИНТЕЛЛЕКТ

ОТНОСИТЕЛЬНО УСТОЙЧИВАЯ СТРУКТУРА УМСТВЕННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ИНДИВИДА:

- Способность к рациональному познанию
- Мышление
- Ориентировка
- Критические способности
- Умение адаптироваться к новой ситуации
- Способность к творчеству
- Способность к сопоставлению информации, выявлению сходств и различий, общего и частного, главного и второстепенного, вынесению умозаключений и т.д.

ПАТОЛОГИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

ОЛИГОФРЕНИЯ

**ВРОЖДЕННОЕ ИЛИ
ПРИОБРЕТЕННОЕ В
ПЕРВЫЕ ТРИ ГОДА
ЖИЗНИ СЛАБОУМИЕ**

- Дебильность
- Имбецильность
- идиотия

ДЕМЕНЦИЯ

**ПРИОБРЕТЕННОЕ
СЛАБОУМИЕ**

ОРГАНИЧЕСКАЯ ДЕМЕНЦИЯ

ПАРЦИАЛЬНАЯ

(дисмнестическая,
атеросклеротическая)

- неравномерность психических нарушений (с преобладанием мнестических);
- сохранность «ядра личности»;
- критическое осознание имеющихся проблем со здоровьем (пользуются записной книжкой и т.д.)

ТОТАЛЬНАЯ

(диффузная, глобарная)

- тяжёлый интеллектуальный дефект с неспособностью оценки, анализа, осмысления окружающего;
- неадекватность поведения;
- нивелировка индивидуальных личностных свойств;
- грубые расстройства критики.

ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЕ СЛАБОУМИЕ (КОНЦЕНТРИЧЕСКОЕ)

НА ПОЗДНИХ ЭТАПАХ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ

НАРУШАЕТСЯ ПАМЯТЬ И СПОСОБНОСТЬ К ПОНИМАНИЮ:

- **Тугоподвижность мышления с нарастающей обстоятельностью, склонностью к детализации, утратой способности отличать главное от второстепенного**
- **Резкое снижение словарного запаса (олигофазия), стоячие обороты**
- **Выраженные изменения личности с нарастанием эгоцентризма**
- **Преобладают приземленные бытовые интересы, концентрация на собственных проблемах**
- **Расстройства памяти носят избирательный характер: хорошо помнят наиболее важные для них факты и совершенно не запоминают событий, не имеющих для них большого значения**

ШИЗОФРЕНИЧЕСКОЕ СЛАБОУМИЕ

НЕ НАРУШЕНЫ ЗАПОМИНАНИЕ И ПОНИМАНИЕ, А ПРИЧИНАМИ НИЗКОЙ ПРОДУКТИВНОСТИ И БЕСПОМОЩНОСТИ –

ЯВЛЯЮТСЯ ОБЕДНЕНИЕ ЭМОЦИЙ, ОТСУТСТВИЕ ВОЛИ И НАРУШЕНИЕ СТРУКТУРЫ МЫШЛЕНИЯ (АПАТО-АБУЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ):

- **Нарастает пассивность и равнодушие**
- **Отсутствует стремление к достижению результата**
- **Не следят за собой, не придают значения одежде, перестают мыться и чистить зубы**
- **Мышление вычурное нецеленаправленное (резонерство)**
- **В речи присутствуют высокоабстрактные ассоциации (символизм, неологизмы, паралогичное мышление. Высказывания непонятны (разорванность, шизофазия)**
- **«Бездействие интеллекта» приводит к постепенной утрате накопленного запаса знаний и навыков, которыми больные не пользуются**

СИНДРОМ ГАНЗЕРА

ПСЕВДОДЕМЕНЦИЯ

- Мнимая утрата простейших знаний и умений
- На самые элементарные вопросы больные дают нелепые ответы, но в плане задаваемого вопроса
- Демонстрируют, что не могут одеться, самостоятельно есть

ПУЭРИЛИЗМ

- Детское поведение
- Больные заявляют, что они «ещё маленькие»
- Играют в куклы, скачут верхом на палке
- Просят «на ручки», хнычут
- Сосут палец, высовывают язык
- Говорят с детской интонацией

