

Нейрокогнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

Андрющенко Алиса Владимировна, врач-психиатр, доктор медицинских наук, профессор кафедры психическое здоровье и клиническая психиатрия факультета психологии МГУ, руководитель отдела психических расстройств при нейродегенеративных заболеваниях головного мозга НКИЦ ГБУЗ «ПКБ №1 ДЗМ»

Органические синдромы в МКБ-10

1. ДЕЛИРИЙ
 2. ДЕМЕНЦИЯ
 3. АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ
-

Делирий

Делирий — это острое, преходящее, обычно обратимое, флуктуирующее нарушение внимания, восприятия и уровня сознания.

- ◆ Сопровождается дезорганизацией мышления и выраженным когнитивным дефицитом
- ◆ Чаще развивается у пациентов с имеющимся когнитивным расстройством, но может развиваться и у лиц без явного когнитивного дефицита
- ◆ В основе — нарушение метаболизма головного мозга, связанное с соматическими факторами (нарушение функции внутренних органов, инфекционные, сосудистые заболевания, обменные заболевания, интоксикации)



Делирий

- делирий, обусловленный соматическим или неврологическим заболеванием
 - делирий, вызванный психоактивным веществом (интоксикационный и абстинентный)
 - делирий неуточненный
-

Деменция

От латинского **de** — утрата
mentos — ум
Синоним: **«слабоумие»**

- приобретенные стойкие полифункциональные когнитивные нарушения,
- являющиеся следствием органического поражения головного мозга,
- отмечающиеся на фоне ясного сознания,
- которые приводят к нарушению **САМООБСЛУЖИВАНИЯ**, то есть делают человека **ЗАВИСИМЫМ** от помощи других лиц

Деменция - понятие

Деменция – синдром, характеризующийся приобретенным, часто прогрессирующим снижением интеллекта, которое возникает в результате органических поражений головного мозга и приводит к нарушению социальной адаптации пациента, т.е. делает его неспособным к продолжению профессиональной деятельности и/или, ограничивая возможности самообслуживания, нарушает его бытовую независимость (Левин О.С., 2010).

Слабоумие – стойкое, мало обратимое снижение уровня психической, в первую очередь интеллектуальной деятельности. Часто деменцию понимали как необратимое поражение собственно интеллекта, а не его предпосылок (Блейхер В.М., 1976), **стойкий дефект интеллекта** (Jaspers K., 1913; Gruhle H.W, 1922), **отличая его, например, от аффективного или психопатического слабоумия** (Gruhle H.W., 1922; Sterz G., 1928), **а также псевдодеменции** (Wernike K., 1900; Гулямов М.Г., 1959; Фелинская Н.И., 1968).



Психоорганический
синдром

Деменция

Психоорганический синдром – это и начальный этап органического процесса, и в более общем смысле – широкий спектр органических психопатологических нарушений.

Деменция – это поступательное снижение интеллекта и других психических функций вследствие некоего органического заболевания головного мозга и заключительный, наиболее тяжелый этап развития органического процесса.

Деменция

Деменция сама по себе не является заболеванием, а представляет собой нейропсихологический синдром, отражающий различные нарушения, вызванные хроническими заболеваниями мозга или энцефалопатией. Иначе говоря, деменция является общим термином, который охватывает определенное количество нейропсихологических синдромов, характерных для разных заболеваний мозга.

Деменции могут быть *непрогрессирующими*, как в случаях, связанных с травмой мозга или мозговой гипоксией, или *прогрессирующими*, возникающими вследствие внутренних, внешних или метаболических повреждений мозга. Эти состояния могут проявляться в виде корковых, подкорковых, корково-подкорковых или мультифокальных энцефалопатий.

Такая разная деменция...

Легкая деменция:

- основные навыки самообслуживания сохранены
- нарушения заметны окружающим, но объясняются возрастом
- страдают в первую очередь сложные функции — освоение нового, инструментальный статус, финансовые вопросы, прием лекарственной терапии...

Умеренная деменция:

- основные навыки самообслуживания большей частью сохранены, но могут требоваться напоминания (могут забывать мыться, поесть, могут одеваться не по сезону)
- нарушения заметны окружающим и явно патологичны
- больные нуждаются в уходе, но могут оставаться без присмотра несколько часов (при сохранении предосторожности!)

Тяжелая деменция:

- все навыки утрачены (состояние маленького ребенка)
- потребность в круглосуточном уходе

Критерии диагностики синдрома деменции по МКБ-10 (1995)

Симптомы	Множественный дефицит высших корковых функций, включая нарушения памяти и по крайней мере 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	Церебральное заболевание или общее состояние (соматическое заболевание, интоксикация, в т.ч. медикаментозная), вторично влияющее на мозговую деятельность
Критерий исключения	Расстройство сознания

Классификация деменций по МКБ-10

МКБ-10 (Международная классификация болезней, 10-й пересмотр)

МКБ-10 классифицирует деменцию как **органическое психическое расстройство (F00-F09)**.

Основные виды:

1. Деменция при болезни Альцгеймера (F00)
2. Деменция при болезни Паркинсона (F02.3)
3. Сосудистая деменция (F01)
4. Деменция при болезни Пика (F02.0)
5. Алкогольная деменция (F10.7)
6. Деменция при других заболеваниях:
 - Деменция при болезни Гентингтона (F02.2)
 - Деменция при ВИЧ (F02.4)

Типы деменции



Другие причины деменции:

Смешанные патологии, склероз гиппокампа, болезнь Паркинсона (сходство с ДТЛ), хроническая травматическая энцефалопатия, прогрессирующий надъядерный паралич, кортикобазальная дегенерация, болезнь Хантингтона¹⁻³

Доля людей с деменцией указана в процентах.

БА - болезнь Альцгеймера.

1. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement.* 2022;18:700–789; 2. Kurz FA. *Int Psychogeriatr.* 2005;17:S35–S49; 3. Ling H, et al. *Acta Neuropathol.* 2017;133:337–352.

Основные причины деменции

Деменция - это клинический синдром, имеющий множественную этиологию, включая обратимые состояния и прогрессирующие нейродегенеративные заболевания^{1-3*}

Нейродегенеративные причины деменции:



БА³

- Клинический синдром: деменция при БА
- Наиболее распространенная причина деменции



Цереброваскулярные заболевания⁴

- Клинический синдром: СоД/сосудистые когнитивные расстройства (СКР)
- СоД/СКР и БА часто протекают совместно, что приводит к смешанной деменции



Заболевание с тельцами Леви⁵

- Клинический синдром: ДТЛ



Лобно-височная лобарная дегенерация⁶

- Клинический синдром: ЛВД



Потенциальные обратимые причины деменции²

- ✓ Депрессия
- ✓ Дефицит витамина B12 и/или фолиевой кислоты
- ✓ Медикаментозное лечение
- ✓ Гипотиреоз/гипертиреоз
- ✓ Нормотензивная гидроцефалия

*Ниже приведены примеры дополнительных нейродегенеративных причин деменции: болезнь Паркинсона (сходство с ДТЛ), хроническая травматическая энцефалопатия, прогрессирующий надъядерный паралич, кортикобазальная дегенерация, болезнь Хантингтона^{3,7,8}

БА - болезнь Альцгеймера; ДТЛ - деменция с тельцами Леви; ЛВД - лобно-височная деменция; СоД - сосудистая деменция.

1. Arvanitakis Z and Bennett DA. JAMA 2019;322:1728; 2. Chari D, et al. J Geriatr Mental Health. 2015;2:30-37; 3. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement. 2022;18:700-789; 4. Smith EE. Clin Sci (Lond). 2017;131:1059-1068; 5. McKeith IG, et al. Neurology. 2017;89:88-100; 6. Young JJ, et al. Ther Adv Psychopharmacol. 2018;8:33-48; 7. Kurz FA. Int Psychogeriatr. 2005;17:S35-S49; 8. Ling H, et al. Acta Neuropathol. 2017;133:337-352.

Различия между подтипами деменции в части клинических признаков

Основные подтипы деменции зачастую можно различать по первоначальным симптомам

- Дополнительные клинические параметры (психическое состояние, нейропсихиатрические, неврологические параметры и визуализация) могут помочь в подтверждении диагноза

Подтип деменции	Первые симптомы	Психическое состояние	Нейро-психиатрические параметры	Неврологические параметры	Визуализация
БА	Потеря памяти	Потеря эпизодической памяти	Изначально в норме	Изначально в норме	Атрофия энторинальной коры и гиппокампа
Лобно-височная деменция	Апатия, ухудшенные навыки суждения/осознания, речи/языка, гиперорализм	Нарушения лобной доли/исполнительной функции, речевых навыков, сохранение навыков рисования	Апатия, расторможенность, гиперорализм, эйфория, депрессия	Возможен паралич вертикального взора, аксиальная ригидность, дистония, синдром чужой руки или БДН	Атрофия лобной, инсुлярной и/или височной доли; сохранение задней теменной доли
Деменция с тельцами Леви	Зрительные галлюцинации, расстройство REM-сна, делирий, синдром Капгра, паркинсонизм	Нарушения лобной доли/исполнительной функции, навыка рисования, сохранение памяти, подверженность делирию	Зрительные галлюцинации, нарушения сна, бредовые состояния	Паркинсонизм	Атрофия задней теменной доли; гиппокампы крупнее, чем при БА
Сосудистая деменция	Зачастую, но не всегда, внезапные, изменчивые; апатия, падения, очаговая слабость	Нарушения лобной доли/исполнительной функции, замедление когнитивных функций, может сохранять память	Апатия, бредовые состояния, тревожность	Обычно замедление моторной функции, спастичность; могут быть в норме	Кортикальные и/или субкортикальные инфаркты, конфлюэнтное заболевание белого вещества

Клинические характеристики других нейродегенеративных причин деменции

СоД ^{1,2}	ДТЛ ³	ЛВЛД ^{4,5}			LATE ⁶
Вариативный когнитивный профиль: пораженные сферы зависят от размера и локализации сосудистого поражения (-ий) Различное время возникновения и течение Различные некогнитивные особенности: фокальные моторные, сенсорные и зрительные нарушения	Деменция, характеризующаяся: более значительными нарушениями внимания, визуально-пространственных и исполнительных функций, чем при типичной БА Значительные перепады в когнитивных функциях и концентрации внимания Зрительные галлюцинации Расстройство поведения в фазе сна с быстрыми движениями глаз (БДГ) Спонтанные двигательные проявления паркинсонизма: брадикинезия, тремор покоя, ригидность	Поведенческая ЛВД (повЛВД) Ранние нарушения социального поведения Выраженные нарушения исполнительных функций	Семантическая форма первичной прогрессирующей афазии (сфППА) Беглая речь с постепенной потерей смысла слов Эпизодическая память часто сохраняется	Небеглая форма первичной прогрессирующей афазии (нфППА) Ухудшение вербальной экспрессии, нарушение плавности речи, грамматические изменения Память и зрительно-пространственные функции относительно сохранены	- Сходные характеристики с теми, что наблюдаются при БА (т.е. амнестический синдром с выраженными эпизодическими нарушениями), но с более постепенным ухудшением с течением времени - Может быть сохранена беглость речи, несмотря на значительный дефицит отсроченного припоминания списка слов - Отличается от ЛВЛД с TDP-43 эпидемиологией (обычно затрагивает пожилых людей) и анатомическим распределением протеинопатии

БА - болезнь Альцгеймера; ДТЛ - деменция с тельцами Леви; ЛВД - лобно-височная деменция; ЛВЛД - лобно-височная лобарная дегенерация; LATE - поздняя лимбическая TDP-43 энцефалопатия; БДГ - быстрые движения глаз; сфППА - семантическая форма первичной прогрессирующей афазии; TDP-43 - ДНК-связывающий белок TAR 43; СоД - сосудистая деменция.

