

ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская Академия

**Психические расстройства
позднего возраста.**

**Психические расстройства
сосудистого генеза.**

Общие вопросы геронтологии

- **Болезни старения** – результат регрессивных изменений в высших отделах центральной нервной системы. Эти изменения клинически представлены – неврозоподобными нарушениями, эндоформными психозами (А.С. Тиганов), органическими расстройствами с интеллектуальным снижением и личностными изменениями.
- Изучает болезни старения– геронтопсихиатрия.
- **Возрастное разграничение больных:**
 - инволюционный (пресенильный) – 45 – 60 лет.
 - старческий (сенильный) возраст – старше 60 лет.

История вопроса

- Эскироль(1814г.) описывая деменции, отмечал, что психозы, первично возникающие в позднем возрасте, не всегда развиваются в сторону слабоумия.
- П.И. Ковалевский разделял психозы старости на органические и обратимые («без органики»).
- Э.Крепелин (1886г.) выделил «инволюционную меланхолию» в отдельную нозологическую форму. Выделил ее злокачественную форму.
- К.Kleist (1913г.) описал инволюционную паранойю.

История вопроса

- С.Г. Жислин (1965г.), И.Ф. Шахматов (1966г.) – ведущую патогенетическую роль в развитии старческих психозов отводили фактору старения
- Э.Я. Штернберг (1966г.), И.Н. Пятницкая (1979г.) – указывали на шизофреническую природу поздних бредовых психозов.

Этиологические предпосылки (факторы) психических расстройств позднего возраста

- Органическое старение (*сосудистый и соматогенный факторы*)
- Ситуационные (депрессогенные) факторы: *особая отрицательная психологическая ситуация, психотравма, реакции адаптации.*
- Наследственный фактор
- Конституциональные особенности

Периодизация психических расстройств позднего возраста

1. Неврозоподобные нарушения (с манифестацией в климактерическом периоде).

2. Инволюционные (пресенильные, функциональные, эндоформные) психозы:

А) Депрессия позднего возраста (инволюционная меланхолия),

Б) Инволюционные бредовые психозы (инволюционный параноид).

В) Галлюцинозы позднего возраста

3. Органические (дефицитарные) психозы позднего возраста:

- - сенильная деменция,
- -атрофические заболевания головного мозга (болезнь Пика, Альцгеймера, Хорея Гентингтона, Болезнь Паркинсона).
-

Место психических расстройств позднего возраста в МКБ- 10.

- **Инволюционная меланхолия (депрессия)** – рассматриваются в едином классе **Аффективных психозов (F30-F39)**
- **Инволюционный параноид**- рассматривается в рубрике психических расстройств, проявляющихся стойкими бредовыми идеями **(F22), (F22.8)**
- **Атрофические заболевания головного мозга** – систематизируются в рубрике «Органические заболевания головного мозга» **(F00-09)**, диагностируются по ведущему синдрому (деменция, корсаковский синдром, делирий и др.)

Инволюционная меланхолия (депрессия)

- Типичное начало в 45-55 лет.
- Характеризуется:стереотипным («застывшим») течением, с преобладанием тревожного возбуждения.
- Сопровождается:бредовыми идеями, часто отмечается нигилистический, ипохондрический бред (синдром Катара), возможны истероформные реакции (причитание, плач, крик, назойливость). Характерен феномен Шарпонтье – рост растерянности, возбуждения с тревогой в незнакомой ситуации.
- Часто началу психоза предшествуют психотравмы или тяжелое соматическое заболевание.
- Заболевание устойчиво к лекарственному лечению и после стихания остроты депрессии обнаруживается своеобразный дефект психики (снижение активности, уменьшение эмоциональной отзывчивости, астения).

