

*процессы при нервно-психических
заболеваниях у лиц старшего
возраста»*

Возрастные изменения нервной системы

- - Постепенно уменьшается число нервных клеток: от 10 – 20 % у 60 летних, до 50% у стариков;
- - Нарастают дистрофические изменения в клетках нервной ткани: в нейронах накапливается липофусцин (продукт окисления ненасыщенных жирных кислот), развивается старческий амилоидоз мозга (появление в клетках особого белка – амилоида);
- - Развивается очаговая демиелинизация нервных волокон, что приводит к замедлению проведения возбуждения по нервному волокну и увеличению времени рефлекса;
- - В различных отделах нервной системы нарушается обмен нейромедиаторов (дофамина, серотонина и норадреналина) – это увеличивает риск развития депрессии и болезни Паркинсона;
- - В конечном мозге отмечаются атрофические изменения извилин, расширяются борозды (это наиболее выражено в лобной и височной долях);
- - Ослабляются тормозные влияния коры головного мозга на деятельность подкорковых образований;
- - Медленно угасают старые условные рефлексы и трудно вырабатываются новые;
- - Снижается память, преимущественно кратковременная, что наряду с другими возрастными изменениями органов и систем, уменьшает способность к обучению.

Классификация

- *I. К первой группе относятся психические расстройства, развивающиеся в более ранние возрастные периоды и продолжающиеся или повторно возникающие после начала старения, а также психические заболевания, впервые возникшие в позднем возрасте, но не специфичные для него, способные развиваться в различные периоды жизни. В эту группу входит большинство форм психической патологии: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия, психические расстройства, обусловленные соматическими болезнями, инфекциями, черепно-мозговыми травмами, алкоголизм, токсикомании и наркомании.*

Классификация

- *II. Вторая группа включает функциональные психические расстройства позднего возраста, **сенильные и пресенильные деменции** и психические нарушения, обусловленные церебрально-сосудистой патологией - мозговым атеросклерозом и гипертонической болезнью.*
- *Функциональные психические расстройства позднего возраста в одних случаях носят **непсихотический характер** и относятся к области пограничной психиатрии (климактерические, неврозоподобные состояния), в других достигают **психотического уровня** (функциональные психозы позднего возраста).*

Функциональные психозы позднего возраста

- *Функциональные психозы позднего возраста - впервые развиваются в **пресениуме** или **старости** психотические состояния, которые предположительно обусловлены комплексом факторов, прямо или косвенно связанных со старением, и которые не приводят к выраженному органическому снижению уровня личности или слабоумию.*
- *Различают инволюционные психозы (возраст начала 45-60 лет) и функциональные психозы старости (возникают после 60-65 лет).*

Инволюционные психозы

- *Инволюционные психозы описаны*
- *Э. Крепелиным в конце XIX века.*
- *В настоящее время выделяют две клинические формы этих психозов: **инволюционную депрессию** (пресенильной меланхолии) и **инволюционный параноид.***

Инволюционная меланхолия

- *Классической картине инволюционной меланхолии свойственно сочетание тревожно-депрессивного аффекта.*
- *Больные всхлипывают, причитают, стонут, растерянно озираются, бестолково бродят или мечутся по помещению.*
- *У части больных депрессия сопровождается бредом. Чаще встречаются бредовые идеи несправедливого обвинения, осуждения больного окружающими. Бывают патологические **идеи преследования, отравления, ущерба, ревности, ипохондрический бред**. Бредовые идеи самообвинения малохарактерны для инволюционной депрессии.*

Инволюционная меланхолия

- Иногда на высоте тяжелой **инволюционной меланхолии** развивается бред депрессивно-фантастического содержания (бред Котара, или синдром Котара). Этот синдром характерен для психозов позднего возраста. В более ранние возрастные периоды он возникает редко.
- Для синдрома Котара характерно:
- Больные утверждают, что у них отсутствуют жизненно важные органы и функции (**нет желудка, кишечника, пища попадает непосредственно в брюшную полость и там накапливается, не перевариваясь, месяцами не бывает физиологических отпавлений**).
- В структуру синдрома могут входить идеи злого могущества (**своим существованием больной причиняет неисчислимые страдания и гибель людям, всему человечеству: люди умирают, задыхаясь в заполнивших всю атмосферу ядовитых испарениях, миазмах, исходящих от больного**).
- Бывают идеи мучительного бессмертия (**больной считает себя обреченным на вечные страдания, подобно грешникам в аду**).