1. Smith EE. *Clin Sci (Lond)*. 2017;131:1059–1068; 2. Mittenberg W, et al. *Arch Clin Neuropsychol*. 2000;15:561–569; 3. McKeith IG, et al. *Neurology*. 2017;89:88–100; 4. Bott NT, et al. *Neurodegener Dis Manag*. 2014;4:439–454; 5. Young JJ, et al. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018;8:33–48; 6. Nelson P, et al. *Brain* 2019;142:1503–1527.

Варианты изолированных органических синдромов

- Амнестический синдром
- Органическое депрессивное расстройство
- Органическое тревожное расстройство
- Органическое расстройство личности
- Органический галлюциноз
- Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

Психические расстройства и расстройства поведения [F00-F99] (класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). М. Минздрав РФ, 1998. – 512 с.

Амнестический синдром

- грубое снижение кратковременной памяти
 - дезориентировка во времени и месте пребывания
 - снижение способности к усвоению нового материала
 - сохранение памяти на отдаленные события
 - конфабуляции
-

Целесообразность выделения ЛКР

Идентифицировать категорию пациентов с промежуточной стадией между возрастной нормой и деменцией, имеющих повышенный риск перехода в деменцию в ближайшие 3-5 лет

- потенциальная обратимость ЛКР
- необходимость ранней диагностики
- важность своевременного лечения

Частота встречаемости МСІ в возрасте до 75 лет составляет 19%, после 85 лет увеличивается до 29%.

Ежегодно около 10-12% из них получают диагноз болезни Альцгеймера. Показатели частоты болезни Альцгеймера неуклонно прогрессируют по мере увеличения продолжительности жизни и увеличения численности популяции пожилых и особенно старых людей.

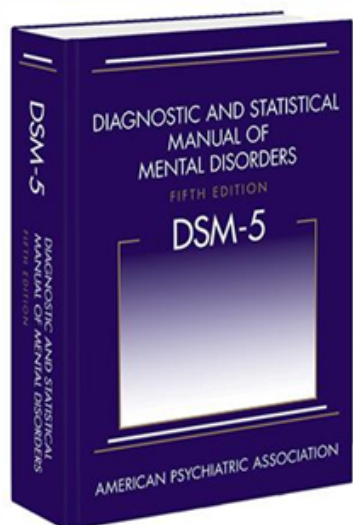
Легкое когнитивное расстройство (ЛКР)

Синдром ЛКР – концептуально важный этап между нормальным когнитивным старением и деменцией.

Характеризуется расстройством памяти и когнитивных функций, степень проявления которых не позволяет поставить диагноз деменции альцгеймеровского, церебрально-сосудистого или иного генеза.



Мягкое нейрокогнитивное расстройство



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

А. Свидетельство умеренного когнитивного снижения от предыдущего уровня деятельности в одной или более когнитивных областей (комплексного внимания, исполнительных функций, обучения и памяти, языка, восприятия или социального познания) на основании:

1. Наличия когнитивных затруднений и озабоченности пациента, знающего его информанта или мнение врача-клинициста о том, что имеется мягкое снижение когнитивных функций;
2. Умеренное снижение когнитивных функций должно документально подтверждаться предпочтительно стандартизированными нейропсихологическими тестированиями или, при их отсутствии, другими количественными клиническими оценками.

Когнитивные нарушения

- Ухудшение когнитивных функций относительно исходно более высокого индивидуального, средневозрастного и/или образовательного уровня
- Могут оказывать влияние на социальную, профессиональную и повседневную жизнь человека, в том числе приводя к дезадаптации (инвалидизации)



Глава 6 МКБ-11:

Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития

1. Нарушения нейропсихического развития
2. Шизофрения и другие первичные психотические расстройства
3. Кататония
4. Аффективные расстройства
5. Расстройства, связанные с тревогой и страхом
6. Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства
7. Расстройства, специфически связанные со стрессом
8. Диссоциативные расстройства
9. Расстройства телесных ощущений и переживаний
10. Расстройства питания и пищевого поведения
11. Расстройства естественных отпавлений
12. Расстройства вследствие употребления психоактивных веществ и аддиктивного поведения

13. Расстройства контроля побуждений
14. Деструктивные и диссоциальные поведенческие расстройства
15. Расстройства личности и личностные черты
16. Парафилические расстройства
17. Имитированные расстройства
- 18. Нейрокогнитивные расстройства**
19. Психические и поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом
20. Психологические и поведенческие факторы, влияющие на расстройства и заболевания, классифицированные в других главах
21. Вторичные психические и поведенческие нарушения вследствие заболеваний, классифицируемых в других главах

<https://icd.who.int/browse11>

/

МКБ-10

F00-09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства

F00 Деменция при болезни Альцгеймера

F01 Сосудистая деменция

F02 Деменция при других болезнях, классифицированных в других разделах

F03 Деменция неуточненная

F04 Органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами

F05 Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами

F06 Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью

F07 Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга

F09 Органическое или симптоматическое психическое расстройство неуточненное

МКБ-11

Нейрокогнитивные

расстройства

6D70 Делирий

6D71 Легкое нейрокогнитивное расстройство

6D72 Амнестическое расстройство
Деменция

6D80 Деменция вследствие болезни Альцгеймера

6D81 Деменция вследствие цереброваскулярных заболеваний

6D82 Деменция вследствие болезни телец Леви

6D83 Лобно-височная деменция

6D84 Деменция вследствие приема психоактивных веществ, включая лекарственные средства