Инволюционный паранойд

- Типичное начало в 45-50 лет
- Проявляется бредом бытовых отношений («бред малого размаха»). Больные утверждают, что окружающие причиняют им материальный ущерб (портят и крадут вещи), досаждают шумом, неприятным запахом, хотят избавиться от них. Могут наблюдаться отдельные иллюзии и галлюцинации. Бред может существовать долго без формирования апатии и абулии. Больные часто деятельны, активны.
- Вне сферы бреда больные сохраняют социальные связи, обслуживают себя, ориентируются в бытовых вопросах.
- Изменения личности ограничиваются подозрительностью и конфликтностью.
-

Галлюцинозы позднего возраста

- В клинической картине заболевания начинают доминировать расстройства чувственной сферы. Чаще развиваются обонятельные, вкусовые и тактильные галлюцинации, связанные с бредом.
- Описан галлюциноз Шарля Бонне - сочетание галлюцинаций с тяжелым заболеванием органов зрения и слуха, дерматозный бред Экбома с присутствием тактильных галлюцинаций и бредом кожных паразитов.

Органические психозы позднего возраста

- Грубая и разрушительная форма психического старения, протекающая на фоне органических изменений, как в паренхиме мозга, так и в его сосудистой системе, приводящая к уменьшению объема психической деятельности, а в дальнейшем к ее прекращению, то есть «мозговой смерти».

Болезнь Альцгеймера

- Эндогенно-органическое заболевание, основным проявлением которого является слабоумие. Морфологические изменения: диффузная первичная атрофия коры головного мозга (теменные, височные доли, подкорковые ганглии). Начинается в пресенильном возрасте.
- Клиническая картина: Развитие постепенное. На первых этапах сохраняется формальная критика, сохраняется ядро личности. Затем нарастают выраженные нарушения памяти и интеллекта. Характерна апраксия (расстройство практических навыков), расстройство речи дизартрии, логоклонии, нарушения письма, утрата способности к счету. Страдает осмысление ситуации, что приводит к дезориентировки. На поздних этапах болезни присоединяется неврологическая симптоматика – оральный и хватательный автоматизм, парезы, повышение мышечного тонуса, эпилептиформные припадки.

Болезнь Пика

- Первичная пресенильная локальная атрофия коры больших полушарий с преимущественным поражением лобных и височных извилин.
- Средний возраст начала болезни 50-54 года.
- Начало болезни с грубых расстройств личности и мышления. Отсутствует критика, нарушена оценка ситуации, преобладают расстройства воли и влечений. Автоматизированные навыки (счет, письмо) сохраняются, но без логической оценки. Память снижается позже. Поведение характеризуется пассивностью, спонтанностью, грубостью, сквернословием. Снижается речевая активность, характерны «стоячие симптомы», стереотипное совершение сложных действий.
- Морфология: обнаруживаются набухшие пирамидные клетки, содержащие шаровидные включения (тельца Пика), отмечается разрастание глии. На КТ граница белого и серого вещества размыты, формируется внешняя гидроцефалия.

Базисная терапия деменции

- 1. Ингибиторы холинэстеразы («холинергическая гипотеза» - когнитивные, поведенческие и функциональные нарушения при БА, деменции с тельцами Леви, болезни Паркинсона и др. объясняются гибелью холинергических нейронов базального ядра Мейнерта).
Применяются: ривастигмин (экселон), галантамин (реминил) – модулирует Н-холинорецепторы, **донепезил (арисепт) – «чистый» ингибитор ацетилхолинэстеразы.**
- 2. Антиглутаматергические средства
Применяются: мемантин – селективный блокатор NMDA – глутаматных рецепторов. Моделирует глутаматергические передачи, опосредует кортико-субкортикальные взаимосвязи
(Рекомендованы экспертами Европейской федерации неврологических обществ (EFNS))
- 3. Базисная терапия.
Этиопатогенетические методы лечения: удаление опухолей, восполнение дефицита витамина В 12 и фолиевой кислоты, В1 – при алкогольной деменции, заместительная терапия при гипотиреозе, иммуностропная терапия при аутоиммунных заболеваниях, антибактериальная терапия при инфекциях).

