



НИЖЕГОРОДСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Кафедра психиатрии и медицинской психологии



Патология, синдромология и нозология
экзогенно-органического регистра.

Органические психозы.

Посткоммоционные расстройства

Органическое расстройство личности.

Деменция. Болезнь Альцгеймера, сосудистая
деменция, деменция с тельцами Леви.

Психические расстройства при эпилепсии.



Экзогенно-органические психические расстройства

- **Общий раздел:**

- Теория об экзогенном типе реакций К. Бонгеффера
- Понятие о Психоорганическом синдроме и его формах
- Принципы классификации этой группы расстройств в МКБ 10

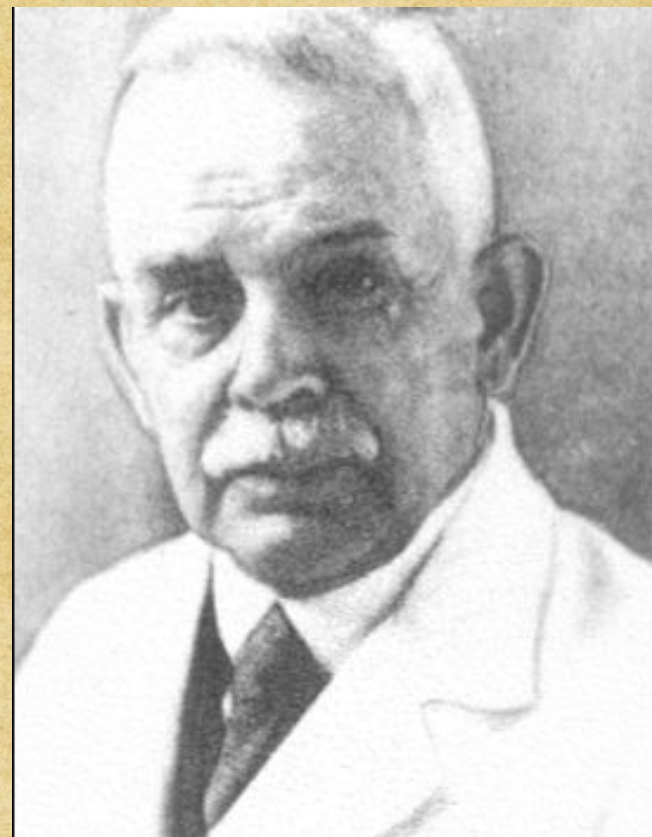
- **Частные разделы:**

- Психические нарушения при черепно-мозговых травмах
- Психические нарушения при нейроинфекциях (в т.ч. нейросифилисе)
- Психические нарушения при опухолях головного мозга
- психические нарушения при сосудистых



Теория об *«экзогенных типах реакций»*

Карл Бонгеффер (1908 г):
На различные по этиологии
внешние вредности
головной мозг отвечает
ограниченным числом
*схожих неспецифических
психопатологических
реакций.*





Наиболее часто при воздействии экзогенных вредностей встречаются следующие синдромы
(“реакции экзогенного типа”):

- **Астенический синдром**
- **Синдромы нарушенного сознания**
(делирий, аменция и др)
- **Синдромы расстройства восприятия**
(галлюцинозы и пр.)
- **Эмоциональные нарушения**
(депрессивные, маниакальные, дисфории, эйфории, эмоц. лабильность и пр)
- **Галлюцинаторно-бредовые синдромы**
- **Кататонический синдром**
- **Амнестический (Корсаковский) синдром**
- **Судорожный синдром** (симптоматическая эпилепсия)



Теория о «реакциях экзогенного типа»

- Противостоит нозологическому принципу в психиатрии (*т. к. признает, что одинаковые психические расстройства возникают под воздействием разных этиологических факторов*)
- Нашла отражение в МКБ-10. Диагноз для органических расстройств *выставляется: тип реакции + причина, которая его вызвала (если известна).*

Например, органический амнестический синдром в связи с травмой головного мозга, органический амнестический синдром в связи с сосудистым заболеванием головного мозга и пр.



Психоорганический синдром (ПОС)

- - клинически отражает наличие органического поражения головного мозга

Соответствует часто, но некорректно используемому для обозначения психических нарушений врачами-интернистами, термину «энцефалопатия».



Психоорганический синдром

- **Представлен** сочетанием различных нарушений трех сфер психической деятельности (**триада Вальтер-Бюэля**):
 - - **Интеллекта** (изменение мышления по органическому типу, снижение уровня обобщения, конкретное мышление, клинически иногда - недопонимание, недоосмысление)
 - - **Памяти** (гипомнезии, амнезии, парамнезии)
 - - **Эмоции** (эмоциональная лабильность, слабодушие, эмоциональное огрубение, дисфории, эйфория, апатия)
- **Выраженность** м.б. различна:
от **псевдоневротических** (имитирующих неврозы, например, астенический) и **личностных нарушений** (заострение, нивелировка свойств личности) до картины



Формы психоорганического синдрома

Обозначаются по ведущему симптому эмоциональных расстройств:

- а) **Церебрастеническая** - астения, сопровождающаяся симптомами органической патологии ЦНС (головные боли, метеочувствительность, плохая переносимость алкоголя и пр.)
- б) **Эксплозивная** - возбудимость, агрессивность, неустойчивость настроения, склонность к дисфории
- в) **Эйфорическая** - поверхностное неоправданное веселье, неадекватная шутливость, расторможенность, суетливость.
- г) **Апатическая** - бездеятельность, вялостью, аспонтанность, адинамия, безразличие к своей судьбе и судьбе близких



Диагностические варианты психоорганического синдрома по МКБ10

- **Органические неврозоподобные расстройства** – орг-кое эмоционально-лабильное р-во (астеническое), орг-кое тревожное р-во, орг-кое диссоциативное р-во (истерическое)
- **Органическое расстройство личности** – характеризуется значительным изменением привычного поведения, преобладают эмоционально-волевые и поведенческие расстройства
- **Легкое когнитивное расстройство** – преобладают интеллектуально-мнестические расстройства, которые, однако, не достигают степени деменции
- **Деменция** – выраженные интеллектуально-мнестическое снижение длительностью **более 6 месяцев** (критерий выраженности: неспособность **из-за интеллектуально-мнестических** расстройств справляться со своими повседневными обязанностями, самостоятельно обслуживать себя)



Психические нарушения при черепно-мозговых травмах (травматическая болезнь ГМ)

- Черепно-мозговые травмы (ЧМТ):
- **1. Открытые ЧМТ:**
 - - проникающие (с повреждением твердой мозговой оболочки)
 - - непроникающие (повреждение мягких тканей и костей черепа)
- **2. Закрытые ЧМТ**
 - - **коммоции** (сотрясения)
 - - **контузии** (ушибы)



Коммоции и контузии: патогенез

- **Коммоции** – сотрясение ГМ вследствие падения на любую часть тела (седалище, колени и т.д.) или в результате ушиба головы. При этом кровеносные сосуды, ликвор и лимфа приходят в движение, повреждают высшие вегетативные центры (находятся в стенках 3 и 4 желудочков и на дне сильвиевого водопровода), повышается внутричерепное давление. На первый план при коммоциях выступают **общемозговые** неврологические симптомы (поражение стволовой части мозга): тошнота, рвота, головная боль, головокружение и пр.
- **Контузии** – это локальное органическое повреждение мозга и его оболочек на месте удара. При контузии тоже возникает коммоция, но клинику заболевания определяют локальные (**очаговые**) симптомы повреждения коры головного мозга.



Общие закономерности, характерные для всех видов травматического поражения головного мозга

- - внезапность поражения => максимум патологических изменений сразу после ЧМТ;
- - **регрессиентность** дальнейшего развития болезненных явлений (от тяжелых к более легким);
- - но на отдаленных этапах может быть стационарное или прогрессиентное течение (появление новых симптомов из-за гидроцефалии, арахноидита, сосудистого поражения и пр).