Жалобы на плохую

**память,
повышенную
забывчивость**

Физиологические
Возрастные
изменения
КОГНИТИВНЫХ функций

Нейродинамическ
ие
КОГНИТИВНЫЕ
нарушения

Когнитивные
нарушения
при
депрессии

Начало
органического
заболевания
ГОЛОВНОГО МОЗГА

В настоящее время насчитывается более 100 причин развития когнитивных нарушений

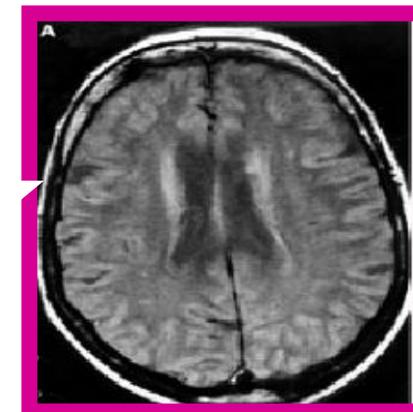
«НОРМАЛЬНОЕ» СТАРЕНИЕ – закон Рибо

Уменьшение
массы мозга

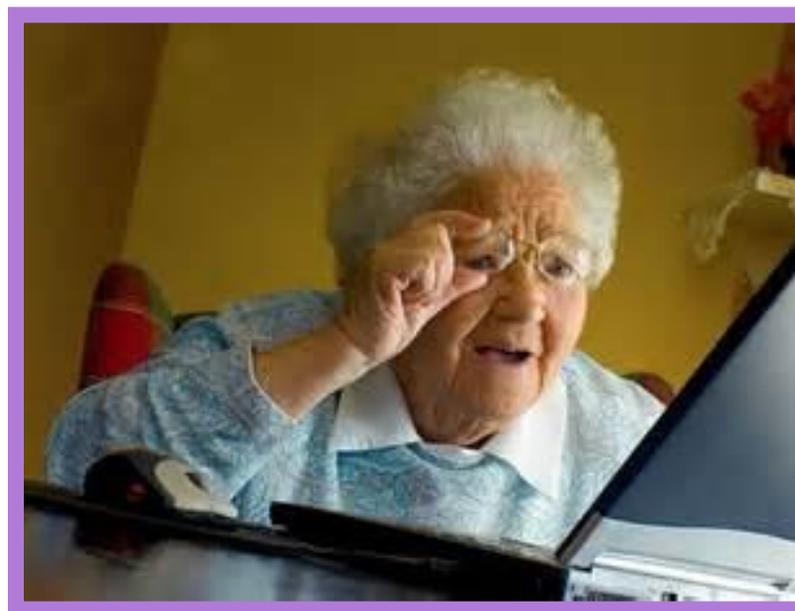


Уменьшение числа
синапсов

Изменения белого
вещества



Нейротрансмиттерная
недостаточность



НЕЙРОТРАНСМИТТЕРЫ, играющие роль в формировании памяти

- **АЦЕТИЛХОЛИН** – модулирует активность коры головного мозга в процессе запоминания, частично путем усиления действия глутамата
- **ГЛУТАМАТ** – возбуждающий нейротрансмиттер – одна из наиболее важных молекул памяти в связи с его влиянием на возбудимость нейронов и особой ролью в гиппокампе и др. медиальных структурах височной доли.
- Активация ГАМК («ингибирующего» нейротрансмиттера), снижая возбудимость нейронов, оказывает негативное влияние на память.
- Дофамин, норадреналин, серотонин также играют роль в формировании памяти.
- **НЕЙРОПЕПТИДЫ – ТРОФИЧЕСКИЕ БЕЛКИ**, воздействующие на мембранные рецепторы нейронов и системы вторичных мессенжеров

ФУНКЦИИ ПАМЯТИ, относительно хорошо сохраняющиеся с возрастом:

- **Семантическая память** – факты и основные знания о мире. Хотя в целом эта функция относительно хорошо сохраняется с возрастом, (лучше всего сохраняется та информация, которая часто используется), возможность вспоминать высокоспецифичную информацию (например, имена) обычно снижается.
- **Процедурная память** - приобретение и последующее выполнение когнитивных и двигательных навыков.

ФУНКЦИИ ПАМЯТИ, снижающиеся с возрастом:

- **Рабочая память** – удержание и манипуляция информацией в уме, как при упорядочивании в алфавитном порядке краткого списка слов, вербальная и зрительно-пространственная скорость мышления, память и обучение со зрительно-пространственным познанием более подвержены старению, чем вербальное познание.
- **Эпизодическая память** – персональные события и опыт.
- **Скорость обработки информации**
- **Перспективная память** – способность запоминать для выполнения действий в будущем (н-р, выполнять назначения врача).
- **Способность запоминать новую текстовую информацию**, создание выводов о новой текстовой информации, восприятие предварительных данных для формирования долговременной памяти, и интеграции полученных ранее знаний с новой текстовой информацией.
- **Вспоминание**

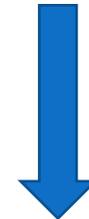
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

ОРГАНИЧЕСКИЕ, ЭКЗОГЕННЫЕ И СОМАТОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА



ЭНДОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ
(обусловленные внутренними-эндогенными факторами)

- Эпилептическая болезнь
- Атрофические заболевания головного мозга



ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ
(обуславливаются собственно экзогенными воздействиями или соматическими заболеваниями)

ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ ВСЕГ О КОМПЛЕКСА ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
ИСПОЛЬЗУЮТ ПОНЯТИЕ
ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

Диагностическая триада: (Вальтер-Бюэль Х., 1951)

- эмоциональная лабильность (неустойчивость, недержание эмоций)
- снижение памяти (вплоть до фиксационной амнезии)
- снижение интеллекта (ухудшение понимания вплоть до деменции)

Астенический синдром:

- быстрая истощаемость
- гиперестезия

Соматовегетативные расстройства:

- головная боль, головокружение
- метеочувствительность, плохая переносимость жары, духоты, поездок в транспорте
- нарушение регуляции соматических функций (потливость, одышка, тахикардия и др.)

Изменение личности:

- медлительность и взрывчатость, реже равнодушие и пассивность
- эгоцентризм
- приземленность интересов

Очаговая неврологическая симптоматика

Экзогенно-органические заболевания головного мозга (ЭОЗГМ)

- это обособленная группа психических заболеваний, развивающихся спустя более или менее продолжительный период времени после экзогенных воздействий, основной причиной которых являются уже не сами экзогении, а вызванное ими и сформировавшееся органическое поражение головного мозга.

(Пивень Б.Н., 1998)

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

(классификация Б.Н. Пивень, 1998)

I. ПСИХООРГАНИЧЕСКИЕ

II. ДЕПРЕССИВНЫЕ

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ (ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ)

III. БРЕДОВЫЕ

ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫЕ

ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ

НАВЯЗЧИВЫЕ

ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

I СТАДИЯ - интеллектуально-мнестические нарушения имеют минимальный характер. Они звучат в жалобах больных, но не находят убедительного объективного подтверждения

F 06.6 – органическое астеническое расстройство

F 06.7 – легкое когнитивное расстройство

II СТАДИЯ – объективно-выявляемые признаки интеллектуально-мнестического снижения, но с более или менее сохранной критикой к своему состоянию

F 07 – органическое расстройство личности

III СТАДИЯ – выраженные интеллектуально-мнестические расстройства и резкое снижение, вплоть до их отсутствия, критических способностей больных

F 01 – сосудистая деменция **F 02.8** – эпилептическое слабоумие

F 02.8 – нейросифилис

АТРОФИЧЕСКИЕ (ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ) ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Болезнь Альцгеймера	G 30, F00
Болезнь Пика	G31.0, F 02.0
Деменция с тельцами Леви	G 31.8, F 02.8
Хорея Гентингтона	G 10, F 02.2
Болезнь Паркинсона	G 20, F 02.3

ФАКТОРЫ РИСКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

НЕКОРРЕГИРУЕМЫЕ

- пожилой возраст
- семейный анамнез по деменции
- женский пол
- носительство аллеля APOE4
- ЧМТ в анамнезе



КОРРЕГИРУЕМЫЕ

- артериальная гипертензия
- гиперлипидемия
- сахарный диабет
- инсульт в анамнезе
- дефицит вит В12 и фолиевой кислоты
- ожирение
- гипергомоцистинемиия
- гиподинамия
- низкий уровень образования

КЛАССИФИКАЦИЯ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Н.Н. Яхно, 2004

“Субъективные”
когнитивные
расстройства

Легкие
когнитивные
расстройства

Умеренные
когнитивные
расстройства

НЕДЕМЕНТНЫЕ КР

Тяжелые
когнитивные
расстройства
(Деменция)

СУБЪЕКТИВНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

- Активные жалобы пациента (забывчивость, трудности концентрации внимания, утомляемость при умственной работе)
- При детальном нейропсихологическом обследовании отсутствуют отклонения от возрастной нормы

СУБЪЕКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕ ПОДТВЕРЖДАЮТСЯ

ЛЁГКИЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Незначительное ухудшение когнитивных способностей, которое выявляется только при решении наиболее сложных когнитивных задач, не оказывает какого-либо влияния на повседневную деятельность

ЛЁГКИЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

- **Активные жалобы пациента**
(забывчивость, трудности концентрации внимания, утомляемость при умственной работе)
- **Нарушения не заметны для окружающих лиц**
- **Нарушения выявляются только при детальном нейропсихологическом обследовании**

УМЕРЕННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

- **Активные жалобы пациента**
- **Нарушения заметны для окружающих лиц**
- **При нейропсихологическом тестировании выявляются изменения в одной или нескольких сферах**
- **Профессиональная деятельность и социальная, бытовая активность пациента в основном не страдают (иногда могут отмечаться трудности в сложных и необычных для больного видах деятельности)**

УМЕРЕННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

В отличие от

ЛЁГКИХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

**являются клинически
очерченным синдромом, который
осознаётся объективно и
обращает на себя внимание**

УКР от англ. (mild cognitive impairment – MCI)

Для описания когнитивного дефицита, связанного со старением, используются различные термины - доброкачественная старческая забывчивость, возраст-ассоциированные нарушения памяти и возраст-ассоциированный когнитивный дефицит.