Сосудистые заболевания ГОЛОВНОГО МОЗГА

- Включают психические расстройства при церебральном атеросклерозе, гипертонической болезни.
- Периодизация психических нарушений: псевдоневростенические расстройства, функциональные (мерцающие, преходящие психические расстройства), сосудистая деменция.

Дефиниции:

- Под сосудистой деменцией понимают выраженное нарушение когнитивных функций вследствие цереброваскулярных расстройств, приводящее к нарушениям социальных функций, профессиональных навыков и способности к самообслуживанию. Сосудистая деменция — это не одно заболевание, а несколько очерченных синдромов, общим для которых является взаимосвязь поражения мозговых сосудов с развитием симптомов поражения головного мозга (А.С. Тиганов, 1999г.)
- Деменция – это приобретенное в результате органического (сосудистого) заболевания мозга, устойчивое нарушение памяти и других высших психических функций. (МКБ-10, 1998г.)
- Деменция представляет собой нарушение интеллектуальной деятельности, охватывающее как минимум две сферы. Одной из них является память. Второй может быть любая другая область познания (Ричардсон М.Д. и Роберто М.), MDS IV.

Место сосудистой деменции в МКБ 10

В МКБ 10 сосудистая деменция отнесена к разделу органических психических расстройств.

F01 Сосудистая деменция

Включено: атеросклеротическая деменция

F01.0 Сосудистая деменция с острым началом

F01.1 Мультиинфарктная деменция

F01.2 Подкорковая сосудистая деменция

F01.3 Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция

F01.8 Другая сосудистая деменция

F01.9 Сосудистая деменция неуточненная

Критерии диагностики синдрома деменции по МКБ 10

- 1. Симптомы – множественный дефицит высших корковых функций, включая нарушение памяти и, по крайней мере, одной из когнитивных функций: речи, праксиса, гнозиса, мышления.
- 2. Степень выраженности – ухудшение профессионального или социального функционирования.
- 3. Длительность – не менее шести месяцев.
- 4. Течение – обычно хроническое или прогрессирующее.
- 5. Причины – церебральные, сосудистые заболевания, вторично влияющие на мозговую деятельность.
- 6. Критерии исключения диагноза – расстройства сознания.

Эпидемиология.

- Распространенность деменций среди лиц старческого возраста удваивается каждые 5 лет, возрастая с 7 случаев на 1000 представителей возрастной группы 65 лет до 118 на 1000 лиц 85 лет (Европа и Северная Америка).
- В России показатели распространенности сосудистого слабоумия выше, чем болезни Альцгеймера. Его частота среди лиц старше 60 лет составляет около 5,4%. Учитывая тот факт, что средняя продолжительность жизни в нашей стране в последние годы значительно сократилась и что среди лиц до 60 лет сосудистая деменция встречается значительно чаще, чем болезнь Альцгеймера, очевидно, что в России именно сосудистая деменция становится особо актуальной медико-социальной проблемой.

Структура синдрома деменции



Клиника сосудистой деменции

- Клиника сосудистой деменции представляет собой экзогенный вариант развития болезни, то есть причина заболевания носит характер органического поражения головного мозга.
- Сосудистая деменция может начаться остро, после нескольких перенесенных инсультов, или постепенно вследствие хронического цереброваскулярного заболевания, определяемого в нашей стране как **Дисциркуляторная энцефалопатия**.
- Клиническая картина характеризуется прежде всего ослаблением памяти на текущие и прошлые события – прогрессирующей амнезией. Преобладают формы лакунарного (парциального) слабоумия.

Клинические формы сосудистой деменции

- **Дисмнестическая атеросклеротическая деменция** (характеризуется сохранностью ядра личности, основных личностных установок, навыков поведения, пониманием и критической оценкой своей не состоятельности. Частично сохраняется ориентировка в месте и времени наряду с чувством некоторой беспомощности в быту. Снижается психическая активность. Настроение становится неустойчивым. Преимущественно сниженным, с тревожным оттенком, слезливостью и реакциями слабодушия).