Периоды травматической болезни Г.М. (1)

- 1. Начальный (острейший, первичный или “хаотический”, по Н.Н.Бурденко) период.
- Продолжительность - “минуты-дни”.
- Состояние определяется отеком мозга
- Характерно **выключение сознания** (по типу оглушения, сопора или комы). В дальнейшем (если не наступает летальный исход) происходит обратное развитие: кома сменяется сопором, затем оглушением, в последнюю очередь появляется ориентировка во времени.



Периоды травматической болезни Г.М. (2)

- II. Острый (вторичный) период.
- Продолжительность “дни-недели”.
- Характеризуется синдромом **церебральной адинамии**, преобладают **общемозговые симптомы** (связанны с повышением внутричерепного давления):
 - 1) Диффузные головные боли, усиливающиеся под влиянием внешних раздражителей (шума, яркого света), движения;
 - 2) Головокружение, усиливающееся при движении, вестибулярные расстройства
 - 4) Многообразные вегетативные расстройства
 - 5) **Выраженная астения**, проявляющиеся сочетанием истощаемости и раздражительности в различных соотношениях.
- Представлены **мнестические** расстройства, возможны **острые психозы** (см. далее)



Мнестические расстройства острого периода ЧМТ

- 1) ретроградная амнезия - в зависимости от тяжести ЧМТ может захватывать только момент травмы, либо дни, недели, месяцы и даже годы перед травмой;
- 2) антероградная амнезия - обычно встречается при тяжелых ЧМТ и распространяется на короткие отрезки времени, непосредственно следующие за периодом выключения сознания;
- 3) антероретроградная (сочетанная) амнезия;
- 4) ретардированная (запаздывающая) амнезия;
- 5) фиксационная амнезия.



Психозы острого периода ЧМТ

- Развиваются в первые дни острого периода
- Отличаются относительной бедностью психопатологической симптоматики на фоне тяжелого соматического состояния (*поэтому больные лечатся в городских, а не в психиатрических больницах!*)
- При контузиях встречаются чаще, чем при коммоциях, при этом клиника психоза часто зависит от локализации поражения:
 - - затылок – зрительные галлюцинации
 - - лобная доля – расторможенность, эйфория, дурашливость
 - - височная-лимбические – слуховые галлюцинации, деперсонализация, явления «уже виденного»
 - - при поражении правого полушария - депрессия



КЛИНИКА ПСИХОЗОВ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЧМТ (1)

- **1). Сумеречные помрачения сознания.**
- **Возникают обычно после кратковременного периода прояснения сознания.**
- **Продолжительность – от нескольких часов до нескольких дней.**
- **После выхода из сумеречного помрачения сознания наблюдается полная амнезия.**
- **2) Делириозное помрачение сознания.**
- **Развивается преимущественно у лиц, злоупотребляющих алкоголем, вслед за исчезновением симптомов оглушения, на фоне астении.**
- **Продолжительность от часов до 2-3 дней.**
- **Характеризуется яркими зрительными галлюцинациями с аффектом страха, тревоги, на основе которых может возникать вторичный бред.**
- **Воспоминания о периоде психоза обычно фрагментарны.**



КЛИНИКА ПСИХОЗОВ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЧМТ (2)

- **3). Онейроидное помрачение сознания.**
- **Встречается редко. Возникает в первые дни острого периода**
- **Продолжается от часов до 5-6 дней.**
- **Характеризуется полной дезориентировкой в окружающем с преобладанием эйфорического или экстатического бреда.**
- **О содержании переживаний больные сообщают по миновании психоза.**

- **4). Амнестический (Корсаковский) синдром.**
- **Одна из тяжелых форм травматических психозов.**
- **Длительность: от дней до 1,5-2 месяцев (дольше у лиц, злоупотребляющих алкоголем)**
- **Психические нарушения при Корсаковском синдроме травматической этиологии считаются обратимыми.**



КЛИНИКА ПСИХОЗОВ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЧМТ (3)

- **5). Аффективные психозы.**
 - **а). дисфорическими состояниями**
 - **б). гипоманиакальными или маниакальными состояниями с эйфорическим оттенком настроения, мориоподобными расстройствами, конфабуляциями экспансивного характера;**
 - **в). субдепрессивными или депрессивными состояниями, окрашенными тревогой, страхом, ипохондрическими переживаниями.**
- **6). Галлюцинаторно-бредовые психозы (шизофреноподобные).**
- **Острый чувственный бред, конфабуляции, вербальные галлюцинации, возможны отдельные психические автоматизмы, импульсивные и агрессивные действия на фоне преобладающего аффекта тревоги и страха.**
- **Психоз продолжается обычно несколько дней и сменяется астенией**



КЛИНИКА ПСИХОЗОВ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЧМТ (4)

- **6). Пароксизмальные состояния острого периода.**
- Чаще развиваются при контузиях, чем при коммоциях (связаны с наличием патологического очага в коре г.м.)
- К ним относятся следующие разновидности эпилептических припадков:
 - а). простые парциальные моторные (джексоновские);
 - б). простые парциальные с нарушением психических функций (припадки метаморфопсии, расстройств «схемы тела», «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого», эмоционально-аффективные, идеаторные, галлюцинаторные припадки;
 - в). простые парциальные вторично генерализованные тонико-клонические припадки, которые могут быть единичными и серийными. Иногда развивается **эпилептический статус**.



Периоды травматической болезни Г.М (3)

- III. Поздний период (реконвалесценции).
- Продолжается недели - месяцы (до 1 года).
- В этом периоде постепенно сглаживаются все явления острого периода, и у значительного числа больных наступает выздоровление.
- Клиническая картина этого периода характеризуется синдромом **посттравматической церебрастении**.
- Кроме того, также как и в остром периоде могут наблюдаться: аффективные психозы, бредовые (шизофреноподобные) психозы, а также эпилептические припадки.



Периоды травматической болезни Г.М. (4)

- IV. Период отдаленных последствий (резидуальный, хронический период).
- Может продолжаться многие годы, иногда, всю жизнь.
- Психические нарушения могут быть представлены:
- Различными вариантами психоорганического синдрома («травматическая энцефалопатия»)
- Травматическими эндоформными психозами (схожи по клинической картине с эндогенными – *дифф.д-ку см. в общем разделе*)
- Симптоматической (посттравматической) эпилепсией
- Ухудшение психического состояния в этом периоде провоцируется *экзогенными вредностями* (употреблением алкоголя, резкими изменениями погоды и атмосферного давления, переутомлением, инфекционными заболеваниями, стрессами и пр).



Психоорганический синдром в резидуальном периоде травматической болезни Г.М. («травматическая энцефалопатия»)

- - может быть представлен всеми формами (астенической, эксплозивной, эйфорической, апатической – *см. общую часть*).
- Часто сопровождается злоупотреблением алкоголем.
- *Диагностические рубрики (МКБ-10):*
- Органическое расстройство личности в связи травмой головного мозга.
- Деменция в связи с травмой головного мозга



Органическое расстройство личности в связи травмой головного мозга.

- *Характеризуется:*
- снижением способности справляться с целенаправленной деятельностью, требующей напряжения сил, **низкой переносимостью стрессов**, экзогенных вредностей и пр.
- **изменениями в эмоциональной сфере** (в зависимости от формы ПОС): лабильностью аффекта, раздражительностью, эксплозивностью, эйфоричностью, апатией
- **расстройствами в сфере влечений**, антисоциальным поведением;
- - **подозрительностью**, склонностью к формированию сверхценных идей, паранояльностью, вязкостью, ригидностью, замедлением темпа мышления



Деменция в связи с травмой головного мозга

- Развивается у 5% перенесших ЧМТ
- Чаще при открытых ЧМТ, тяжелых контузиях мозга с переломом основания черепа.
- В ряде случаев слабоумие является исходом травматических психозов или развивается в связи с сочетанным влиянием вредностей (алкоголизм, нарушения мозгового кровообращения).
- Основными признаками деменции являются прогрессирующие снижения памяти (гипомнезия), то есть деменция чаще носит **лакунарный характер**.
- Иногда к нарушениям памяти присоединяются различные эмоциональные расстройства (различные формы психоорганического синдрома).