6D85 Деменция вследствие заболеваний, классифицируемых в других разделах

6D86 Поведенческие и психологические нарушения при деменции

Вторичные психические и поведенческие нарушения

цит. по М.А. Кулыгина, 2021

Нейрокогнитивные расстройства: принципы группирования

- **Дефицит когнитивного функционирования – центральная характеристика**
- Нарушения в ведущих когнитивных сферах:
восприятие, внимание, память, мышление
- Являются приобретенными, а не связанными с нарушением развития
- Снижение в сравнении с достигнутым ранее уровнем (принцип относительности)
- Дегенеративный процесс в головном мозге: объективные подтверждения (нейровизуализация, генетическое тестирование, лабораторные исследования)
- Учет (классификация) первопричинной (лежащей в основе) этиологии

цит. по М.А. Кулыгина, 2021

Значение изменений МКБ-11

- Повышение значимости собственно когнитивных нарушений разной тяжести и их роли в клинической картине нейродегенеративных расстройств
- Учет возрастных, культуральных, гендерных аспектов: внимание к индивидуальности, а не к жестким нормативным стандартам
- Повышение выявляемости и возможности раннего оказания помощи
- **УСИЛЕНИЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОСТИ:**
психиатрия + геронтология + неврология + наркология + психология + ...
 - комплексная диагностика
 - комплексное лечение
 - задачи обучения специалистов (знание заболеваний нервной системы, нейропсихологических тестов и т.п.)
 - создание специализированных центров интегративной помощи:
Клиника памяти

Нейрокогнитивные расстройства в МКБ-11

1. Делирий
2. Легкое когнитивное расстройство
3. Амнестический синдром
4. Деменция

Легкое нейрокогнитивное расстройство

- Повышение статуса расстройства: самостоятельная категория, а не подкатегория, как в МКБ-10
- Субъективное переживание снижения когнитивного функционирования по сравнению с предшествующим уровнем
- Объективные признаки нарушения функционирования, работоспособности в одной или нескольких когнитивных сферах
- Отличия от ожидаемого с учетом возраста человека и общего уровня интеллектуального функционирования
- Не отмечаются существенные нарушения повседневной жизнедеятельности

цит. по М.А. Кулыгина, 2021

Субъективное когнитивное снижение

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

Субъективные изменения не подтверждаются объективно!

Легкое когнитивное расстройство

Незначительное ухудшение когнитивных способностей, которое выявляется только при решении наиболее сложных когнитивных задач, не оказывая влияния на повседневную деятельность

При нейропсихологическом тестировании определяются легкие нарушения исполнительных функций и нейродинамики

Умеренное когнитивное расстройство

- 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)

Амнестическое расстройство

❑ **тяжелое нарушение памяти**

- не соответствует возрасту человека и общему уровню интеллектуального функционирования
- непропорционально нарушениям в других когнитивных сферах
- отсутствие генерализованных когнитивных нарушений

Проявления:

- выраженный дефицит запоминания или усвоении новой информации
- неспособность вспомнить ранее усвоенную информацию (без нарушения сознания) или
- память на недавние события обычно более нарушена, чем память на отдаленные события
- воспроизведение только что запомненной информации обычно сохраняется

Распространенность когнитивных расстройств в общей медицинской практике



Снижение когнитивных функций

Может быть обусловлено:

- Самим заболеванием, особенно при остром течении
- Хроническими заболеваниями (сосудистые, эндокринные, ХПН, длительные болевые синдромы)
- Стрессом от госпитализации, в особенности, при патологических установках
- Дезадаптацией при низких адаптивных возможностях, переутомлении, некомфортной среде в стационаре
- Информационной депривацией
- Коммуникативной депривацией
- Сенсорной депривацией

Снижение когнитивных функций

Может быть :

- Временным
 - Устойчивым
 - Развивавшимся хронически или
 - Острым
-

Возможен и переход на предыдущий уровень патологии

Journal of the Neurological Sciences 369 (2016) 57–62



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of the Neurological Sciences

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jns

Review article

Does mild cognitive impairment always

Seema Y. Pandya Ph.D.^{a,b,*}, Matthew A. Clem M.D.^c

^a Department of Psychiatry, University of Texas Southwestern Medical Center, 5323

^b Department of Clinical Health and Psychology, University of Florida, 1600 SW Arch

^c Seton Brain & Spine Institute Neurology, University of Texas at Austin-Dell Medical S

8. Conclusions

MCI is a concept with clinical and prognostic heterogeneity that has been shown by numerous studies to not necessarily lead to dementia. Instead, rates of MCI reversion and stability are larger than those for progression to dementia, suggesting that progression is less frequent than research has previously depicted. Therefore, MCI reversion and stability are trajectories in need of further understanding and characterization. Results of such examination could help clinicians and researchers distinguish which MCI individuals are more likely to revert or remain stable rather than progress, which would influence patient treatment/care and study outcomes for clinical trials on early interventions for dementia.

В сторону
нормы

review

Fu L. Woon Ph.D.^{a,c}

ites

ited States

Ежегодно ~10% трансформируются в деменцию

Acta Psychiatr Scand. 2009 Apr;119(4):252-65. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01326.x. Epub 2008 Feb 18.

Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia--meta-analysis of 41 robust inception cohort studies.

Mitchell AJ¹, Shiri-Feshki M

Author information

Abstract

OBJECTIVE: To quantify the risk of developing dementia in those with mild cognitive impairment (MCI).

METHOD: Meta-analysis of inception cohort studies.

RESULTS: Forty-one robust cohort studies were identified. To avoid heterogeneity clinical studies, population studies and clinical trials were analysed separately. Using Mayo defined MCI at baseline and adjusting for sample size, the cumulative proportion who progressed to dementia, to Alzheimer's disease (AD) and to vascular dementia (VaD) was 39.2%, 33.6% and 6.2%, respectively in specialist settings and 21.9%, 28.9% and 5.2%, respectively in population studies. The adjusted annual conversion rate (ACR) from Mayo defined MCI to dementia, AD and VaD was 9.6%, 8.1% and 1.9%, respectively in specialist clinical settings and 4.9%, 6.8% and 1.6% in community studies. Figures from non-Mayo defined MCI and clinical trials were also reported.

