

# Психические заболевания позднего возраста

[Инволюционная депрессия](#)

---

[Инволюционный параноид](#)

[Болезнь Альцгеймера](#)

[Болезнь Пика](#)

[Сосудистые заболевания головного мозга](#)

# Возрастные периоды (классификация ВОЗ)

- инволюционный период –  
начинается с 45 лет
- 60-75 лет - пожилой возраст
- 75-89 лет - старческий возраст
- свыше 90 лет - долгожители

***Позд-  
ний  
воз-  
раст***

# Психические заболевания в позднем возрасте

- 1) Хронические психические заболевания, начавшиеся в более раннем возрасте и продолжающиеся в период инволюции
- 2) Заболевания, неспецифичные для периода инволюции, но дебютировавшие в позднем возрасте
- 3) Заболевания, специфичные для позднего возраста – *тема настоящего раздела*

# Психические заболевания, специфичные для позднего возраста

## Функциональные

обратимые, не ведут  
к развитию слабоумия

1. **Инволюционные депрессии**  
(депрессии позднего возраста)
2. **Инволюционный параноид**

## Органические

возникают как следствие  
деструктивного процесса в ГМ,  
сопровожаются развитием  
необратимых нарушений  
интеллекта

1. Первичные дегенеративные  
(**атрофические**) заболевания Г.  
М.

2. **Сосудистые**  
заболевания

# Предпосылки развития функциональных психических расстройств позднего возраста

- **Биологические** – гормональная перестройка, накопление хронических соматических заболеваний, уменьшение физических резервов организма, сосудистые заболевания Г.М.
- **Социальные** – изменения трудового и социального статуса, бедность, конфликтные отношения с близкими, *одиночество (!)*
- **Психологические** – осознание факта старения, экзистенциальный кризис «конца жизни», сенсорная депривация (уменьшение количества новых впечатлений), преморбидные особенности личности с чертами тревожности, подозрительности, мнительности, ригидности

# Инволюционные депрессии

## (депрессии позднего возраста)

- — затяжные тревожные или тревожно- бредовые депрессии, впервые возникшие в инволюционном периоде (*прежнее название «инволюционная меланхолия»*)
  - Являются вариантом *рекуррентного депрессивного*
- *расстройства* , условно выделяемым в связи с характерными особенностями клинической картины

# Инволюционные депрессии

## ***Клиническая картина:***

- **подавленное настроение с тревогой и страхом**
- **двигательное беспокойство** вплоть до выраженного тревожного возбуждения (*на высоте возможны суицидные попытки!*) или **двигательное оцепенение**, отражающие
- переживаемые больным страх и отчаяние  
часто: **депрессивный бред** (бредовые идеи самоуничижения) - *см. след. слайд*
- иногда: слуховые иллюзии, соответствующие

# Инволюционные депрессии

Депрессивные бредовые идеи при депрессиях позднего возраста:

- *Виновности* – виновен в бедах своей семьи, предприятия, где работал и пр. Страх быть обвиненным в воровстве, в заражении других людей болезнями и пр.
- *Обнищания, разорения* – убежденность в полном отсутствии денег, уверенность, что потеряет жилье, предстоит голодная смерть и пр.
- *Ипохондрические* – болен неизлечимой болезнью, «сгнили» внутренние органы, высох мозг, атрофировался кишечник, отсутствуют внутренности (бред Котара).



# Инволюционный

## параноид

— бредовой или галлюцинаторно-бредовой психоз, развивающийся в инволюционном периоде и характеризующийся параноидным бредом **«малого размаха»** .

Представлен бредовыми идеями, относящимися к группе идей преследования: материального ущерба, отравления, ревности

Бредовые расстройства по содержанию связаны с ситуацией проживания больных («кухонный» бред, бред «лестничной площадки», «обыденных отношений») – соседи воруют или портят вещи, еду с

# Инволюционный

## параноид

*Особенности клинической картины:*

Галлюцинаторные расстройства представлены элементарными обманами восприятия, которые тоже отличаются обыденностью содержания (ночью соседи стучат в потолок, подсыпают что-то портящее вкус в пищу, запускают газ с неприятным запахом в квартиру, пускают лучи света)

Содержание болезненных переживаний часто представляется достаточно правдоподобным и выглядит как обострившийся конфликт.