Термин УКР предназначен для определения промежуточной стадии между нормальным старением и развитием патологического дементного старения.

Другие термины – изолированное поражение памяти, начальная деменция, продромальная стадия деменции – не получили столь широкого применения и не являются синонимичными.

ТЯЖЁЛЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА = ДЕМЕНЦИЯ

- Возможно отсутствие активных жалоб пациента
- Нарушения заметны для окружающих лиц
- При нейропсихологическом тестировании выявляются изменения в нескольких сферах

НАРУШЕНО

**САМООБСЛУЖИВАНИЕ
ПАЦИЕНТА**



Поведенческие и психические нарушения при деменциях

Психотические	<ul style="list-style-type: none">• бредовые• галлюцинаторные• галлюцинаторно-бредовые расстройства
Депрессивные симптомы	<ul style="list-style-type: none">• депрессивное настроение• апатия• отсутствие мотиваций
Поведенческие нарушения	<ul style="list-style-type: none">• агрессия• блуждание, попытки ухода из дома• двигательное беспокойство, бесцельная активность• насильственные крики• неуместное сексуальное поведение• патологические пристрастия и пр.

КЛАССИФИКАЦИЯ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Признаки	Субъективные КР	Лёгкие КР	Умеренные КР	Деменция
Жалобы	+	±	±	±
Когнитивное расстройство	-	+	++	+++
Нарушение повседневной активности	-	-	-	+

«ДЕМЕНЦИЯ»



- **Снижение известного или предполагаемого уровня интеллектуальных функций, приводящее к различной степени социальной дезадаптации.**
- **Клиническое состояние, характеризующееся значительными нарушениями в различных когнитивных сферах и не связанное с изменениями уровня бодрствования.**
- **Нарушение кратковременной и долговременной памяти, сочетающееся с расстройствами абстрактного мышления, способности к суждениям, других высших функций организма, а также личностным**

«ДЕМЕНЦИЯ» (МКБ-10)

Выраженное изменение когнитивных функций, которое приводит к нарушению индивидуальной повседневной жизни больного, к его дезадаптации.

Деменция диагностируется только при сочетании интеллектуально-мнестических нарушений с снижением или распадом способности к профессиональной и социальной деятельности.

Для постановки достоверного диагноза деменции необходимо также наличие когнитивных нарушений в течение, по меньшей мере полугода.

В остальных случаях диагноз может быть только предположительным.

Для диагностики деменции имеют значение следующие симптомы:

- **Расстройства мышления** (снижение способности к абстрагированию, логическому мышлению, нарушение вербальных функций).
- **Расстройства высших функций** (агнозия, апраксия, афазия, акалькулия, аграфия, алексия).
- **Нарушения памяти.**
- **Расстройства внимания** (способности реагирования на несколько стимулов одновременно, переключения внимания).
- **Волевые расстройства** (в виде вялости, бездеятельности, безынициативности либо двигательной расторможенности, непродуктивной суетливости).
- **Расстройства влечений и поведения.**
- **Эмоциональные нарушения** (в виде аффективной неустойчивости, немотивированного снижения настроения либо его повышения, склонности к тоскливо-злобному настроению и др., нивелировка или гротескное заострение преморбидных личностных черт).
- **Снижение критического отношения к своему состоянию.**

Виды деменции по степени тяжести

- **Деменция легкой степени:** трудовая деятельность и социальная активность значительно нарушены при сохранности ориентировки, способности к самообслуживанию, относительно сохранной способности к суждениям, критического осознания собственной болезни. Нарушения в интеллектуально-мнестической сфере обнаруживаются при прицельном обследовании психиатром или психологом.
- **Деменция средней степени:** при относительно сохранной способности жить самостоятельно больному требуются присмотр и помощь. Не в состоянии вспомнить ряд существенных фактов, а также хронологическую последовательность некоторых важных событий личной и общественной жизни. Однако, имеют представление о многих фактах настоящего и прошлого. Им не нужна помощь во время пищи, туалета, но они испытывают затруднения при выборе надлежащей одежды, при выполнении сложных операций при одевании.
- **Деменция тяжёлой степени:** тяжёлый интеллектуальный дефект с неспособностью оценки, анализа, осмысления окружающего, с неадекватностью поведения, с нивелированием индивидуальных личностных свойств, грубыми расстройствами критики. Больным необходима помощь элементарного самообслуживания или полный уход. Резко нарушены или полностью утрачены вербальные функции и навыки психомоторики (способность ходить или садиться и т.д.).