CONCLUSION: Approximately 10% of most people with MCI will not progress to dementia even after 10 years of follow-up.

В сторону
деменции

From Prodromal Alzheimer's Disease to Alzheimer's Disease: A Review of the Literature

Yoon, A. and H. Michael Arrighi, D.,

Information

es in PASC.

Abstract

Background

The purpose of this review was to summarize published estimates for conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer's dementia. We carried out a systematic review of English language publications to identify cohort studies published since January 2006 that reported the risk of conversion.

Summary

Thirty-two cohort studies were identified, of which 14 reported annualized conversion rates (ACRs). Conversions over 1 year ranged from 10.2 to 33.6% (5 studies, median: 19.0%), and over 2 years from 9.8 to 36.3% (7 studies, median: 18.6%). ACRs ranged from 7.5 to 16.5% (7 studies, median: 11.0%) per person-year for studies recruiting from clinics, and from 5.4 to 11.5% (7 studies, median: 7.1%) for community samples.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ:

- Скрининг – выявление когнитивных расстройств. Неуклонный рост заболеваний, сцепленных с возрастом
 - Диагностика нарушенных функций
 - Определение тяжести когнитивного дефицита
 - Оценка различных когнитивных доменов и их динамики
 - Оценка когнитивных нарушений по степени тяжести
 - Уточнение нозологической формы когнитивных расстройств
-

Признаки когнитивных нарушений у пациента



Забывчивость, неспособность вспомнить имена и недавние события



Дезориентация во времени и местности



Изменения в настроении и характере, беспричинная агрессия



Затруднения в самостоятельном решении простейших задач



Пренебрежение к гигиеническим процедурам, чистоте одежды и жилья



Социальная изоляция



Выяснение одного вопроса множество раз

Жалобы



Перекладывание вещей в неположенные/непривычные места



Неспособность к длительной концентрации внимания

ГОЛ
КОТ КОД

Путаница в словах, схожих по звучанию, но различных по смыслу

Объективные признаки

Нейропсихологическое обследование

КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ

Когнитивные функции — наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним



Синонимы:

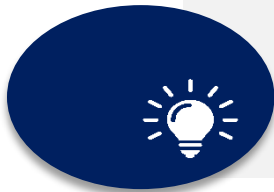
- ◆ познавательные функции,
- ◆ высшие мозговые функции,
- ◆ высшие психические функции

Когнитивные (познавательные) функции

наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним



Сферы когнитивной деятельности



Когнитивная деятельность не является единой структурой; она состоит из различных сфер

**Эпизоди-
ческая
память**

Воспоминание о прошлых событиях и личном опыте^{1,2}

**Вниман-
ие**

Способность сосредотачиваться и поддерживать концентрацию внимания¹

**Зрительно-
пространственные
функции**

Связаны с объединением пространства и визуальной формы³

Язык

Вербальное выражение, понимание речи и коммуникация¹

**Управляющи-
е
(регуляторны-
е) функции**

Навыки мышления, позволяющие рассуждать, планировать, решать проблемы и управлять своей жизнью^{4,5}

Праксис

Мониторинг и обработка данных из окружающей среды для планирования двигательных действий, например, имитации жеста руки⁶

b140 Функции внимания

b1400 **Устойчивость внимания**

b1401 Переключение внимания

b1402 Разделение внимания

b1403 Сосредоточение внимания

b144 Функции памяти

b1440 Кратковременная память

b1441 Долговременная память

b1442 Воспроизведение хранящегося в памяти



ФУНКЦИИ ПАМЯТИ ИНДИВИДА*

*Генетическая форма памяти в психологии и психиатрии не рассматриваются

Роль памяти:

- ✓ обеспечение индивида информацией о внешней и внутренней среде
- ✓ формирование самоидентификации и личной истории индивида

Изучение памяти как системы с опорой на ее основные функции:

способность запоминать, сохранять, воспроизводить и забывать
информацию о разных впечатлениях жизни (*включая связанные с*
воображаемыми событиями и психическими расстройствами),
помогать обучению и использованию опыта.

СООТНОШЕНИЕ ВИДОВ ПАМЯТИ И ОБЛАСТЕЙ МОЗГА



Цит. По B. Baars, N. Gage, 2021

Память

- процесс фиксации, сохранения и воспроизведения информации
- **Рабочая** ($\approx$ кратковременная) память – включает процессы кратковременного удержания информации, перерабатываемой в ходе выполнения того или иного действия и необходимой для достижения цели текущего действия
- **Долговременная память** – длительное сохранение информации (виды см. далее)

Долговременная память

```
graph TD; A[Долговременная память] --> B[Декларативная]; A --> C[Недекларативная (процедурная)]; B --> B1["(то, о чем можно рассказать)"]; B --> B2[Что?]; B --> B3["1. Эпизодическая  
Воспоминания о событиях,  
происходивших в жизни человека  
(например, о своем посещении  
Парижа)"]; B --> B4["2. Семантическая  
Обобщенные знания о мире  
(Париж – столица Франции)"]; C --> C1["(субъективно не осознаваема)"]; C --> C2[Как?]; C --> C3["1. Навыки – например, езда  
на велосипеде, решение  
задач, осмотр пациента  
врачом и пр."]; C --> C4["2. Условные рефлексы –  
например, выделение слюны  
при виде любимой пищи"];
```

Декларативная

(то, о чем можно рассказать)

Что?

1. Эпизодическая

Воспоминания о событиях, происходивших в жизни человека (например, о своем посещении Парижа)

2. Семантическая

Обобщенные знания о мире (Париж – столица Франции)

Недекларативная (процедурная)

(субъективно не осознаваема)

Как?