Инволюционная меланхолия

- *Постепенно тревожно-депрессивные и бредовые проявления сглаживаются, становятся более скудными, формируется своеобразный **психический дефект** в виде уныло-пессимистической окраски эмоций, склонности к беспокойству по пустякам, косности, ригидности всех психических процессов. **К выраженным органическим изменениям психики, слабоумию инволюционная депрессия не приводит.** Отмечаемое у части больных некоторое ослабление памяти и интеллекта обусловлено естественными процессами старения и присоединением церебрального атеросклероза.*
-

Инволюционный параноид

- ***Клинические проявления и динамика инволюционного параноида (инволюционной паранойи).*** Начало болезни, как правило, медленное. Возникают и постепенно нарастают недоверчивость, подозрительность. В случайных высказываниях и поступках родственников, соседей больной усматривает признаки недоброжелательного отношения к себе, враждебности. Постепенно эти переживания трансформируются в интерпретативный бред, содержанию которого свойственны мелкомасштабность, конкретность и нередко правдоподобие. Бред касается лиц из непосредственного окружения больного и повседневных житейских событий, что дает основания называть его бредом обыденных отношений или малого размаха.

Инволюционный параноид

- **Особенно характерен бред ущерба.** Больные убеждены, что соседи или родственники притесняют их, тайком проникают в помещение, царапают мебель, пачкают и рвут белье, крадут мелкие деньги или вынимают мясо из кастрюли с супом.
- Нередко возникают идеи отравления, для обоснования которых привлекаются очередное недомогание, патологические ощущения в связи с соматической болезнью или возрастным недугом. Встречаются и паранойяльные ипохондрические идеи, идеи ревности. Иллюзии, галлюцинации возникают редко и не занимают существенного места в картине психоза.

Инволюционные заболевания

- *Течение инволюционных параноидов обычно хроническое. У большинства больных бред сохраняется многие годы, а иногда и всю последующую жизнь, не обнаруживая склонности ни к прогрессированию, ни к обратному развитию. Выздоровления, как правило, не наступает.*
- *Вместе с тем инволюционный параноид, как и инволюционная депрессия, не приводит к деменции.*

Сенильные и пресенильные деменции

- *К сенильным и пресенильным деменциям относят состояния прогрессирующего тотального слабоумия с началом в позднем возрасте, которые обусловлены церебрально-атрофическим процессом.*
- *Наряду с разным возрастом начала сенильные и пресенильные деменции имеют ряд клинических и патологоанатомических отличий. Особенно значима в практическом отношении сенильная деменция.*

Сенильная деменция (старческое слабоумие)

- *Клинические проявления и динамика. Сенильное слабоумие обычно развивается в возрасте 65-85 лет, хотя возможно и более раннее и более позднее начало болезни почти всегда медленное, малозаметное, с характерологических изменений. Эти изменения напоминают личностные сдвиги, свойственные естественному старению.*

Сенильная деменция (старческое слабоумие)

- *Наступают патологические изменения личности, типичные именно для старческого слабоумия (сенильная психопатизация личности). Больные становятся в характерологическом отношении похожими друг на друга.*
- *Им свойственны карикатурный эгоцентризм, черствость, скупость, собирательство старых ненужных вещей. Пропадают прежние интересы, и увлечения.*
- *Одновременно растормаживаются элементарные биологические потребности Неумеренно усиливается аппетит. Появляется своеобразная гиперсексуальность в виде повышенного интереса к молодым лицам противоположного пола, склонности к разговорам на эротические темы, а иногда и попыток развратных действия с малолетними. Преобладает угрюмо-раздражительное настроение. В целом душевная жизнь становится все более примитивной, однообразной.*

Сенильная деменция (старческое слабоумие)

- Уже на начальном этапе заболевания возникают признаки **мнестико-интеллектуальной недостаточности**, которая неуклонно нарастает, выступает на первый план и со временем достигает уровня глубокого **слабоумия**, распада всей психической деятельности.
- Прежде всего, страдает механическая память. Далее выявляется **фиксационная амнезия**, приводящая сначала к дезориентировке во времени, а затем и в окружающей обстановке. Значительно позднее расстраивается ориентировка в собственной личности, иногда доходящая до не узнавания собственного отражения в зеркале.