Наиболее частые причины деменции в российской попу

БА – болезнь Альцгеймера

ЦВЗ – цереброваскулярные заболевания

БА+ЦВЗ

ЛВД – лобно-височная дегенерация

ДТЛ – деменция с тельцами Леви

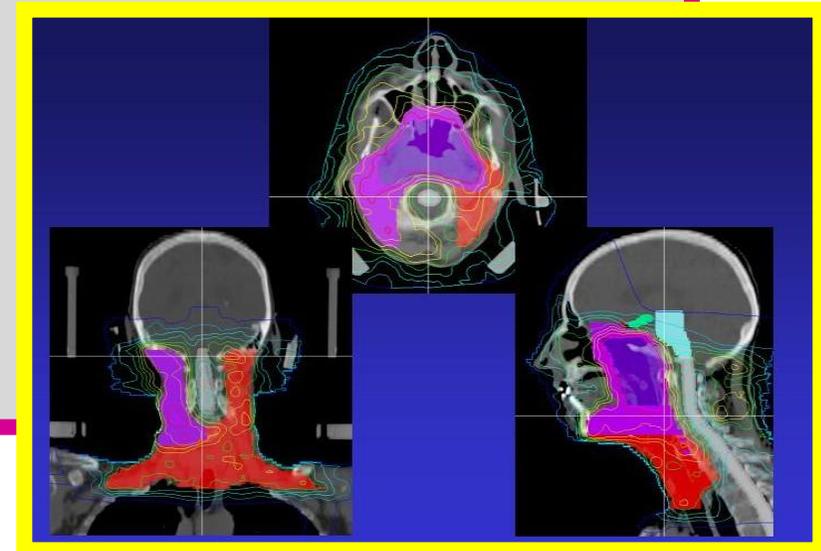


По данным лаборатории нарушений памяти им. А.Я. Кожевникова

**Установление точного
нозологического диагноза
когнитивных нарушений имеет
большое значение для выбора
оптимальной тактики ведения
пациентов и прогноза.**

Дифференциальный диагноз деменций:

- нейропсихологические особенности когнитивных расстройств;
- сопутствующие изменения в неврологическом статусе;
- данные нейровизуализации.



БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА

❖ Самое распространенное нейродегенеративное заболевание в клинической практике и самая частая причина деменции и менее тяжелых когнитивных расстройств.

❖ В отечественной неврологической практике БА выявляется недостаточно и зачастую лишь на стадии крайне тяжелых расстройств.

❖ БА начинается исподволь, незаметно и прогрессирует достаточно медленно, особенно при начале заболевания после 70 лет.

❖ Пациенты несмотря на очевидное заболевание, могут длительное время сохранять социально-бытовую адаптацию и даже продолжать работать.

❖ Терапевтические возможности при БА весьма ограничены. Максимальные возможности помощи существуют на стадии начальных проявлений БА.

❖ У неврологов, психиатров и врачей др. специальностей



Нейропсихологическая характеристика нарушений памяти при БА

- Значительная разница между непосредственным и отсроченным воспроизведением
- Неэффективность семантического опосредования и подсказок при воспроизведении
- Нарушение узнавания информации при наличии множественного выбора
- Вплетения постороннего материала при воспроизведении

Основной нейропсихологический признак БА – это специфические нарушения памяти, в основе которых лежит первичная недостаточность процессов запоминания.

Нарушения памяти являются самым ранним признаком этого заболевания и начинаются ещё до наступления деменции.

Новые (исследовательские) диагностические критерии БА



- Прогрессирующие нарушения памяти;
- Одно из следующих:
 - Понижение содержания амилоидных олигомеров и повышение содержания тау-протеина в спинномозговой жидкости
 - Атрофия гиппокампа, височно-теменных отделов по данным КТ или МРТ
 - Гипометаболизм или гипоперфузия височно-теменных отделов по данным позитронно-эмиссионной или однофотонно-эмиссионной компьютерной томографии

Ядро клиники БА в типичном случае на стадии развернутой деменции – триада:

- Нарушение памяти
- Расстройства пространственной ориентировки
- Афазия (нарушение речи по типу акустико-мнестической афазии)

Важной клинической характеристикой БА является отсутствие двигательных и сенсорных нарушений

(лишь на поздних стадиях могут быть неврологические признаки декорткации хватательные рефлексy, феномен противодержания и др.)