Травматические эндоформные психозы (1)

А. Аффективные психозы (монополярные депрессии или мании, реже - биполярный тип)

- Могут развиваться отсрочено (спустя 10-20 лет после ЧМТ)
- Депрессии сопровождаются дисфорией, слезливостью, мании – благодушием, гневливостью, дурашливостью.
- Продолжительность приступов от 1 до 3 месяцев.



Травматические эндоформные психозы (2)

- **Б. Галлюцинаторно-бредовые психозы**
- Возникают чаще у мужчин. Психические автоматизмы преходящи, развиваются на высоте вербального галлюциноза.
- Болезнь протекает приступами от 2 месяцев до ½ года и более. Со временем психоз может стать хроническим.
- **В. Паранояльные психозы**
- Возникают у мужчин зрелого и среднего возраста в виде сверхценных или бредовых идей **ревности**, сутяжничества
- Паранояльный психоз может усложняться паранояльными идеями ущерба, отравления, преследования.



Симптоматическая (посттравматическая) эпилепсия

- Возникает в результате формирования эпилептогенного очага в области рубцовых изменений на месте травмы мозгового вещества (чаще локализуются в корковых структурах)
- Потому припадки чаще - **простые парциальные моторные (джексоновские)**. Возникают на фоне сохранного сознания и провоцируются внешними воздействиями.
- Иногда наблюдается вторичная генерализация, с выключением сознания и последующей динамикой, характерной для вторично генерализованного тонико-клонического припадка



Лечение

- В остром периоде ЧМТ необходимо соблюдение постельного режима. Назначаются средства, поддерживающие сердечно-сосудистую деятельность и дыхание. Для предупреждения и уменьшения отека мозга показано внутривенное введение 40% глюкозы, мочевины, оксибутирата натрия. Также для снижения внутричерепного давления рекомендована люмбальная пункция. При возбуждении назначают малые дозы транквилизаторов, антипсихотиков.
- На последующих этапах терапия психических расстройств – симптоматическая (назначение антипсихотиков, противосудорожных препаратов, антидепрессантов, а также средств общеукрепляющего действия и ноотропов).



Психические нарушения при опухолях головного мозга (1)

- Психопатологическая симптоматика чаще развивается после неврологических признаков опухолевого роста или одновременно с ними.
- **А. Транзиторные (преходящие)**
 - - симптомы выключения и помрачения сознания (иногда возникают и завершаются внезапно)
 - - эпилептические припадки
 - пароксизмальные галлюцинаторные расстройства - кратковременные наплывы галлюцинаций, в зависимости от локализации опухоли: вкусовые, обонятельные, зрительные, слуховые,
 - дереализация, переживания «уже виденного», «галлюцинации памяти».



Психические нарушения при опухолях головного мозга (2)

- **Б. Стойкие**
- Амнестический (Корсаковский) с-м
- Эмоциональные расстройства
 - *правополушарная локализация опухоли*: мании и депрессии (напоминают МДП)
 - *левополушарная* – аспонтанность с «эмоциональным параличем»
- Расстройства сна и сновидений
- **В. Острые послеоперационные психозы** (обусловлены послеоперационным отеком мозга, клиника зависит от локализации)



Критерии диагностики синдрома деменции (МКБ-10)

Симптомы	Множественный дефицит высших корковых функций, включая: Нарушение памяти, Нарушение хотя бы одной из когнитивных функций: речи, праксиса (исполнительной деятельности), гнозиса (оптико-пространственной деятельности), мышления.
Степень выраженности	Ухудшение профессионального или социального функционирования
Длительность	Не менее 6 месяцев
Течение	Обычно хроническое или прогрессирующее
Причины	Церебральные заболевания или общее состояние (соматическое заболевание, интоксикация) вторично влияющее на мозговую деятельность
Критерии исключения	Расстройство сознания



Диагноз деменции

Д И А Г Н О С Т И К А

- История болезни
- Дополнительная информация по истории заболевания от третьих лиц
- Психиатрический статус
- Неврологический статус
- Психометрические тесты
- Лабораторная диагностика
- Инструментальные методы исследования

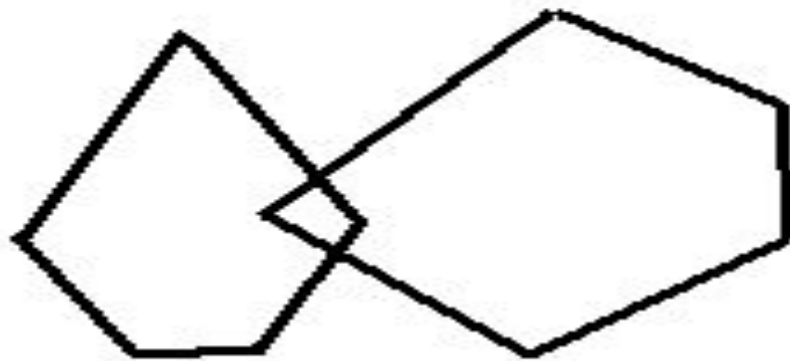


НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

Краткое исследование психического статуса MMSE

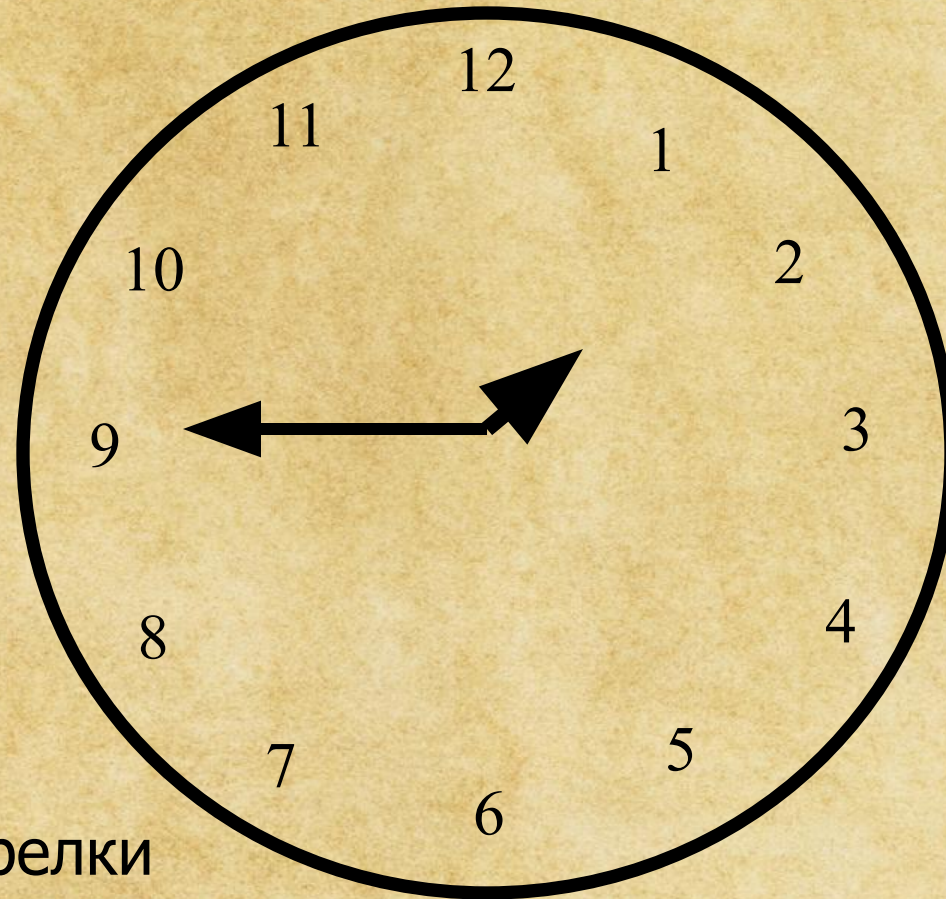
- Дата
- Место
- Повторить 3 слова
- Отнять от 100 семь пять раз подряд
- вспомнить 3 слова
- назвать 2 предмета
- повторить фразу
- выполнить команду
- прочитать и выполнить
- написать предложение
- срисовать рисунок

РИСУНОК:





НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ: ТЕСТ РИСОВАНИЯ ЧАСОВ



- Все 12 цифр
- Правильное
расположение
- Различимые стрелки
- Правильное время



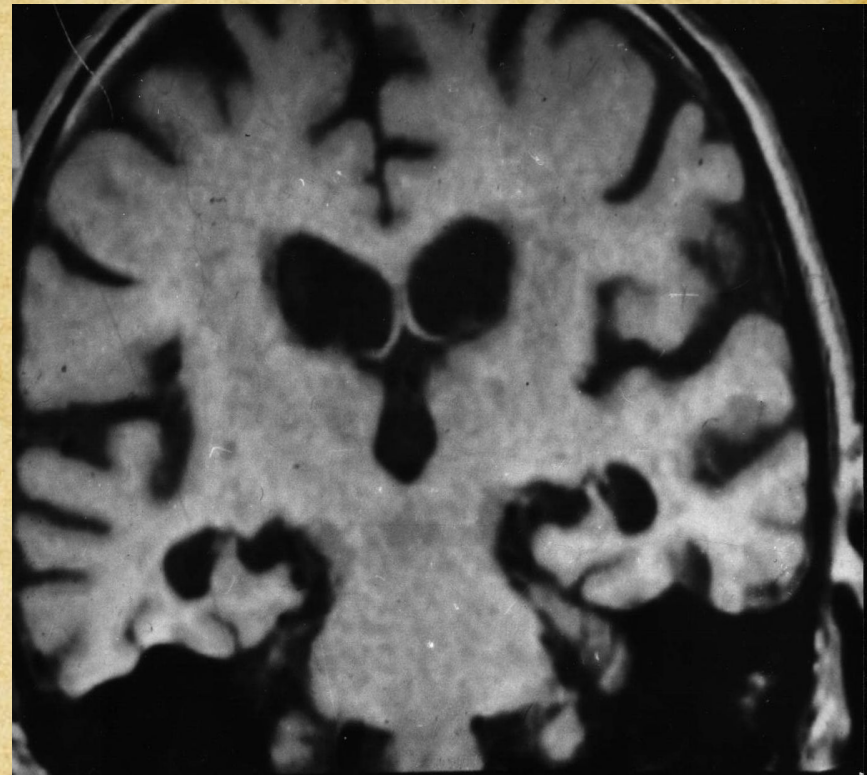
• **Дополнительные методы диагностики**

- **Неврологическое исследование:** выявление очаговой неврологической симптоматики - нарушений полей зрения, гемипареза, гемигиперстезии, асимметрии глубоких рефлексов, односторонних разгибательных подошвенных рефлексов и др.; экстрапирамидных нарушений и расстройств ходьбы.
- Наличие очаговой неврологической симптоматики более характерно для **сосудистой деменции**.



НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ДЕМЕНЦИИ АТ

- выраженная
диффузная
церебральная
атрофия
- атрофия гиппокампа
и височных долей
- перивентрикулярный
лейкоареоз





- **Дополнительные методы диагностики.**

Лабораторное исследование биологического материала у дементных больных проводится в первую очередь для исключения токсического поражения, метаболических расстройств.



НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ДЕМЕНЦИИ АТ

- Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ) используется для оценки регионарного мозгового кровотока. При болезни Альцгеймера обычно выявляется снижение гемоперфузии в теменно-височной области.
- Позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) – метод, оценивающий уровень метаболизма глюкозы в головном мозге после внутривенного введения радиофармпрепарата, обычно флюоро-2-деоксиглюкозы (ФДГ). ПЭТ проводится как в покое, так и при выполнении когнитивных тестов. Для болезни Альцгеймера характерно снижение уровня метаболизма в теменно-височной области.



Этапы деменции:

— доклинический этап

- - мягкое когнитивное снижение, легкое, субъективное нарушение памяти.

— этап мягкой деменции (MMSE 19-26 баллов)

- - легкие нарушения памяти
- - трудно усваивается новая информация
- - трудно выполнять сложные бытовые задачи
- - сложно ориентироваться в малознакомой местности
- - ограничение интересов
- - снижение инициативы

— этап умеренной деменции (MMSE 10-18 баллов)

- - прогрессирующий когнитивный дефицит
- - нарушение усвоения текущей информации
- - нарушения функционирования в быту

— этап тяжелой деменции (MMSE 0-9 баллов)

- - тотальная несостоятельность в быту, утрата гигиенических навыков
- - изменение ритма сна
- - ажитация



Критерии болезни Альцгеймера:

- симптомы деменции
- множественный дефицит познавательных функций, который определяется сочетанием расстройств памяти и одним из следующих симптомов: афазия, апраксия, агнозия,
- нарушение собственно интеллектуальной деятельности
- нарушения должны быть выражены настолько, чтобы вызывать снижение социальной, профессиональной адаптации больного по сравнению с прежним уровнем.
- течение заболевания характеризуется постепенным, малозаметным началом и неуклонным прогрессированием нарушений когнитивных функций.
- отсутствие других заболеваний, повреждений ЦНС, каких либо системных заболеваний или состояния интоксикации, которые могут вызвать нарушения памяти и когнитивных функций.
- когнитивные нарушения должны выявляться вне состояния помрачения сознания
- анамнез, данные клинического исследования исключают другие психические заболевания, которые могут вызвать когнитивные нарушения



Классификация болезни Альцгеймера (МКБ 10):

- F 00.0 деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом - до 65 лет (тип 2),
- F 00.1 деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом - старше 65 лет (тип 1)
- F 00.2 деменция при болезни Альцгеймера атипичная или смешанного типа
- F 00.9 деменция при болезни Альцгеймера неуточненная

Видео файл



Этиология и патогенез

Генетические нарушения:

- На 21-й хромосоме локализован ген амилоидного предшественника b-APP
- на 14-й - ген-пресенилин-1 (PSN-1)
- на 1-й хромосоме - пресенилин-2 (PSN-2).

Мутации данных генов определяют генетически детерминированные гетерогенные формы БА.



Этиология и патогенез

- мутации в гене белка-предшественника β -амилоида (β -APP) ответственны за увеличение продукции β -амилоида, из которого формируются так называемые сенильные или амилоидные бляшки, которые обладают нейротоксическими свойствами и вызывают развитие дегенеративных изменений в близлежащих нейронах.



Этиология и патогенез

- накопление гиперфосфорилированного нерастворимого тау-протеина, который составляет основу парноскрученных филамент, образующих нейрофибрилярные клубки, что вызывает нарушение цитоскелета клетки.



Алоис Альцгеймер

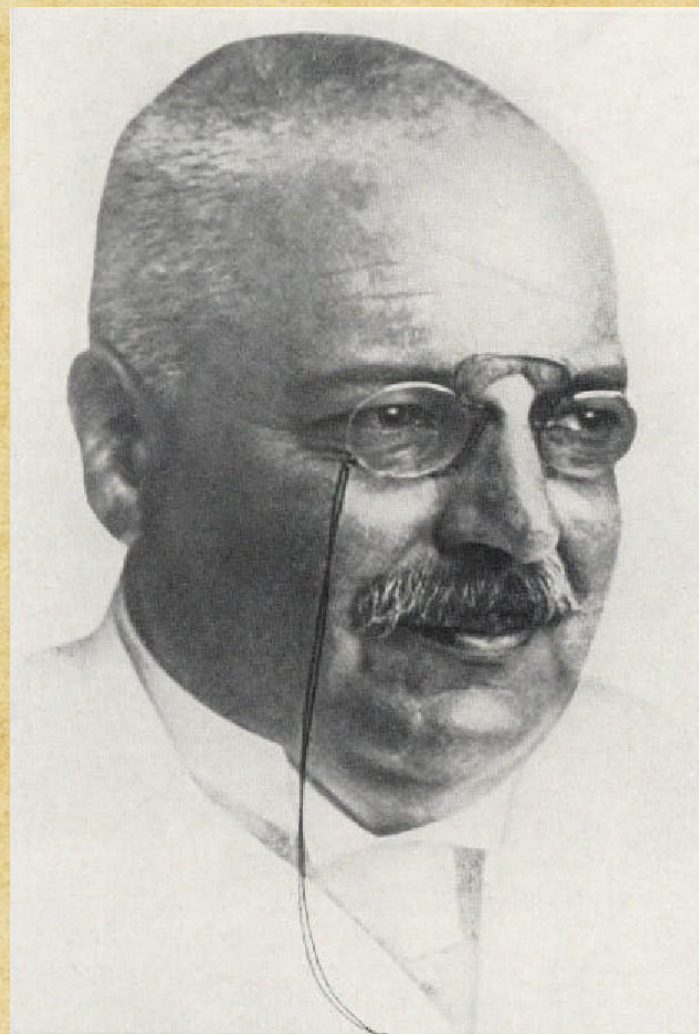
1864-1915

Немецкий
психиатр, невролог, патолог.