1. Навыки – например, езда на велосипеде, решение задач, осмотр пациента врачом и пр.

2. Условные рефлексы – например, выделение слюны при виде любимой пищи

Расстройства памяти (декларативной)

```
graph TD; A[Расстройства памяти (декларативной)] --> B[Количественные]; A --> C[Качественные (парамнезии)];
```

Количественные

- Гипермнезия
- Гипомнезия
- Амнезии

Качественные (парамнезии)

- Псевдореминисценции
- Криптомнезии
- Конфабуляции

ПРИЧИНЫ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ

ГИПОМНЕЗИИ

Наблюдается при органических заболеваниях головного мозга (например, сосудистые заболевания головного мозга, последствия черепно-мозговой травмы), алкоголизм, употребление ПАВ, депрессиях, эпилепсии

ГИПЕРМНЕЗИИ

Может возникать при гипомании, мании, эпилепсии, употреблении ПАВ (психостимуляторы, опиоиды, ЛСД, сверхценных и паранояльных состояниях)

ДИСМНЕЗИИ

В первую очередь поражается ретенция и репродукция

АНЭКФОРИИ

Утрата способности вспомнить о достоверно известном факте

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Амнезия

– полная утрата памяти на события определенных промежутков времени

1. Ограниченные амнезии: ← период нарушенного сознания



2. **Фиксационная амнезия** – утрата способности запоминать (фиксировать)

3. **Прогрессирующая амнезия** – последовательная полная утрата запасов памяти, идущая по закону Рибо (от настоящего к прошлому)

КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ*

*Часто проявление энцефалопатии Вернике, отмечается при различных нозологиях (алкоголизм, ЧМТ, опухоли, инфекции, инсульты, микроинсульты, мигрени, голодание, атрофия мозга, другие)

✓ **Фенотип может вводить в заблуждение**

Триада признаков

- 1) **фиксационная амнезия** (расстройства памяти на настоящие события при сохранности памяти на прошлые события – **антероградная амнезия + ретроградная амнезия** с момента развития ФА (**антероретроградная амнезия**);
 - 2) **амнестическая дезориентация во времени и месте** (из-за неспособности запомнить место пребывания и дату);
 - 3) **заполнение памяти конфабуляциями** (ложные воспоминания) и **псевдореминисценциями** (смещение в памяти времени реальных происшествий).
- У больных синдромом Корсакова не строятся ассоциативные связи, поэтому ничто не может «разбудить» эти воспоминания.

Острая форма,
Кратковременная глобальная амнезия

Хроническая стационарная форма
Хроническая прогрессирующая форма

ФИКСАЦИОННАЯ АМНЕЗИЯ (ФА)

— ослабление памяти на текущие события, утрата способности запоминать (фиксировать) и воспроизводить новые сведения и события.

Рабочая (кратковременная) память - **НЕТ СВЯЗИ** - Долговременная память.

Оперировать информацией, находящейся в рабочей памяти можно на протяжении нескольких десятков секунд, потом забывается все, что происходило: пациент не знает точно, где именно сейчас находится, что недавно делал, что должен сделать в ближайшее время.

Фиксационная амнезия приводит к развитию амнестического, или Корсаковского синдрома.

ФА может наблюдаться в сочетании с прогрессирующей амнезией (болезнь Альцгеймера и др.заболевания)

Данные нейробиологии:

✓ Основная роль в развитии ФА: нарушение функционирования гиппокампа и связанных структур.

➤ При подозрении на наличие фиксационной амнезии:

надо специально проверить память пациента на недавние события – выявить наличие АМНЕСТИЧЕСКОЙ ДЕЗОРИЕНТИРОВКИ.

1.Задать вопросы: где пациент находится, что он здесь делает, что делал сегодня утром, что ел на завтрак, кто его лечащий врач и пр.)

2. Дать простое задание на запоминание: сначала попросить запомнить что-либо, например, небольшую последовательность цифр или ваше имя-отчество, затем на несколько минут отвлечь внимание пациента, переведя разговор на какую-либо другую тему, а потом вновь попросить вспомнить то, что ранее вы просили запомнить) и т.д.

ПЕРФОРАЦИОННАЯ АМНЕЗИЯ: информация не запоминается частично (палимпсесты, выпадение эпизодов пьянства)

ПАРАМНЕЗИИ

Псевдореминисценции - перенос реально имевших место событий во времени

- в настоящее время
- в прошлое время

Само содержание воспоминаний сохраняется прочнее, чем их временная атрибуция и временные соотношения между событиями

Конфабуляции - ложные воспоминания

- фантастические
- замещающие

Содержание воспоминаний может быть верным, но неправильно воспроизводится источник этих воспоминаний

Криптомнезии - стирание грани между реально имевшими место событиями и событиями, о которых больной услышал, прочитал или узнал

- ассоциируемые
- отчуждаемые

Замещают пробелы воспоминаний, когда нарушена критичность

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Д.Г., 49 ЛЕТ (НАБЛЮДЕНИЕ 9 ЛЕТ)

При поступлении по мед.документации, 1975:

«Беспомощность, слабоумие, спутанность сознания и дезориентация».

Призвали во флот в 1943, проблемы начались после того, как в 1965 году он списался на берег. До 1965 – профпригоден. С 1970 – длительные запои, делирий. Причина амнезии – алкоголизм, развитие постепенное.

При осмотре: Приятного вида человек. Поздоровался, назвал свое имя и фамилию, место рождения, год рождения, красочно описал свой родной город, даже нарисовал карту с указанием домов, где жила его семья, рассказал о друзьях. Упомянул, что увлекался математикой и естественными науками.