СКН – сосудистые когнитивные нарушения

- Тенденция к гипердиагностике.
- Сосудистая этиология когнитивных нарушений резюмируется во всех случаях, когда у пациента с расстройствами высших психических функций отмечаются АГ, атеросклероз или другие сердечно-сосудистые заболевания.
- Указанные патологические состояния являются также факторами риска нейродегенеративного процесса.
- Наличие сосудистых факторов риска не означает автоматически, что все имеющиеся расстройства имеют



Модифицированная шкала Хачинского

Показатель	Баллы
Внезапное острое начало	2
Ступенчатое прогрессирование	1
Соматические жалобы	1
Эмоциональная лабильность	1
Гипертензия в анамнезе	1
Инсульт в анамнезе	2
Субъективные неврологические расстройства	2
Объективные неврологические расстройства	2
Результат ≥ 4 баллов свидетельствует о сосудистом и смешанном характере нарушений	

Особенности СКН

1. Специфической особенностью является преимущественно «лобный» характер нарушений, что проявляется нарушением «управляющих» функций: планирования и контроля. Снижается темп и гибкость когнитивных процессов, концентрация внимания, возникают интеллектуальные расстройства.

Принципиальным отличием СКН от БА является **относительная сохранность памяти**, по крайней мере на стадии недементных когнитивных расстройств и легкой деменции

Особенности СКН

2. СКН в значительной части случаев сочетаются с эмоциональными расстройствами – снижение фона настроения, апатия, которые как и когнитивные развиваются в результате дисфункции передних отделов головного мозга.

Особенности СКН

3. СКН уже на стадии недементных когнитивных нарушений сопровождается двигательными и другими неврологическими расстройствами.

Наиболее характерны нарушения поддержания равновесия и походки.

Объективно выявляются расширение базы ходьбы, укорочение шага шарканье, трудности инициации ходьбы, «прилипания» к полу, частые падения особенно при начале ходьбы, поворотах и остановках.

В неврологическом статусе могут быть псевдобульбарный синдром, пирамидный тетрапарез, тазовые расстройства, которые в отличие от БА могут развиваться достаточно рано, в

том числе уже на стадии легкой деменции

Данные нейровизуализации СКН

- Наиболее специфическим признаком сосудистого поражения головного мозга являются очаговые изменения головного мозга (инфаркты).
- Лейкоареоз – диффузные изменения белого вещества.

Следует помнить, что наличие сосудистого поражения головного мозга по данным нейровизуализации не исключает возможности наличия сопутствующего нейродегенеративного характера.

НЕ забывать !!!

При органической деменции следует учитывать прежде всего то, что с её симптомами могут быть схожи:

проявления **депрессии,**
тяжёлой астении,
ятрогенных психических расстройств

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ

КОНИЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

- НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ
- НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ
- ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЕ
- ОАК (электролиты, креатинин, глюкоза, печеночные ферменты) и ОАМ
- БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ
- АНАЛИЗ КРОВИ НА Т3, Т4, ТТГ (концентрация гормонов щитовидной железы)
- ВИТАМИН В12 И ФОЛИЕВАЯ КИСЛОТА (концентрация фолатов в сыворотке крови)
- ЭКГ, суточное мониторирование АД
- ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ МАГ
- КТ или МРТ головного мозга
- ПЭТ
- СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ НА СИФИЛИС, ВИЧ, ТУБЕРКУЛЕЗ



Наиболее распространённые нейropsychологические тесты:

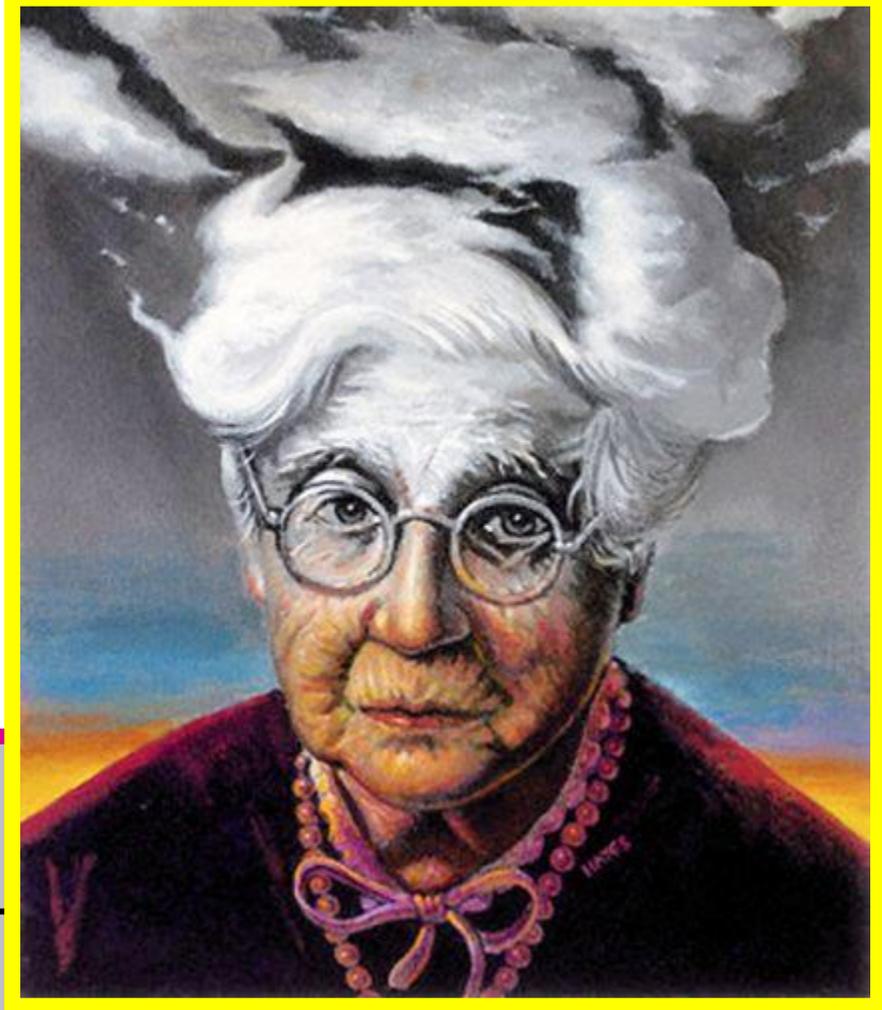
- **MMSE (КШОПС) или**
- **МОНРЕАЛЬСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ
КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ (МОКА-ТЕСТ)**
- **ТЕСТ РИСОВАНИЯ ЧАСОВ**
- **БАТАРЕЯ ТЕСТОВ НА ЛОБНУЮ ДИСФУНКЦИЮ**
- **ТЕСТ ЗАПОМИНАНИЯ 10 СЛОВ и др.**

ЛЕЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ДОДЕМЕНТНОЙ СТАДИИ

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

- ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ (КОГНИТИВНЫЙ ТРЕНИНГ)
- ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ



ЛЕЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ДОДЕМЕНТНОЙ СТАДИИ

- лечение сердечно-сосудистых факторов риска
 - коррекция дисметаболических нарушений
 - лечение депрессии

НЕЙРОПРОТЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

направлена на повышение и сохранение жизнеспособности (выживаемости) нейронов и включает лечение:

- ноотропами
- сосудистыми препаратами
- лекарственными средствами с нейротрофическими свойствами.

Механизм ноотропного действия

□ Связан с активацией

- Синтеза фосфолипидов,
- Стабилизацией клеточной мембраны,
- Взаимодействием с различными нейромедиаторными системами, главным образом с ГАМК

Согласно комбинированному принципу, включая клиническую эффективность, широту терапевтических эффектов и механизмов действия, выделяют:

Ноотропы прямого действия

(с доминирующими мнестическими эффектами)

Пирролидоновые производные (рацетамы)

оказывающие метаболитное действие: пирацетам, оксирацетам, нирацетам, прамирацетам, этирацетам, дипрацетам, ролзирацетам, небрацетам, изацетам, нефирацетам, детирацетам и др.

Нейропептиды и их аналоги: эбиратид, семакс, соматостатин, тиролиберин, пептидные аналоги пирацетама (ноопент)

Ингибиторы ацетилхолинестеразы

ипидакрин, ривастигмин, галантамин

Агонисты глутаминовых рецепторов

(NMDA и AMPA-подтипов): глутаминовая кислота, мемантин, милацемид, Д-циклосерин, нооглютил

Их основное действие – влияние на память!!!

Нейропротекторы с ноотропным действием

Активаторы метаболизма мозга: милдронат, фосфатидилсерин, эфиры гомопантотеновой кислоты, ксантиновые производные пентоксифиллина, пропентофиллин, тетрагидрохинолины и др. ингибиторы фосфодиэстеразы.

Церебральные вазодилататоры: винкамин, винпоцетин, ницерголин, винконат, виндебумол и др.

Антагонисты кальция: нимодипин, циннаризин, флунаризин и др.

Антиоксиданты: мексидол, эксифон, тирилазад, меклофеноксат, атеровит, эбселен, тиотриазолин, эмоксипин, PBN.

Вещества, влияющие на систему ГАМК: аминалон (гаммалон), пантогамы, пикамилон, дигам, никотинамид, фенибут, фенотропил, натрия оксибутират.

Вещества разных групп: этимизил, оротовая кислота, метилглюкооротат, оксометацил, беглимин, нафтидрофутил, цереброкраст, женьшень, лимонник и гинкго билоба, ЭУТ, элтон, производные фенилгидразина.

Пирролидоновые производные

Поликомпонентный механизм их действия включает не только активацию энергетического обмена, усиление синтеза РНК, белка, фосфолипидов, облегчение холинергической передачи, но и улучшение кровообращения в головном мозге.