В 1904—1915 гг опубликовал
«Гистологические и гистопатологические
исследования серого вещества головного
мозга»
в 6-ти томах.

Описал субстрат сенильного слабоумия,
получившего в последствие его имя:

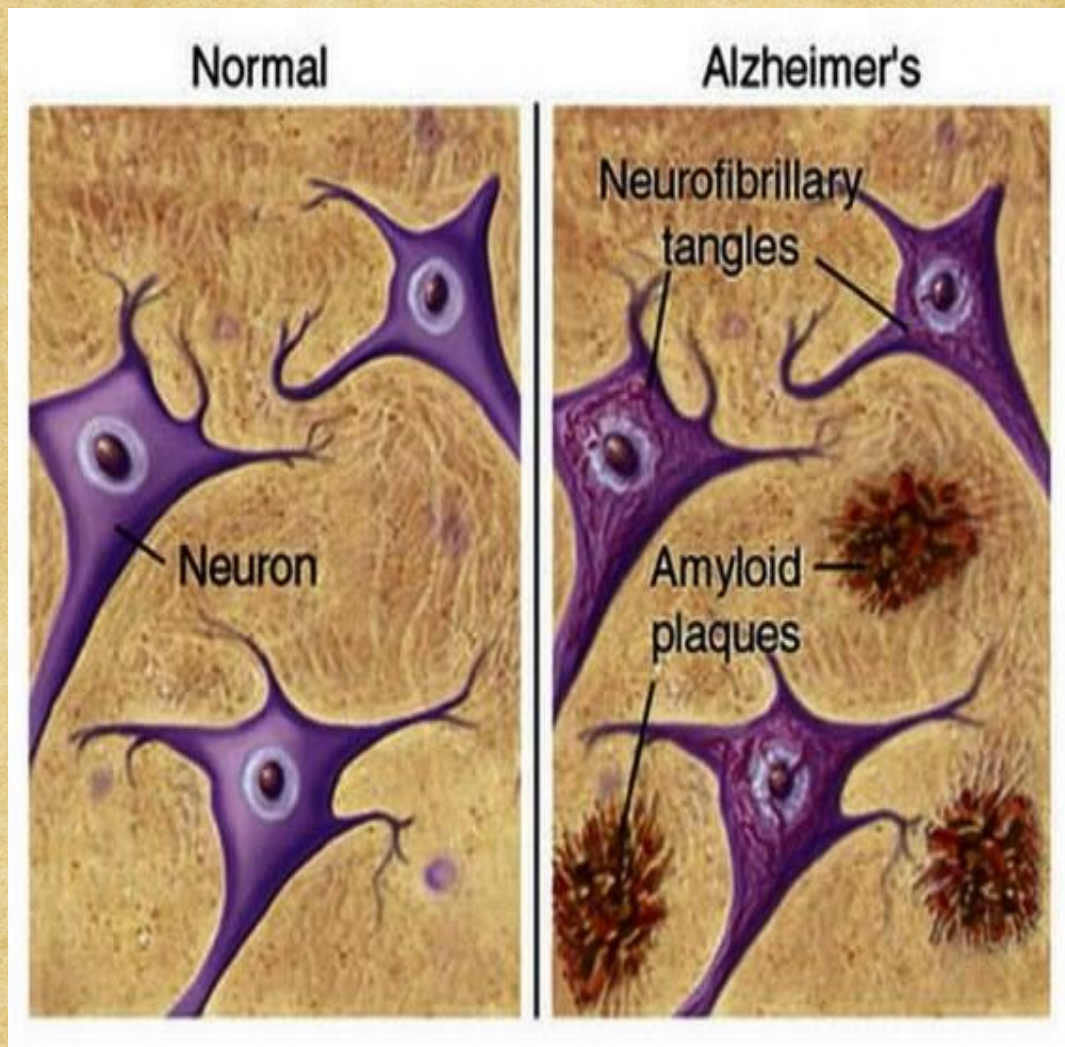
- Внеклеточные сенильные (амилоидные) бляшки
- Внутриклеточные нейрофибриллярные отложения (клубки)





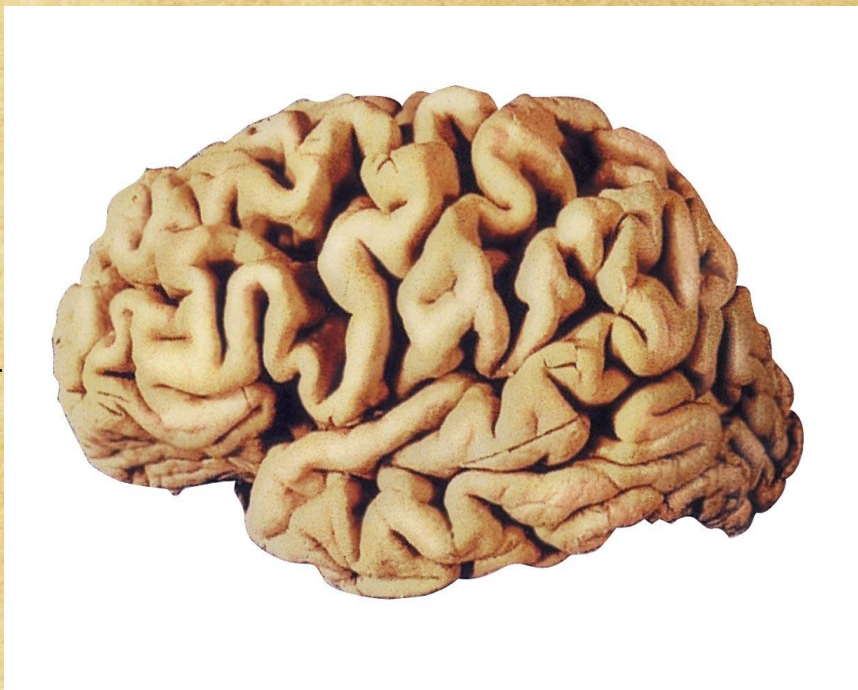
ДЕМЕНЦИЯ АТ: МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