Больные сохраняют удовлетворительную социальную адаптацию и вне сферы бреда не обнаруживают заметных психических отклонений, что долго затрудняет распознавание болезни

Больные часто отличаются большой активностью и

# Лечение функциональных инволюционных психозов

- Антидепрессанты
- Антипсихотики (нейролептики)
- Электросудорожная терапия при инволюционной депрессии в случае неэффективности других средств

*Течение функциональных инволюционных психозов обычно затяжное, часты рецидивы.*

# Дегенеративные (атрофические) заболевания головного мозга

- • Болезнь Альцгеймера
  - • С ранним началом (до 65 лет)
  - • С поздним началом (после 65 лет, прежде называлась - сенильная деменция)

- **Болезнь Пика**

- Деменция при болезни Паркинсона

- Хорея Гентингтона

- Болезнь Крейцфельда – Якоба

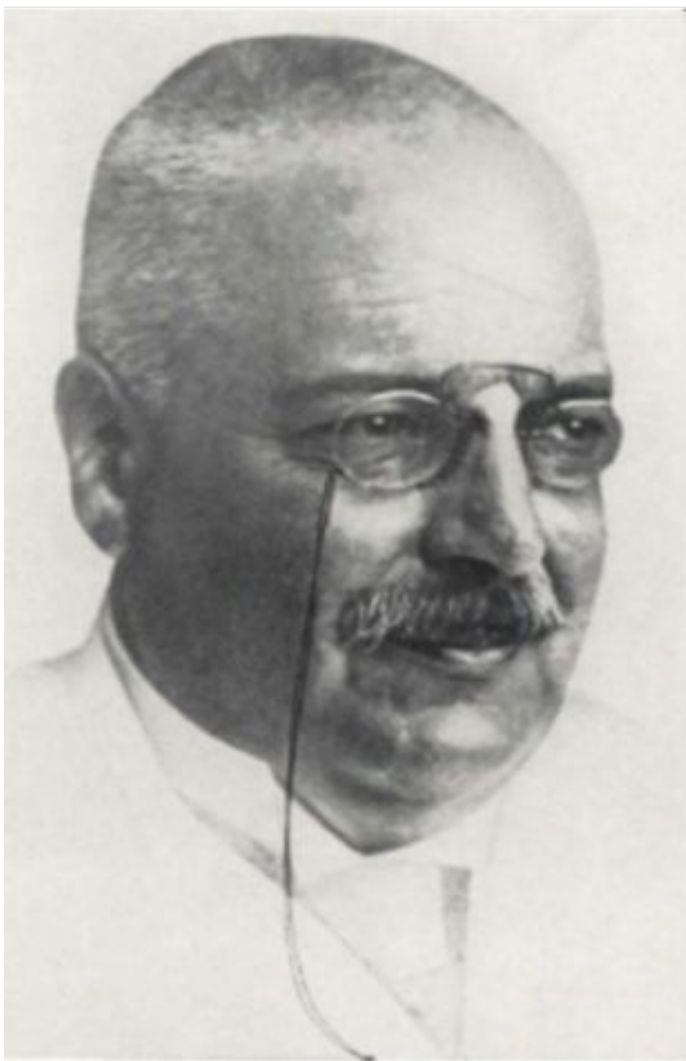
- и др.

См.  
дополни-  
тельный  
материал по  
данной теме

# Дегенеративные (атрофические) заболевания головного мозга

- *Основные характеристики этой группы заболеваний:*
  - Эндогенный характер
  - Морфологическая основа: дегенерация клеточных элементов головного мозга (локализация и патогенез определяют нозологическую принадлежность)
  - Развитие с постепенным началом и хроническим неуклонно прогрессирующим течением вплоть до глубокого распада интеллекта и психической деятельности в целом

# Болезнь Альцгеймера



— дегенеративное заболевание ЦНС (*атрофия преимущественно гиппокампа, височных и теменных отделов*), характеризуется неуклонным прогрессированием расстройств **памяти и высших корковых функций** вплоть до тотального распада интеллекта и в целом психической деятельности