Сенильная деменция (старческое слабоумие)

- *Последующие расстройства памяти развиваются по закономерностям прогрессирующей амнезии. Запасы памяти утрачиваются в направлении от недавно приобретенных, менее прочных знаний и навыков, ко всё более старым и автоматизированным. Со временем память опустошается настолько, что больные не знают, где они живут, сколько у них детей, не помнят их имен, не могут назвать свой возраст, профессию. Пробелы в памяти часто заполняются ложными воспоминаниями (замещающими конфабуляциями).*
- *Конфабуляции - ложные воспоминания. Больные сообщают о вымышленных событиях, в действительности не имевших места в период, о котором идет речь.*

Сенильная деменция (старческое слабоумие)

- *Восприятие постепенно становится все более нечетким, расплывчатым. У части больных возникает «сдвиг ситуации в прошлое». У них полностью утрачивается память о последних годах, десятилетиях, а затем и большей части своей жизни. Одновременно оживляются воспоминания о далеком прошлом. Больные погружаются в воспоминания о юности, молодости и в этом ракурсе воспринимают и оценивают происходящее вокруг них. Утверждают, что им не 80 лет, а 20, что недавно вышли замуж и имеют малолетних детей. Обстановку больничной палаты принимают за квартиру, в которой когда-то жили. Узнают в окружающих давно умерших родственников, друзей.*

Сенильная деменция (старческое слабоумие)

- *Характерно извращение формулы сна: продолжительный дневной сон сочетается с ночной бессонницей, сопровождающейся суебливостью, бесцельными хождениями. Ночью нередко возникают эпизоды спутанного сознания с ложной ориентировкой, сборами в дорогу, попытками ухода.*
- *Настроению на более ранних этапах свойственны угрюмость, постоянное недовольство, ворчливость, которые позднее сменяются тупой беспечностью, эйфорией.*



IMMUNAR.RU

Сенильная деменция (старческое слабоумие)

- Течение сенильной деменции непрерывно или волнообразно-прогрессирующее. Нередко отмечается разрыв между глубоким распадом психической деятельности и относительной физической сохранностью.
- Часть больных доживают до стадии **маразма**. На этой стадии они почти неподвижны, безучастны, лежат в эмбриональной позе, практически недоступны общению, речевому контакту. Сохраняются лишь некоторые жизненные биологические потребности.
- Смерть чаще наступает в ходе интеркуррентных заболеваний. От появления начальных признаков старческого слабоумия до летального исхода проходит 2-10 лет.

Сенильная деменция (старческое слабоумие)

- **Прогноз сенильных деменций крайне неблагоприятный в связи с неизбежностью возникновения глубокого слабоумия, маразма и гибелью больных в пределах 8-10 лет от появления первых клинических признаков деменции. Несколько лучше прогноз при особенно позднем начале старческой деменции (после 80-85 лет). В этих случаях темп нарастания слабоумия более медленный.**
- **Лечение, уход и профилактика. Больные старческим слабоумием, прежде всего, нуждаются в наблюдении и уходе. Необходимо обеспечить больным диетическое питание, следить за регулярностью физиологических отпавлений, чистотой кожи, добиваться посильной двигательной активности и по возможности привлечения к простейшим формам деятельности. Должен быть обеспечен постоянный контроль за поведением больных, поскольку они могут совершать опасные поступки.**
- **Эффективная терапия сенильной деменции не разработана. Остановить ослабоумливающий процесс не удастся.**
- **В основном применяется симптоматическое лечение, направленное на поддержание деятельности сердечно-сосудистой системы и других жизненно важных соматических функций. Используются витамины и лекарственные средства, предназначенные для коррекции возрастных недугов.**