Клинические формы сосудистой деменции

- амнестический вариант сосудистой деменции, (выраженными расстройствами памяти с фиксационной амнезией, достигающей степени Корсаковского синдрома с полной дезориентировкой во времени и месте. Возникают отрывочные замещающие конфабуляции. Преобладает благодушный фон настроения и снижение критического отношения к своему состоянию).

Клинические формы сосудистой деменции

- Псевдопаралитический вариант обусловлен локализацией ишемических макроочагов в лобных отделах головного мозга. (более глубоким интеллектуальным снижением с меньшим поражением памяти. Преобладает беспечность, эйфория и избыточная говорливость. Критические способности и уровень суждений резко снижены. Нередко наблюдается расторможенность пищевого и полового влечений. Клиника напоминает картину деменции при прогрессивном параличе).

Клинические формы сосудистой деменции

- Асемическое или псевдоальцгеймеровское слабоумие характеризуется как выраженными мнестикоинтеллектуальными расстройствами, так и нарушением высших корковых функций: афазией, апраксией, агнозией. Она развивается при мелкоочаговом поражении обширных корковых отделов головного мозга в сочетании с атрофическим процессом.

Дифференциальная диагностика атрофического и атеросклеротического слабоумия

Дифференциально-диагностические критерии	Атеросклеротическое слабоумие	Атрофическое слабоумие
Сознание болезни	Сохранено	Отсутствует
«Общемозговые» жалобы	Имеются	Отсутствуют
«Очаговая» симптоматика	Имеется	Отсутствует
«Мерцание» симптоматики	Отмечается	Отсутствует
«Ядро» личности	Сохранено	Нарушено
Преобладающий аффект	Слабодушие	Дистимический
Мнестические нарушения	Не выражены	Резко выражены
Поздний возраст	Не обязателен	Обязателен
Соматическое «одряхление»	Не выражено	Резко выражено
Течение	Ремитирующее	Прогрессирующее

Психотические расстройства при сосудистой деменции

- Паранойяльные психозы развиваются чаще у мужчин в форме бреда ревности или супружеской неверности. Он возникает в начальной стадии сосудистой деменции. Бред ревности отличается бедной аргументацией, отсутствием систематизации. Фабула содержит много сексуальных деталей, нередко нелепых. Сочетается с идеями ущерба и вспышками раздражительности.

Психотические расстройства при сосудистой деменции

- Бредовые психозы развиваются остро или подостро, после инсультов. Продолжаются от нескольких часов до нескольких дней. Выражен аффект страха, бредовое восприятие окружающего, иногда элементы спутанности сознания. Преобладают идеи ущерба, отношения, преследования, отравления.

Психотические расстройства при сосудистой деменции

- Депрессивные состояния развиваются сразу после инсультов. Выделяют ранние постинсультные депрессии, возникающие в первые 3 месяца после инсульта, и поздние депрессии, развивающиеся спустя 1 – 2 года после инсульта. Выделяют «матовые», «слезливые», «жалующиеся», ипохондрические, тревожно – тоскливые депрессии. Для них характерно возникновение на фоне депрессии эпизодов тревожно – боязливого возбуждения или страхов, ночных делириозных эпизодов, наличие многочисленных соматических жалоб.

Лечение деменции:

- **Коррекция сосудистого фактора риска:**
- - Лечение артериальной гипертензии (торможение ренин-ангиотензиновой системы)
- - лечение гиперлипидемии
- - прием антиагрегантов
- Препараты, воздействующие на глутаматэргическую систему(антагонисты NMDA рецепторов- мемантин акатинат)
- Препараты, воздействующие на дофаминэргическую систему - юмекс, проноран
- Ноотропы(луцетам, ноотропил, пикамилон, пантогам)
- Вазоактивные вещества (кавинтон, сермион, трентал (пентоксифиллин), инстенон, церебролизин)
- Симптоматическое лечение психических расстройств с использованием психотропных средств.
- Когнитивный тренинг
- Физическая активность
- Социальные взаимоотношения