***А. Альцгеймер, профессор неврологии и психиатрии из Франкфурта, в 1906 г. описал заболевание, названное впоследствии его именем***

# Эпидемиология болезни Альцгеймера

- Является одной из основных причин деменций в позднем возрасте
  - В России страдает более 4% людей старше 60 лет [Гаврилова С.И., 1995]
  - В США и Западной Европе распространенность выше
  - Распространенность значительно увеличивается с возрастом: 60-69 лет — 1%, 70-79 лет — 4%, старше 80 лет — 15% [Гаврилова С.И., 1995]
  - Чаще выявляется среди женщин
- Риск увеличивается при наличии случаев заболевания среди родных. Задействованы гены:
- регулирующие образование белков, предшественников амилоида

# Патоморфология болезни

## Альцгеймера

- Атрофия вещества головного мозга преимущественно в области **гиппокампа**, в **височных** и **теменных отделах** (*выявляется на МРТ, определяет клиническую картину*)
- Ведущие причины атрофии:
  - **сенильные (амилоидные) бляшки** (гиперпродукция и накопление белка  $\beta$ -амилоида)
  - **нейрофибрилярные клубки в нейронах**

=> приводят к уменьшению числа синапсов, ухудшению нейрональной передачи (особенно



# Клиническая картина б. Альцгеймера

Определяется картиной тотальной деменции,  
в основе которой:

- **Прогрессирующая амнезия** (идет по закону Рибо)
- **Нарушение высших корковых функций:**
  - **Апраксия** – утрата привычных навыков
  - **Агнозия** – утрата познавательных способностей, способности узнавать предметы и людей
  - **Афазия** - утрата способности понимать чужую речь и/или пользоваться речью для выражения собственных мыслей (артикуляционный аппарат и слух при этом сохранены)
  - **Аграфия** – утрата способности писать
  - **Акалькулия** – утрата способности считать
  - **Алексия** – утрата способности читать

# Динамика нарушений высших корковых функций при болезни Альцгеймера

- **Афазия:** 1) амнестическая афазия (забывают названия, слова, имена; сперва сложные, затем повседневные), 2) импрессивная (нарушение понимания сначала предложений, затем отдельных слов), 3) экспрессивная (обеднение словарного запаса – упрощение слов – спотыкания – дизартрия – эхолалия) → тотальная афазия
- **Агнозия:** нарушение узнавания (сперва старых знакомых или мест, где давно не был, затем: хорошо знакомых мест, родных и близких, обыденных предметов, себя в зеркале), нарушение понимания пространственных соотношений (теряются сперва в новой обстановке, затем в привычной, затем в собственной квартире, комнате) → растерянное выражение лица, «взгляд мимо» (не фиксируют взгляд на окружающих предметах и людях, т.к. не выделяют их в окружающем пространстве)
- **Апраксия:** сперва сложные действия (страдает план и последовательность действий – сложно готовить, шить и пр) → потом простейшие, автоматизированные (не могут одеться, умыться, есть), моторные функции (моторная неадекватность, аграфия)

# Динамика болезни Альцгеймера

- *Инициальная стадия*

- постепенное развитие когнитивного дефицита:  
нерезкие снижение памяти и внимания, затруднения в пространственной ориентировке, ошибки в профессиональной деятельности
- у части больных наблюдаются продуктивные расстройства (депрессивные и параноидные)

- *Стадия мягкой деменции*

когнитивный дефицит выражен до такой степени, что

- профессиональная деятельность невозможна

сохраняется простейшая бытовая активность, но

- требуют постоянного контроля со стороны близких

- *Стадия тяжелой деменции*

# Продолжительность болезни

## Альцгеймера

- Средняя продолжительность болезни составляет 8-10 лет (возможно затяжное течение (более 20 лет), и катастрофически быстрое (2-4 года))
- *На стадии тяжелой деменции присоединяются:*
  - неврологическая симптоматика (эмбриональная поза, контрактуры, автоматизмы, примитивные рефлексy)
  - общесоматическое одряхление (кахексия, эндокринные расстройства, трофические нарушения, полиорганная недостаточность – **физический маразм**)