Пресенильные деменции

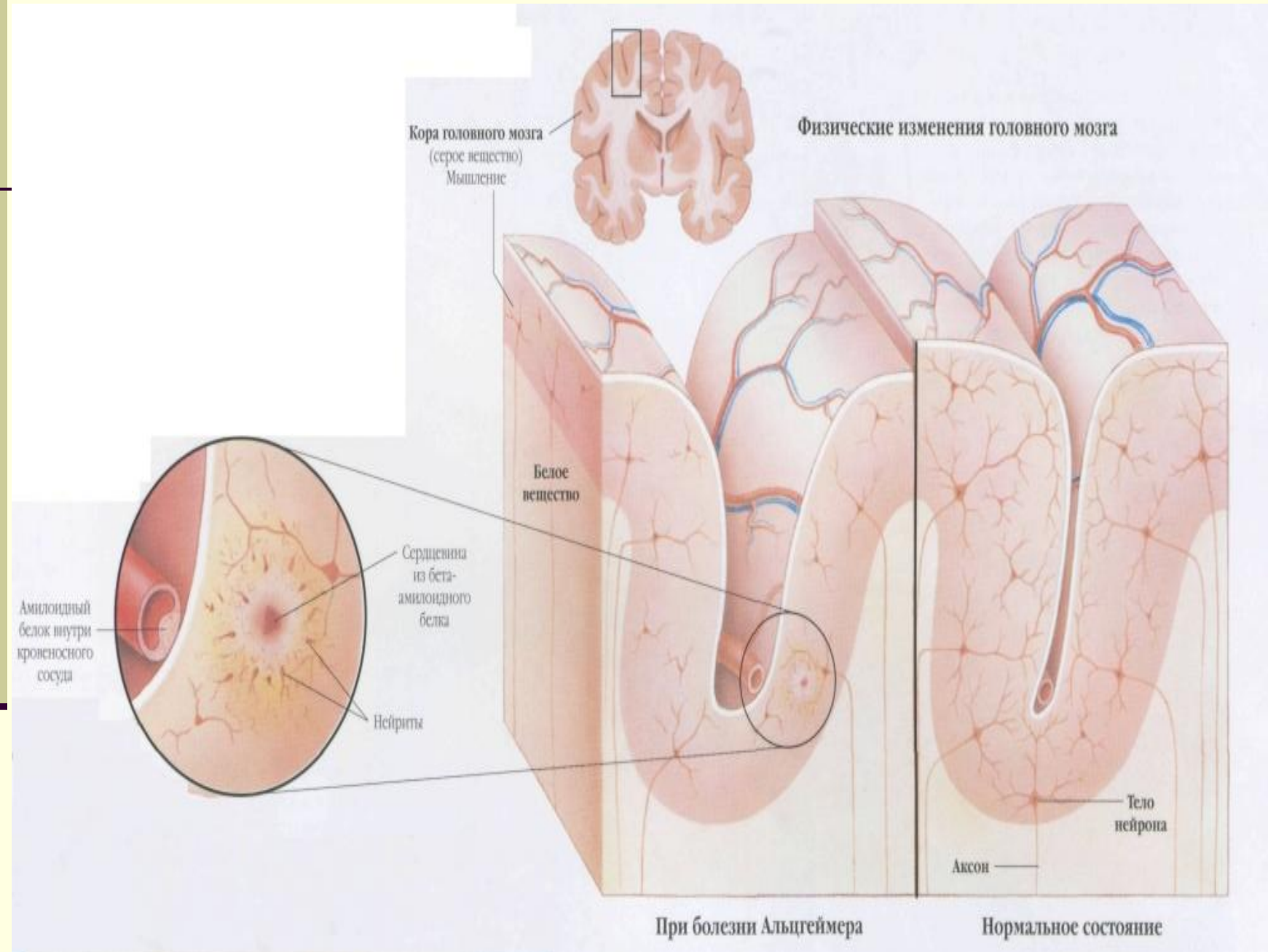
- *Пресенильные деменции - сборная группа развивающихся в предстарческом возрасте состояний слабоумия, обусловленных атрофией мозга. В рамках пресенильных деменции выделяют ряд самостоятельных нозологических форм, среди которых ведущее место с учетом их большей встречаемости принадлежит болезням Альцгеймера и Пика.*
- *Другие заболевания, относящиеся к пресенильным деменциям (хорея Гентингтона, болезнь Паркинсона).*

Болезнь Альцгеймера

- *Заболевание описано А.Альцгеймером в 1906 г. Оно развивается в возрасте 45-65 лет, чаще всего в 55-60 лет.*
- *Дебют болезни медленный, течение — прогредиентное ослабоумливающий процесс начинается с мнестических нарушений в виде ослабления памяти на текущие события, которое постепенно переходит в фиксационную амнезию, а затем в прогрессирующую амнезию. Возникает глубокая амнестическая дезориентировка. В течение нескольких лет почти полностью опустошаются запасы знаний и умения. В отличие от старческой деменции для болезни Альцгеймера не характерны конфабуляции, сдвиг ситуации в прошлое.*