- сенильные бляшки
- отложение амилоида
- нейрофибриллярные клубочки

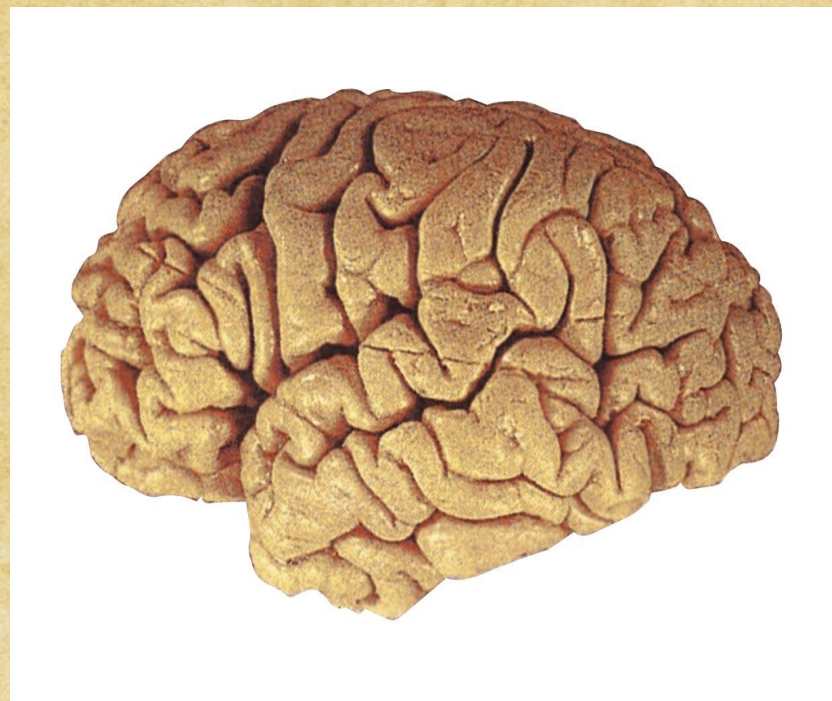


Церебральная атрофия при деменции Альцгеймеровского типа

БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА

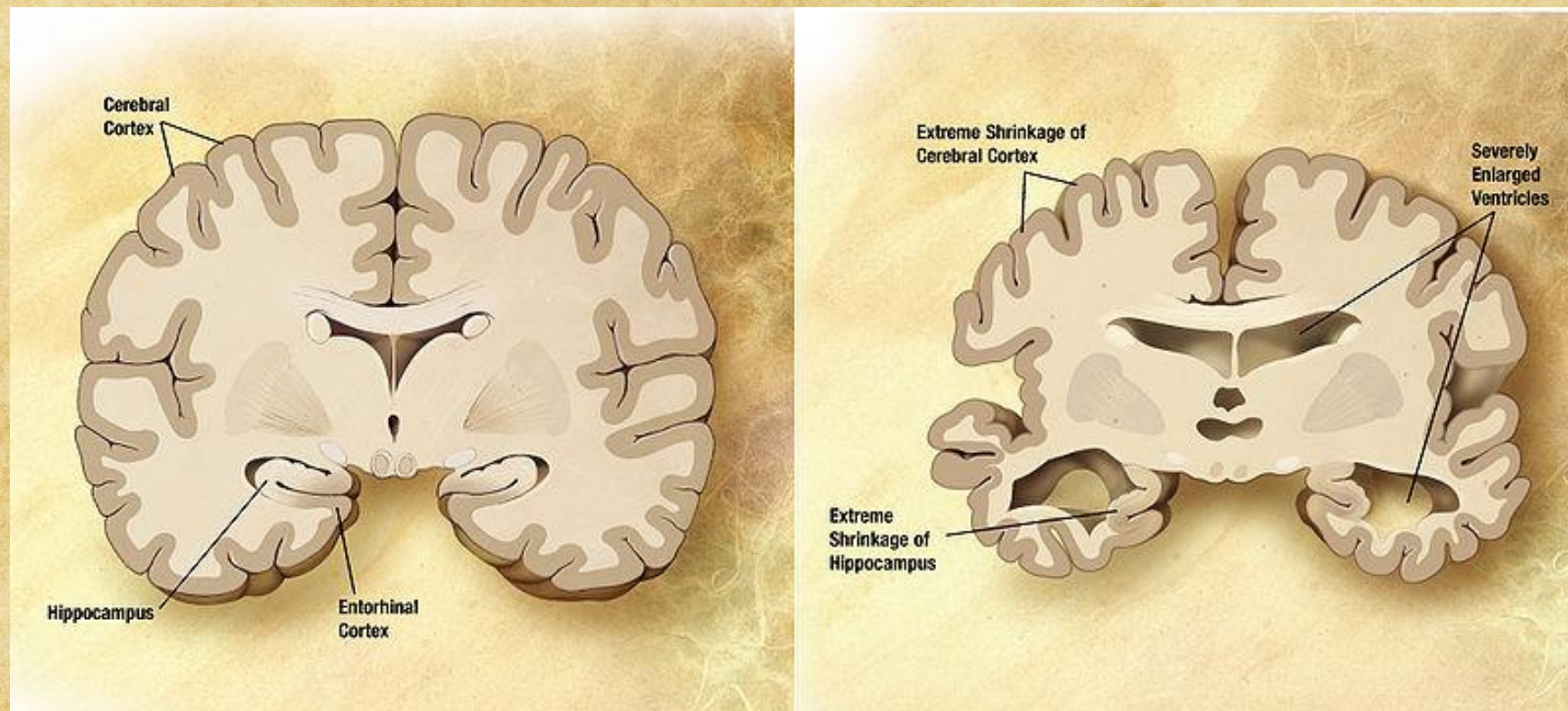


Пораженный



Здоровый

Болезнь Альцгеймера



Мозг пожилого человека в норме (слева) и при патологии, вызванной болезнью Альцгеймера (справа), с указанием отличий.



Сосудистая деменция

- Наличие симптомов деменции
- Объективный анамнез, подтверждающий острое начало, транзиторные нарушения мозгового кровообращения.
- Ступенеобразное нарастание деменции
- Флюктуация тяжести когнитивных расстройств за короткий период времени, даже в течение одного дня
- Неравномерность поражения высших корковых функций, признаки подкорковой дисфункции
- Очаговые неврологические знаки
- КТ/МРТ: очаговые изменения, распространенный лейкоариозис, асимметрия ликворного пространства
- Ишемическая шкала Хачинского больше 6 баллов



Основные этиологические факторы ХИМ

- Атеросклероз
- Артериальная гипертензия
- Сердечная недостаточность
- Венозная патология
- Пониженное АД
- Сахарный диабет



ИШЕМИЧЕСКАЯ ШКАЛА ХАЧИНСКОГО [Hachinski et al., 1974]

- внезапное начало (2 балла)
- ступенеобразное течение (1 балл)
- наличие флюктуаций (2 балла)
- ночная спутанность (1 балл)
- относительная сохранность личности (1 балл)
- депрессия (1 балл)
- соматические жалобы (1 балл)
- несдержанность эмоциональных реакций (1 балл)
- артериальная гипертензия (1 балл)
- инсульт в анамнезе (2 балла)
- другие признаки атеросклероза (1 балл)
- субъективная неврологическая симптоматика (2 балла)
- объективная неврологическая симптоматика (2 балла)

7 баллов и более говорит в пользу СД

4-5 баллов и менее в пользу БА



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА

- ❑ постепенное начало, неуклонное прогрессирование
- ❑ отсутствие значимых цереброваскулярных нарушений
- ❑ широкий спектр нейропсихологических расстройств

СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ

- ❑ быстрое начало и ступенеобразное прогрессирование
- ❑ наличие острых и хронических цереброваскулярных расстройств, сосудистых факторов риска
- ❑ возникновение нарушений исполнительных функций на ранних стадиях заболевания
- ❑ нейровизуализационные признаки сосудистого поражения головного мозга



Болезнь Пика

(височно – лобная деменция)

- Развивается постепенно и сопровождается прогрессирующими нарушениями высших корковых функций и развитием тотальной деменции.
- Глубокие личностные изменения с нарушениями поведения возникают уже на ранних этапах болезни.
- Инструментальные функции интеллекта (память, внимание, ориентировка, счет, т.д.) долго остаются сохранными.
- Сложные формы мыслительной деятельности (обобщение, абстрагирование, критика) нарушаются на начальных этапах болезни.
- Прогрессирующая афазия до мутизма.
- Симптомы апраксии появляются на поздних этапах и не достигают степени тяжелого распада как при БА.