Смерть наступает от присоединившихся инфекций, истощения, трофических и эндокринных нарушений

# Болезнь Альцгеймера

с ранним началом (до 65 лет, пресенильная деменция)

•- Медленное развитие болезни на инициальных этапах, затем быстрое прогрессирование

- **Прогрессирующая амнезия без парамнезий**
- **Нарушения высших корковых функций уже на ранних этапах болезни, в последующем достигают большой выраженности**
- Длительная сохранность реакции пациента на болезнь и основных его личностных особенностей

с поздним началом (после 65 лет, **сенильная деменция**)

- Менее прогрессивное развитие болезни на всех этапах

- **Прогрессирующая амнезия с оживлением воспоминаний прошлого** («сдвиг ситуации в прошлое») → считают себя молодыми, в окружающих людях узнают старых знакомых, деятельны, суетливы, постоянны парамнезии
- Нарушение высших корковых функций только на стадии тяжелой деменции, меньшая выраженность личности, эгоизм, бродяжничество, этих нарушений (охлаждение, отсутствие критики, изменения личности (огрубение

# Лечение болезни Альцгеймера

1) Компенсаторная (заместительная) терапия: *Для преодоления холинэргического дефицита. Базовая терапия. Замедляет прогрессирование когнитивного дефицита. Эффективна на ранних стадиях.*

- **Ингибиторы холинэстеразы центрального действия:** ривастигмин (Экселон); галантамин (Реминил)

2) Нейропротективная терапия: *для сохранения и повышения жизнеспособности нейронов*

- блокаторы глутаматных рецепторов (Акатинол Мемантин), ноотропы (пирацетам и т.д.), антиоксиданты, препараты животного происхождения, содержащие нейромедиаторы (Церебролизин) и пр

3) Противовоспалительная терапия

# БОЛЕЗНЬ ПИКА

- дегенеративное заболевание ЦНС (*атрофия преимущественно в лобной доле*) , начинается в пресенильном возрасте (*около 55 лет*) с постепенно нарастающих изменений личности, а в исходе приводит к развитию тотального слабоумия (*его варианта в виде деменции лобного типа*) .

- 
- Клиническая характеристика заболевания была дана А. Пиком в 1892г.

Распространенность: в 40 раз ниже, чем болезнь Альцгеймера

# Клиническая картина б. Пика

- медленное начало с личностных изменений, в последующем разрушение «ядра личности»
- преобладание «лобных симптомов», в зависимости от локализации пат.процесса:
  - бездеятельность, вялость, безразличие, апатия, аспонтанность **ИЛИ**
  - эйфория, дурашливость, отсутствие такта, нравственных установок, расторможенность низших влечений ("псевдопаралитический синдром" - сходная клиника с прогрессирующим параличом, т.е. сифилитическим поражением ГМ ).
- развитие нарушений мыслительной деятельности (абстрагирования, обобщения, продуктивности мышления, критики и уровня суждений)
- на фоне относительной сохранности памяти



# Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга

- *группа патологических состояний, развивающихся вследствие нарушений мозгового кровообращения разной этиологии и патогенеза (гипертоническая болезнь, атеросклероз, аневризмы, артерииты, васкулиты).*
- В Восточное Европе распространены чаще, чем
- атрофические заболевания Г.М.  
Нет прямых связей между характером и объемом поражениями Г.М. и психическими расстройствами (*имеет значение генетика??*).

# По течению и морфологическому субстрату (картина на МРТ):

- **с острым началом** (после обширного кровоизлияния или большого инфаркта)
- **мультиинфарктные** (много инфарктов в коре Г.М., постепенное нарастание симптомов, волнообразное течение)
- **подкорковые (энцефалопатия Бинсвангера)** – диффузная двухсторонняя ишемическая деструкция белого подкоркового вещества и множественные лакунарные (мелкие) инфаркты там же. Обусловлена поражением мелких сосудов, артериол. Возникает исподволь при **артериальной гипертензии**. Сопровождается поражением подкорковых ядер с клиникой паркинсонизма, шаркающей походкой.

# Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга

---

- • Стойкие (стадии психоорганического синдрома)
- • Преходящие (возникают под воздействием дополнительных внешних вредностей)
- • Эндоформные (по клинической картине напоминают эндогенные псих. р-ва)

# Клиника психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга (1/3)

## А. Стойкие – стадии

### **психоорганического синдрома:**

- неврозоподобные* (эмоционально-лабильное (астеническое), тревожное, диссоциативное р-ва)
- психопатоподобные* (органическое расстройство личности по любой из форм ПОС, почти всегда характерна эмоциональная лабильность)
- легкое (мягкое) когнитивное расстройство* (вязкость, обстоятельность мышления, патологическая детализация, гипомнезия)
- сосудистая деменция* (5,4% у лиц старше 60) -

# Клиника психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга (2/3)

---

**Б. Преходящие** – возникают под воздействием дополнительных внешних вредностей

- *синдромы нарушения сознания* (в остром периоде ОНМК)
- *амнестический (Корсаковский) с-м* (локализация ОНМК в гиппокампе или таламусе)
- *«спутанность»* (см. след. слайд).

# ***Сосудистая «спутанность»***

- **Легкое оглушение с фрагментарностью, бессвязностью мышления, неустойчивым вниманием, дезориентировкой в месте и времени, отрывочными галлюцинаторными переживаниями, тревогой, суетливостью**

Характерна флюктуация состояния, ухудшение в

- ночное время (!)

Возникает при: ОНМК, присоединении острого соматического заболевания (пневмония, мочева

- инфекция и пр), при передозировке лекарств (тогда более выражены галлюцинации)

- Свидетельствует о тяжелом состоянии и неблагоприятном прогнозе (!)

# Клиника психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга (3/3)

---

**В. Эндоформные** - по клинической картине напоминают эндогенные псих. р-ва

**1) тревожно-депрессивные** состояния. Выражена тревога, больные беспокойны, растерянны, ищут помощи, часто присоединяются бредовые идеи самоуничужения (клиническая картина близка к картине инволюционных депрессий). Высока опасность суицида(!)

**2) галлюцинаторно-бредовые** состояния:

-с бредом ущерба («бред малого размаха»), идеями ревности

-хронические галлюцинозы - определяется поливокальным истинным вербальным галлюцинозом, усиливающимся в ночные часы, преимущественно с угрожающим

# *Дифференциальный диагноз:* **сосудистая или атрофическая деменция**

- В пользу атрофической деменции свидетельствует:
  - постепенное начало
  - постепенное прогрессирование когнитивных расстройств без заметных колебаний тяжести состояния
- В пользу сосудистой деменции:
  - волнообразное течение, т.е. изменение выраженности симптоматики (флуктуации)
  - эпизоды спутанности в ответ на внешние вредности
  - эмоциональная лабильность, тревожные депрессии

***Однако часты смешанные состояния  
(сосудистые + атрофические)***



**Дифференциальная диагностика:**  
**сосудистая – атрофическая деменция.**  
*Ишемическая шкала Хачинского*

*(до 4 баллов – атрофическая, 7 и более – сосудистая)*

<b>Признак</b>	<b>балл</b>
Внезапное развитие деменции	2
Ступенеобразное развитие	1
Флюктуирующее развитие	2
Дезориентация в ночное время	1
Относительная сохранность личности	1
Депрессия	1
Эмоциональная лабильность	1
Артериальная гипертензия	1
Инсульт в анамнезе	2
Наличие атеросклероза (рез-ты ЭКГ и УЗДГ)	1
Очаговая неврологическая симптоматика	2
Патологические неврологические знаки	2

- Лечение сосудистой деменции
- **Адекватная терапия основного заболевания** (контроль гипертензии, дезагреганты, коррекция гипер-дислипидемии, вазоактивные препараты и т.д.)
  - **Нейропротективная терапия -**  
ноотропы
  - **Компенсаторная терапия** (см. лечение болезни Альцгеймера)
  - *Тщательный контроль соматического состояния, адекватное питание и уход – приобретают особое значение по мере развития заболевания и*