Болезнь Альцгеймера

- Параллельно с расстройствами памяти нарастают **нарушения мышления**.
- Они начинаются с затруднений в более сложной аналитико-синтетической деятельности, а заканчиваются полной интеллектуальной беспомощностью. В итоге выявляется глубокое слабоумие.
- На ранних этапах болезни нередко возникают **продуктивные психотические** расстройства в виде **мелкомасштабного бреда ущерба**, отравления, ревности, реже в форме галлюциноза. У многих больных отмечаются эпилептиформные припадки.
- Одна из особенностей болезни Альцгеймера, по сравнению с сенильной деменцией, состоит в том, что на ее начальной стадии сохраняется **сознание собственной несостоятельности**, болезненной измененности, которому сопутствуют тревога и растерянность, позднее сменяющиеся безучастностью, полным равнодушием.
- Самое существенное клиническое своеобразие болезни Альцгеймера заключается в сочетании усиливающейся интеллектуально-мнестической недостаточности с нарастающими расстройствами **высших корковых функций** речи, чтения, письма, счета, гнозиса и праксиса.



Болезнь Альцгеймера

- Речь становится все более дизартричной, все большее место в ней занимают **стереотипные речевые обороты**, междометия, вводные слова. Происходят задержки при произнесении начальных букв и слогов, многократное повторение их (логоклоническое заикание). В дальнейшем активная речь ограничивается бессмысленным повторением обрывков слов или отдельных звуков. Почти полностью утрачиваются способности чтения, письма, счета. Начальная неловкость движений со временем превращается в неспособность к наиболее автоматизированным, жизненно необходимым действиям. Больные **разучиваются вставать, садиться, ходить**. Они, молча, лежат, почти не меняя положения. Продолжительность болезни от 1-2 до 8-10 лет. Смерть чаще наступает в ходе присоединившейся респираторной инфекции.



Болезнь Пика

- Заболевание описано А. Пиком в конце XIX века. Оно обычно начинается постепенно в возрасте 40-65 лет. Особенно часто его первые проявления возникают в 55-60 лет.
- На начальной стадии болезни Пика, в отличие от болезни Альцгеймера, преобладают **эмоционально-волевые нарушения**, а не расстройства интеллектуально-мнестической сферы. Особенно характерна аспонтанность, безучастность, пассивность, отсутствие внутренних побуждений к деятельности при сохраняющейся способности к действиям под влиянием стимулов извне.
- При болезни Пика среди проявлении тотального слабоумия ведущее место занимают **расстройства речи**, тогда как характерные для болезни Альцгеймера нарушения **гнозиса и праксиса** выражены значительно меньше.

Болезнь Пика

- *Расстройства речи, начинаясь с затрудненного понимания чужой речи, смыслового и грамматического упрощения, обеднения собственной речи, со временем переходят в речевую беспомощность. Речь насыщается персеверациями (склонность к застреванию в речи, «устойчивое повторение»), эхолалиями, постепенно утрачивает фразовый характер, сводится к бессмысленному повторению одних и тех же словосочетаний и слов («стоячий симптом», типичный именно для болезни Пика). Позднее наступает **мутизм**.*
- *У части больных развивается **маразм**. Больные умирают в результате вторичных инфекции спустя 5-6 лет от начала ослабляющего церебрально-атрофического процесса.*