ГАМК-ергические препараты

Механизмы ноотропного эффекта, оказываемого ГАМК-ергическими веществами, связаны как с усилением энергетических процессов в головном мозге (активация ферментов цикла Кребса, повышение утилизации глюкозы клетками мозга), так и с улучшением церебрального кровотока, его ауторегуляции.

Атрофические (БА, ДТЛ) и сосудистые деменции

Характеризуются сходными нейрохимическими изменениями в виде уменьшения синтеза и активности ацетилхолина и, напротив, увеличения глутаматергической медиации.

Поэтому при ведении пациентов с указанными нозологическими формами когнитивных расстройств допустим единообразный подход.

Медикаментозная терапия когнитивных расстройств

1. Ацетилхолинэргические препараты	А. ингибиторы ацетилхолинэстеразы: ипидакрин (аксамон), донепизил, ривастигмин (пластырь экселон), галантамин Б. предшественники ацетилхолина: церетон (холина альфосцерат)
2. Обратимый блокатор НМДА-рецепторов	Мемантин
3. Ноотропные препараты	Пирацетам, Пантогам актив, Анвифен (аминофенилмасляная кислота)
4. Вазоактивные препараты	Винпоцетин, EGB 761, пентоксифиллин, нимодипин и др.
5. Нейрометаболические препараты	Нейропептиды и аминокислоты, цитиколин, мексидол, нейрокс (этилметилгидроксипиридина сукцинат)

АЛГОРИТМ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ (КОМПЕНСАТОРНОЙ) ТЕРАПИИ

направлен на преодоление нейротрансмиттерного дефицита

- Лечение больных с мягкой и умеренно выраженной деменцией при БА рекомендуется начинать с холинергических препаратов (любой из ингибиторов ацетилхолинэстеразы).**
- При отсутствии или «истощении» терапевтического эффекта, плохой переносимости – заменить ингибитор ацетилхолинэстеразы на другой или использовать глутаматергические препараты.**

Препараты, усиливающие холинергические процессы

В настоящее время данная группа ноотропов развивается наиболее бурно, поскольку именно с ней связан прогресс в лечении болезни Альцгеймера. Применение классических препаратов пирролидинового ряда при этом заболевании обычно приносит лишь временный эффект, вслед за которым может наступить быстро прогрессирующее снижение памяти и интеллекта.

Поскольку **механизмы мнестических нарушений при болезни Альцгеймера связаны в основном с дефицитом холинергической передачи в головном мозге**, применение усиливающих ее препаратов приносит наибольший положительный эффект. Ведущее место сегодня занимают антихолинэстеразные препараты.

Они способствуют накоплению ацетилхолина благодаря угнетению разрушающего его фермента холинэстеразы.

Препараты, усиливающие холинергические процессы

Другой подход к усилению холинергической передачи связан с увеличением синтеза медиатора ацетилхолина.

В организме он расщепляется на холин и глицерофосфат.

Холин используется на синтез ацетилхолина,
а глицерофосфат — на синтез фосфатидилхолина
нейрональных мембран.

Глутаматергические препараты

Глутаматергической системе принадлежит одна из важных ролей в реализации синаптической пластичности и высших интегративных функций мозга, включая процессы обучения и памяти.

Поэтому она интенсивно исследуется как мишень для фармакологического воздействия.

Глутамат является возбуждающим нейромедиатором, глутаматные рецепторы (в частности, NMDA-рецепторы), как свидетельствуют накапливающиеся данные, вовлечены в механизмы нарушения памяти при различных заболеваниях ЦНС.

Ожидаемые результаты при лечении деменции

Легкая деменция	Умеренная деменция	Тяжелая деменция
<ul style="list-style-type: none">✓ Улучшение когнитивных функций✓ Замедление прогрессирования заболевания✓ Уменьшение поведенческих нарушений✓ Поддержание бытовой независимости	<ul style="list-style-type: none">✓ Улучшение функционирования в быту✓ Замедление прогрессирования заболевания✓ Уменьшение поведенческих и психотических нарушений✓ Улучшение бытовых навыков	<ul style="list-style-type: none">✓ Стабилизация состояния✓ Поддерживание гигиенических навыков✓ Облегчение ухода за больным✓ Уменьшение поведенческих и психотических нарушений

ВЫВОДЫ

- Проблема когнитивных нарушений носит мультидисциплинарный характер и о ней должны быть осведомлены не только неврологи и психиатры, но и врачи других специальностей.
- Своевременное выявление когнитивных нарушений на додементных стадиях повышает возможности их лечения и вторичной профилактики деменций.
- Деменция и недементные когнитивные расстройства являются важнейшими факторами, определяющими качество жизни больных со многими неврологическими, соматоневрологическими и психическими заболеваниями.
- Создание кабинетов, отделений, центров для ранней диагностики, лечения и профилактики когнитивных нарушений разными специалистами.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