Деменция с тельцами Леви

Симптомы деменции одновременно с
паркинсоническими симптомами

Основные симптомы:

- Флюктуация когнитивных нарушений с грубым расстройством внимания и активности.
- Нарушение зрительно – пространственных функций
- Рекуррентный зрительный галлюциноз.
- Симптомы паркинсонизма (спонтанный, не спровоцированный лекарствами)

Дополнительные симптомы:

- Преходящие нарушения сознания
- Повторные падения, обмороки
- Гиперчувствительность к нейролептикам
- Бредовые идеи (систематизированные, ущерба)
- Галлюциноз другой модальности
- Расстройство поведения во сне



Цели терапии при деменции

Мягкая деменция

- Улучшение и стабилизация когнитивных функций
- Поддержание или восстановление независимости / способности к самообслуживанию
- Поддержание повседневных навыков

Развернутая деменция

- Активизация умственной и психической деятельности пациентов
- Избежание зависимости от ухода
- Облегчение ухода



Стратегии терапевтического воздействия

- **Компенсаторная** (заместительная) терапия, направленная на преодоление нейротрансмиттерного дефицита
- **Протективная терапия**: применение нейропротекторов и нейротрофических факторов; коррекция нарушений свободно-радикальных процессов, а также метаболизма кальция
- **Противовоспалительная терапия, гормональная терапия**
- **Поведенческая терапия**, в том числе, психофармакотерапия продуктивных психопатологических, аффективных расстройств и психологическая коррекция (тренинг) когнитивных функций



Стратегии терапевтического воздействия

- Наиболее эффективный подход в лечении болезни Альцгеймера основан на **использовании ингибиторов ацетилхолинэстеразы (АХЭ)**.
- Применяется также **модулятор глутаматергической системы** акатинол мемантин (для коррекции глутаматергической системы).
- **Ингибиторы обратного захвата серотонина** при серотонинергическом дефиците.



Холинергическая терапия.

1. ингибиторы ацетилхолинэстеразы:

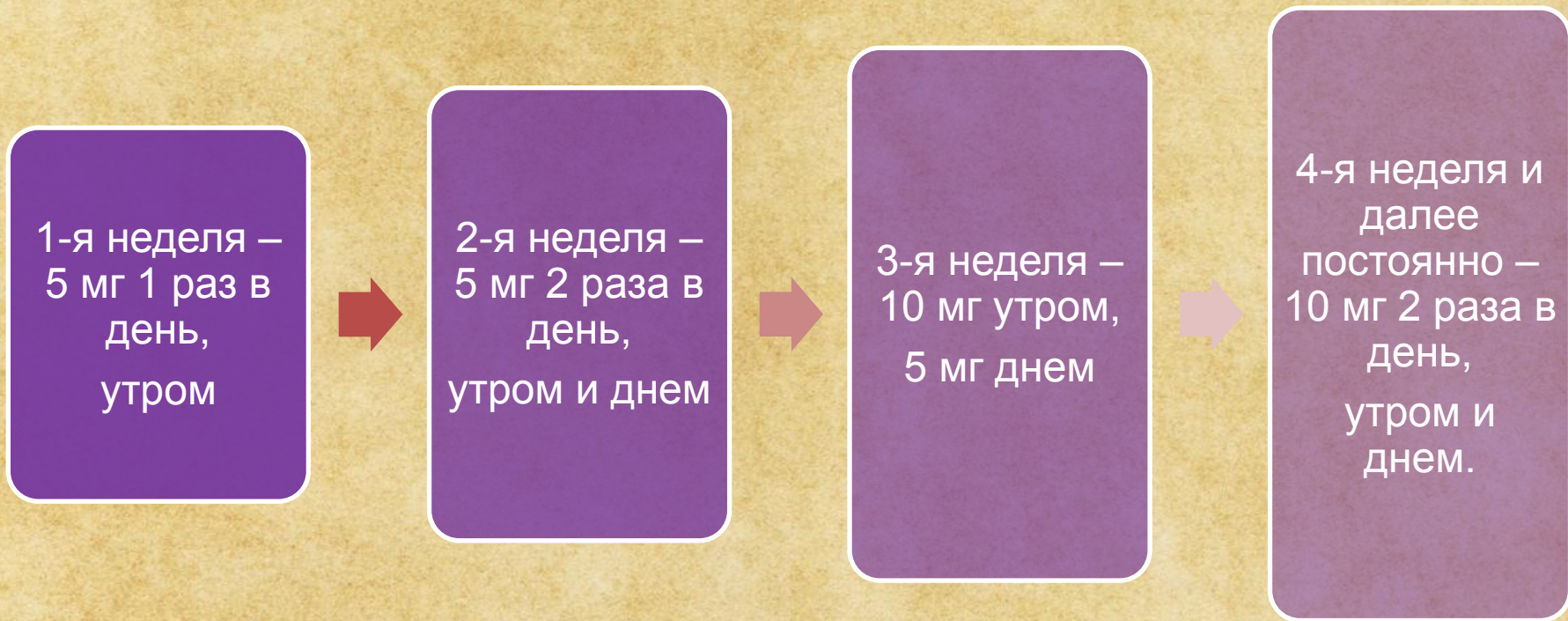
- - ривастигмин 3-12 мг
- -донепезил 5мг —10 мг.

2. препараты двойного действия

- -глиатилин 1200 мг\сут.
- -галантамин 8-24 мг сут

Глутаматергическая терапия

Акатинол мемантин



Возможно дальнейшее повышение дозы препарата до 30 мг/сут.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ АКАТИНОЛА МЕМАНТИНА ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

- уменьшение выраженности когнитивных расстройств - улучшение памяти и внимания
- положительный эффект наблюдается у 70-75% больных
- хорошая переносимость препарата
- положительный эффект акатинола мемантина сохраняется даже после прекращения его введения (нейропротективное действие)





Когнитивный континуум



«В контролируемых исследованиях доказана способность мемантина улучшать и стабилизировать когнитивные функции и функциональный статус пациентов на ранней и поздних стадиях болезни Альцгеймера при сосудистой деменции».



Нейропротективная терапия

- Церебролизин
- Ноотропил
- Инстенон
- Пантогам актив
- Церетон
- Нейрокс



ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА

ИНСУЛЬТ

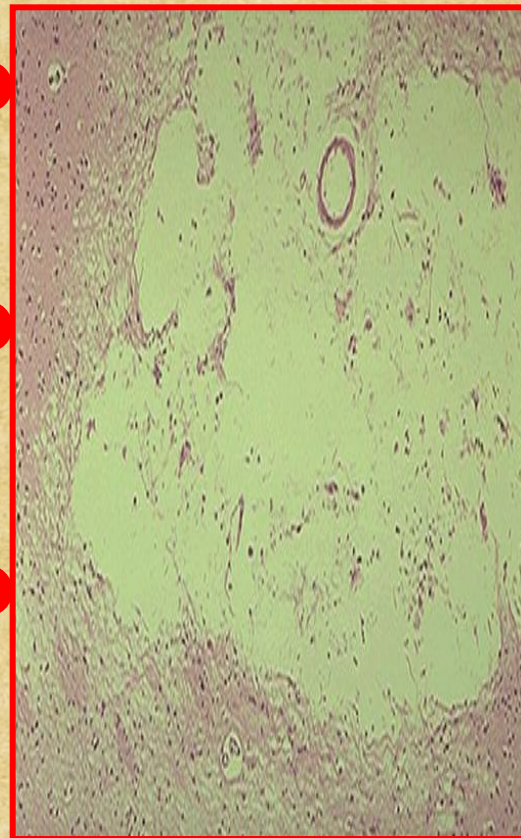
Острая фаза и реабилитация

ДЕМЕНЦИЯ

Болезнь Альцгеймера и сосудистая
деменция

ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГА

Черепно-мозговая травма и
нейрохирургические вмешательства





Дозы ЦЕРЕБРОЛИЗИНА

- Хроническая ишемия мозга 5 мл №15
- Деменция 20 мл №10 (20 мл 20 дней\мес-2 мес перерыв-20 мл 20 дней\мес-2 мес перерыв (Гехт А.Б.))

-Восстановительный период после инсульта 10мл №10

-Черепно-мозговые травмы 5 мл №15

5 мл №15

10 мл №10





Радость
повседневной
жизни



Церетон®

Холина альфосцерат
Церетон® амп. 250 мг/мл, 4 мл №5



Церетон®

**эффективный и безопасный
препарат, улучшающий
синаптическую
передачу, мозговой кровоток,
пластичность и восстанавливающий
целостность мембран нервных**

Церетон.

Раствор для внутривенного и внутримышечного применения
ампулы 250 мг/мл, 1000 мг №3;
ампулы 250 мг/мл, 1000 мг №5;
капсулы 400 мг №14;
капсулы 400 мг №28.