С особым энтузиазмом он рассказал о своей работе - службе во флоте (помощник радиста на подводной лодке). От врача не ускользнул переход от прошедшего времени (когда пациент рассказывал о школе) на настоящее времени (к рассказу о службе во флоте), распрос подтвердил, что Д.Г. существовал в прошлом:

– Какой сейчас год, мистер Г.? (на самом деле был 1967). -Ясное дело, 1945, а что?

-А вам, Джимми, – сколько, стало быть, вам лет?...-Вроде девятнадцать. В будущем году будет двадцать...

-Вот, – протянул ему зеркало.- Взгляните и скажите, что вы видите...

– Господи, что происходит? Что со мной?...Это сон, кошмар? Я сошел с ума? Это шутка?

Д. очень взволнован, увидев себя в зеркале и напуган, но он сразу забыл об этом.

Все события о своей жизни воспроизводил до 1945 года, остальные – редко и фрагментарно, он утратил связь с реальностью, его жизнь стала потоком разрозненных впечатлений.

Расспросы на сознательном уровне были бесполезны.– Как вы себя чувствуете?

-Не то, чтобы плохо, но и не так уж и хорошо. Кажется, я никак себя не чувствую. Я давно не чувствую, что живу. При этом он не считал себя больным.

Обследование памяти: систематическая утрата воспоминаний о недавних событиях: следы воспоминаний крайне неустойчивые, стирались в течение секунд-минут, в течение нескольких секунд, минуты он забывал все услышанное и увиденное. Так, не помнил ни просьбу врача запомнить предметы, ни сами 2-3 предмета. Не помнил, что записал просьбу врача, удивлялся, увидев свою запись. Иногда было чувство «чего-то знакомого». Иногда с подсказкой правильно называл время года. Не мог вести дневник, записи - бессвязны. Врача не узнавал при новых встречах. Обширный пробел воспоминаний с момента обследования до 1945 г.

Тесты на проверку умственного развития: отличные умственные способности и восприятия превосходили память, решал сложные задачи и головоломки, если получалось решить быстро и не требовалось несколько шагов. Если требовалось много времени, то забывал, что делает. В крестики-нолики играл хорошо, по потом не помнил с кем и когда играл. В шахматах зависал – партия разворачивалась слишком медленно. Мог изложить школьные познания какмышленный ученик старших классов. Эти занятия не удерживали его, не давали целостности,

Корсаковский синдром (в чистом виде): «...своеобразного ослабления умственных способностей без резко выраженной спутанности, но с особенно заметным упадком памяти». Постоянная фиксационная амнезия, глубокая необратимая антероретроградная амнезия.

Не ясно, почему распространяется амнезия так далеко в прошлое.

Дифференциальный диагноз с истерической амнезией, изучение влияния эмоциональных факторов.

Не было получено психологических объяснений, не обнаружено симптомов истерической, симуляционной природы.

Случай Д.Г. (продолжение)

Результаты обследования (ЭЭГ, сканирование мозга): не выявлено следов обширных повреждений

✓ А.Р. Лурия: У подобных пациентов тяжелые нарушения организации впечатлений и их временной последовательности .

...они теряют цельность восприятия времени и начинают жить в мире прерывных, изолированных эпизодов...в тяжелых случаях - вплоть до относительно удаленных событий».

А.Р. Лурия считал, что ретроградная амнезия может распространиться на долгие годы и всю жизнь. Нейропсихологическими, психиатрическими методами помочь нельзя.

➤ **Жизнь может превратиться в бессмысленную зыбь на поверхности жизни**

Значение синдрома Корсакова для личности больного

Д.Г. был инертным, пассивным, внешне безразличным, но болезнь не уничтожила его личность, а скорее заморозила ее: дружелюбный, сердечный, приятный в общении – «добрая душа, готов был отвечать на любые вопросы, есть чувства, воля, «странное самообладание». Научился жить в «Приюте», хотя никого толком не узнавал, всегда охотно общался с братом.

Помогли духовные, нравственные, эстетические переживания. После не очень успешных попыток реабилитации Д. Г. «нашел себя и установил связь с реальностью в полноте духовного внимания и акта веры», «он причащался тихо и истово, в благодатном спокойствии и глубокой сосредоточенности, полностью поглощенный и захваченный чувствами». Здесь он нашел душу, это давало умиротворение. Затем проявил внимание, заинтересованность к музыке, театру. Прав А.Р. Лурия: «Человек состоит не только из памяти».

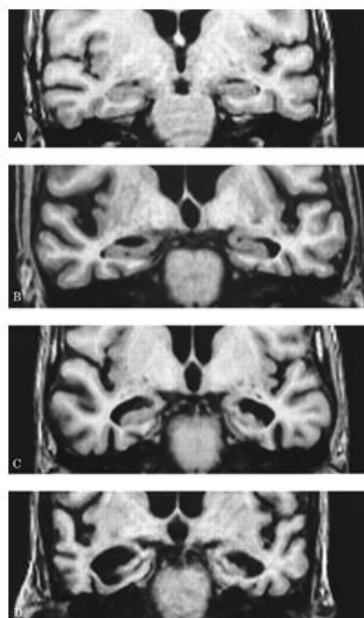
Случай С. Р.

Перенес ОНМК (инсульт), тяжелые генерализованные эпилептические приступы

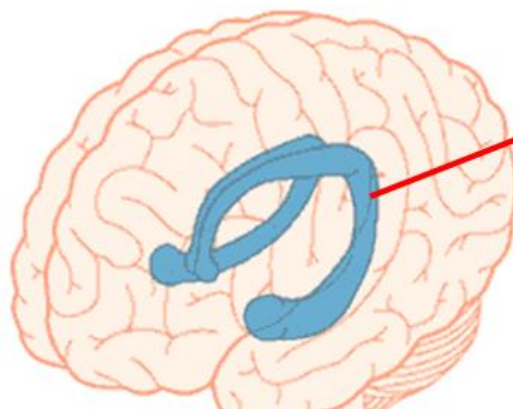
Развился синдром Корсакова, спутанность, возбуждение, дезориентировка, выраженная фиксационная и антероретроградная амнезия (на 2 года до начала болезни).