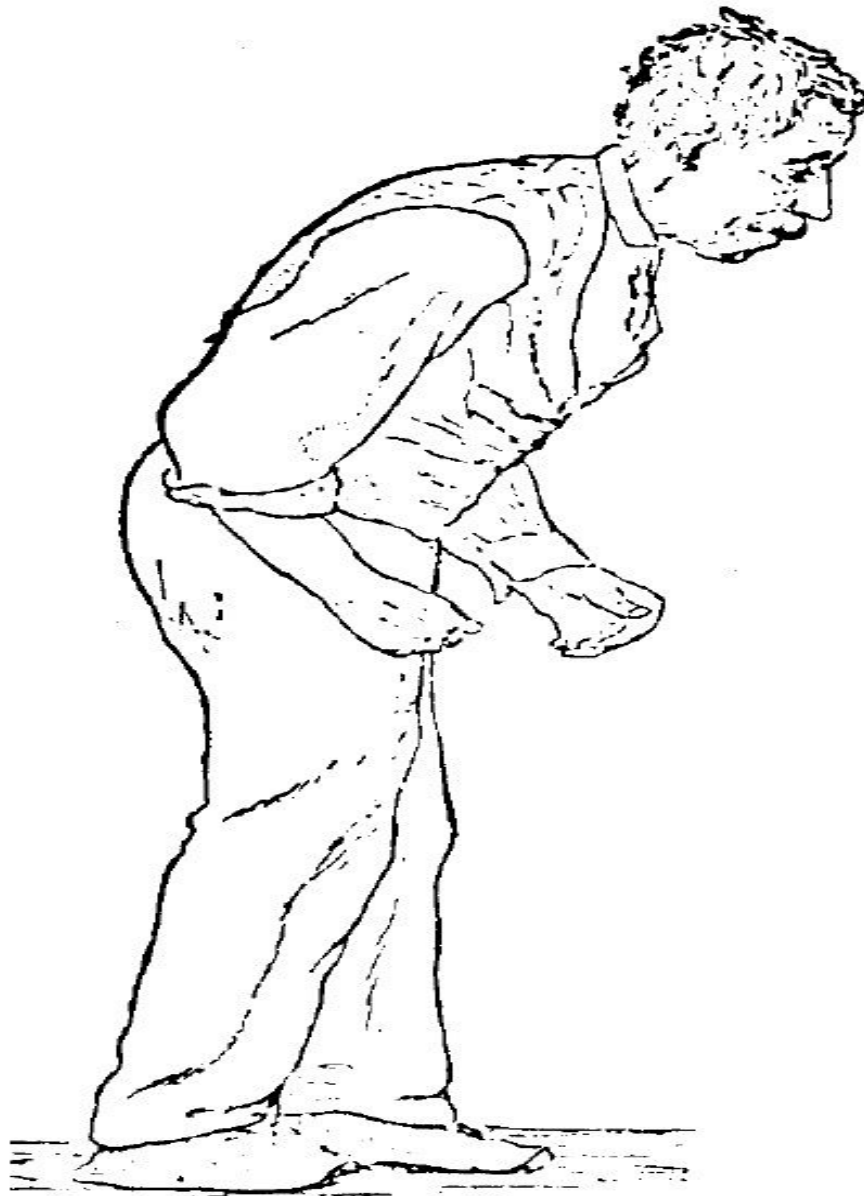


Болезнь Пика

- *Этиология, патогенез и патологическая анатомия. В этиологии болезни Альцгеймера и Пика определенное значение придается генетическим факторам. Выявляются семейные случаи болезней Альцгеймера и Пика.*
- *Церебрально-атрофического процесса, который при болезни Альцгеймера преимущественно локализуется **в височных и теменных долях**. Избирательность мозговой атрофии сочетается с ее большей выраженностью.*
- *Как и при старческом слабоумии, микроскопически определяется значительное количество **сенильных бляшек**. Именно для этого заболевания особенно характерны своеобразные патологические изменения в нейрофибриллах (альцгеймеровское перерождение нейрофибрилл).*
- *При болезни Пика, как и при болезни Альцгеймера, атрофия мозга избирательна, но имеет иную локализацию. В атрофический процесс предпочтительно вовлекаются наряду с **височными лобные**, а не теменные доли.*

Болезнь Паркинсона

- **Паркинсонизм** – это хроническое полиэтиологическое заболевание нервной системы, обусловленное нарушением метаболизма катехоламинов в подкорковых ганглиях и проявляющееся акинезией, тремором и ригидностью мышц.
- **Этиология:**
- - наследственность (аутосомно-доминантный тип наследования);
- - острые и хронические нарушения мозгового кровообращения;
- - тяжелые черепно-мозговые травмы;
- - интоксикации, в том числе и медикаментозные;
- -опухоли головного мозга;



Болезнь Паркинсона

- *Формы паркинсонизма:*
- *- ригидно-брадикинетическая;*
- *-акинетико-ригидная;*
- *- ригидно-дрожательная;*
- *- дрожательная;*

- *Проблемы гериатрических пациентов при паркинсонизме:*
- *- повышение мышечного тонуса одной или нескольких конечностей;*
- *- замедление темпа произвольных движений;*
- *- мелко- или среднеразмашистый тремор;*
- *- нарушение походки;*

Parkinson's Disease