НЕЙРОКС

**КИСЛОРОДНЫЙ КОКТЕЙЛЬ
ДЛЯ МОЗГА И СЕРДЦА**

- Антиоксидант
- Антигипоксанта



250 мг/5 мл № 5
100 мг/2 мл № 10



Нейрокс –

**эффективный и безопасный
антигипоксанта высокого качества
с комплексным воздействием
на головной мозг и сердце.**

Антиоксидант

Раствор для внутривенного и внутримышечного введения
100 мг/2 мл № 10; 250 мг/5 мл № 5



Совместное применение Нейрокса и Церетона®

Нейрокс

Церетон®

Показания к применению

☐ Острые нарушения мозгового кровообращения ☐ Острый и восстановительный периоды ЧМТ	☐ Острый и восстановительный периоды ишемического инсульта ☐ Восстановительный период геморрагического инсульта ☐ Острый и восстановительный периоды ЧМТ
☐ Легкие когнитивные расстройства атеросклеротического генеза ☐ Тревожные состояния при невротических и неврозоподобных состояниях	☐ Когнитивные расстройства ☐ Психоорганический синдром
☐ Дисциркуляторная энцефалопатия	
☐ Нейроциркуляторная дистония	
☐ Абстинентный синдром при алкоголизме	
☐ Острая интоксикация антипсихотическими лекарственными средствами	



Нейрокс® + Церетон®

способ применения и дозы



Острые нарушения
мозгового
кровообращения

Дисциркуляторная
энцефалопатия

Когнитивные
расстройства

• Нейрокс®

внутримыш.
ежно
200-300
мг/сут
14-30 дней

• Церетон®

400 мг 3

раз в
сутки 10-14

Медсестра
ежно
сутки 10-14

• Церетон®

внутримыш.
ежно 1000

мг в сутки
10-14 дней

• Нейрокс®

400 мг
10-15 дней

внутримыш.
ежно 1000

мг в сутки
10-15 дней

• Церетон®

внутримыш.
ежно 1000

мг в сутки
10-15 дней

• Нейрокс®

400 мг
10-15 дней



Пантогам актив – оригинальный препарат на основе рацемической смеси D-, L- изомеров гопантеновой кислоты с ноотропным и психотропным действием - «ноотранквилизатор»

.*

*Механизм действия Пантогама актив опосредуется через взаимодействие с системами:**



*Спектр клинической активности препарата Пантогам актив***

- ✓ Улучшение когнитивных функций (память, внимание), повышение умственной работоспособности.
- ✓ Мягкое стимулирующее действие.
- ✓ Влияние на психоэмоциональный фон - противотревожное действие**.
- ✓ Противосудорожное и снижающее моторную возбудимость действия**.

* - Копелевич В.М., Паногам и Панторгам актив. Клиническое применение и фундаментальные исследования, Триада-фарм, М., 2009.

Ковалев Г.И., с соавт. Качественные и количественные взаимодействия пантогама и Пантогама актив с рецепторами нейромедиаторов in vitro. Ж. Неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2012, 112, №3, с. 39-43.

** - Инструкция по медицинскому применению препарата Пантогам актив



Свойства Пантогама актив

Ноотропное действие:¹

- Стимуляция анаболических процессов в нейронах.
- «Мягкая» активация умственной деятельности и работоспособности

Нейропротекторное действие:¹

- Повышение устойчивости мозга к гипоксии и действию токсических веществ.

Анксиолитическое действие¹

Антидепрессивное действие^{2,3}



Противосудорожное, снижающее моторную возбудимость действие¹

Нейровегетотропное действие^{3,4}

1 - Инструкция по медицинскому применению препарата Пантогам актив

2 - Смулевич А.Б., 2002 (НЦПЗ РАМН)

3 - Л.С. Канаева, 2009 (ГНИИ им. В.П.Сербского)

4 - В.Э.Медведев, 2010-2013 (Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФППО медработников РУДН)



Показания к применению препарата Пантогам актив¹

Когнитивные нарушения при:

- **Органических поражениях головного мозга**, в том числе, при цереброваскулярной недостаточности на фоне атеросклероза сосудов головного мозга, ЧМТ.
- **Невротических расстройствах**

**В комплексной терапии
шизофрении**

**В комплексной терапии судорожного
синдрома при эпилепсии.**

Экстрапирамидные гиперкинезы:

- Миоклонус-эпилепсия, хорей
Геттингтона, гепатолентикулярная
дегенерация, болезнь Паркинсона)
- **При приеме нейролептиков.**

**Психоэмоциональные
перегрузки, снижение памяти,
внимания, умственной и
физической работоспособности**

**Нейрогенные расстройства
мочеиспускания**

«Пантогам актив является эффективным и хорошо переносимым препаратом для терапии больных с когнитивными и астеническими нарушениями, как при органических поражениях головного мозга, так и в структуре невротических расстройств»²

¹ - Инструкция по медицинскому применению препарата Пантогам актив

² - А.Б.Смулевич, НЦПЗ РАМН, 2002 г.



По данным клинических исследований Пантогам актив в суточной дозе 600 – 1800 мг эффективен и безопасен*:

- В терапии когнитивных нарушений различной этиологии
- В предупреждении и купировании пограничных психических расстройств у пациентов с ССЗ и неврологическими заболеваниями
- В профилактике и терапии нейролептического синдрома



* - По результатам клинических исследований в:

- НЦПЗ РАМН, ГНЦПСС им. В.П.Сербского
- Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФППО РУДН
- Кафедра неврологии и нейрохирургии лечебного факультета РГМУ им. Н.И.Пирогова
- Кафедра неврологии и нейрохирургии Самарского ГМУ и др, 2002 – 2013 гг.)



«Пантогам актив обладает рядом преимуществ, позволяющих рекомендовать его в качестве средства для первичного назначения пациентам с ССЗ, сопровождающимися легкими психическими расстройствами астенического, соматоформного, тревожного и депрессивного круга»:*

- ✓ Имеет стабильный анксиолитический эффект.
- ✓ Эффективен в терапии когнитивных нарушений, в том числе, у лиц с ГБ и ССЗ при пограничных психических расстройствах.
- ✓ Обладает высоким профилем безопасности и хорошей переносимостью.
- ✓ Может применяться долго, без явлений гиперстимуляции, не вызывает синдром отмены или привыкание.



*-В.Э.Медведев и соавт. «Новые возможности фармакотерапии психических расстройств у пациентов с ССЗ», ж. «Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, №9, 2014, с.30-37.



Возможности применения

препарата Пантогам актив в психиатрии

□ В «большой психиатрии» - дополнительная терапия когнитивных нарушений, тревожных расстройств и для снижения побочного действия нейролептиков:

□ В комплексной терапии шизофрении *,**

- Профилактика и снижение выраженности побочного действия антипсихотиков (ЭПР, нейролептическая депрессия).

- Повышение эффективности терапии когнитивных и негативных расстройств в ремиссии.

□ В «малой психиатрии» - для улучшения когнитивного статуса + противотревожное действие, в т.ч. при коморбидных ССЗ:*,**

□ В терапии невротических, связанные со стрессом, и соматоформных расстройств

- Тревожные расстройства: Изолированные фобии F 40.2
Смешанное тревожно-депрессивное расстройство F 41.2
- Расстройство приспособительных реакций (нозогении) F 43.8
- Соматоформные, включая органоневротические (кардионевроз, ГВС), расстройства F 45
- Неврастения * F 48.0

□ Расстройства настроения (Депрессивный эпизод легкой степени тяжести) F 32.0

□ Органические, включая симптоматические, психические расстройства (Соматогенная астения) F 06.6



Антидепрессанты

Предпочтительно современных
генераций с минимальной
поведенческой токсичностью и
минимальным лекарственным
взаимодействием

Ципралекс

Вальдоксан



АНТИПСИХОТИКИ

- Предпочтительно атипичные с высокой селективностью с минимальной поведенческой токсичностью и минимальным лекарственным взаимодействием
- Рисперидон
- Кветиапин
- Амисульприд

Радость рядом....





Спасибо за
внимание!