В домашних условиях симптомы возбуждения выражены меньше, узнает квартиру, близких, соседей, хотя и считает, что они резко постарели.

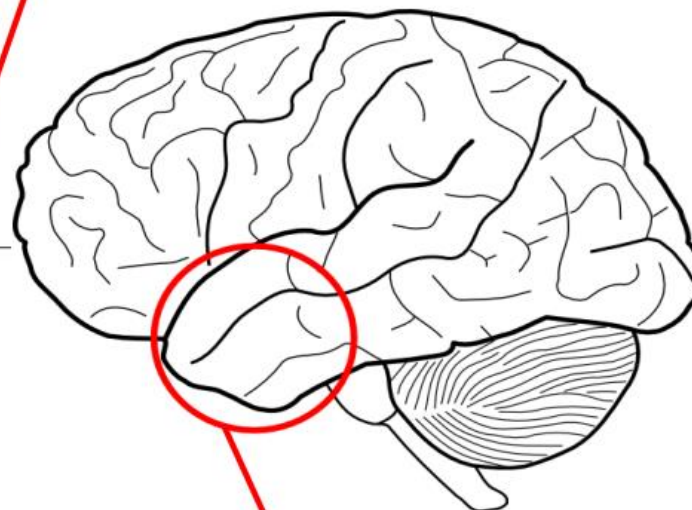
Каждый раз в момент возвращения в больницу из дома ощущает себя в чужом, полном незнакомых людей месте, ему кажется, что он сходит с ума, гибнет в ночном кошмаре, он становится очень возбужден, истошно кричит от ужаса. Потом забывает об этом. Но каждый раз при госпитализации история повторяется, С. не может смириться с происходящим.



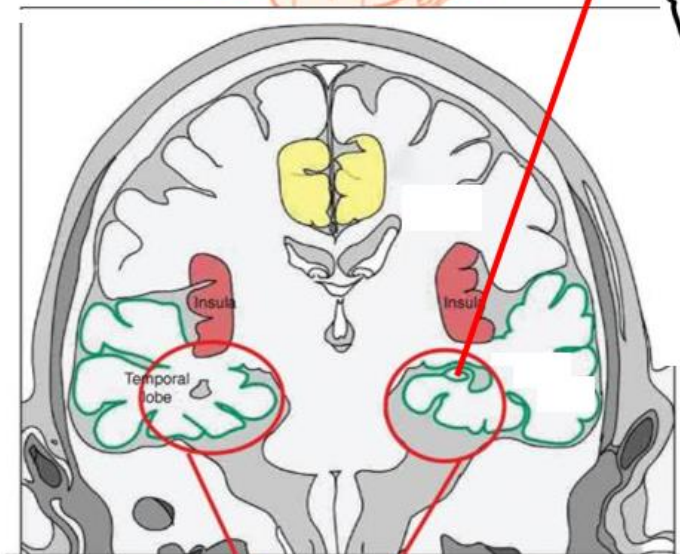
↑
**степени
 Медиальной
 височной
 атрофии
 (МТА)**



ГИППОКАМП / запоминание



**Передняя область
 височной доли /
 семантическая память**



Медиальная область височной доли / эпизодическая память

Патология мышления

По темпу

- Ускоренное
- Замедленное

По форме

- Патологическая обстоятельность
- Резонёрство
- Разорванность
- Бессвязность
- Персеверации
- Патологический символизм

По содержанию

Навязчивости

- Идеи
- Фобии
- Страхи

Бред

- Величия
- Персекуторный
- Депрессивный

Сверценные идеи

ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ ВЫСОКОГО УРОВНЯ

Абстрагирование

Организация и планирование

Управление временем

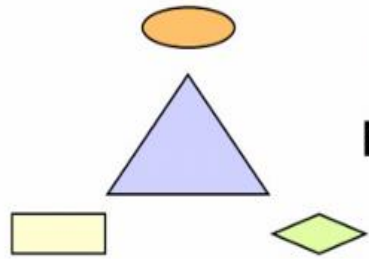
Познавательная гибкость

Проницательность

Суждение

Решение проблем

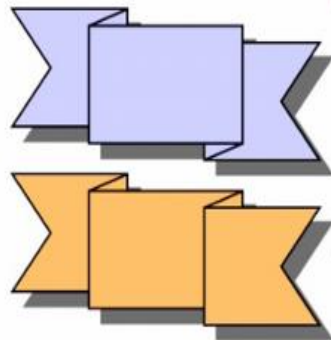
Вспомним, что это...



анализ
разложение
целого на
части



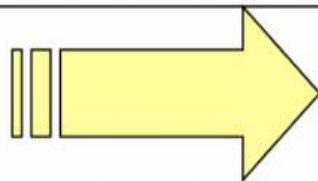
синтез
объединение
частей в единое
целое



сравнение
сопоставление
ряда явлений и
предметов для
выявления у них
общего или
различий



Абстрагирование
формирование
образов
реальности
посредством
отвлечения и
пополнения



обобщение
переход от единичного к общему

b114 Функции ориентированности

b1140 Ориентированность во времени

b1141 Ориентированность в месте

b1142 Ориентированность в личности

b11420 Ориентированность в собственной личности

b11421 Ориентированность в других личностях





Как выглядит пациент с когнитивным дефицитом?

- ✓ Не понимает вопросов врача, не отвечает врачу на поставленные вопросы, или отвечает «невпопад», задает «странные» вопросы
- ✓ Не выполняет просьбы врача или выполняет «не так»
- ✓ Выглядит растерянным, не фокусирует надолго взгляд или наоборот, пристально и долго рассматривает один предмет
- ✓ Дезориентирован, не знает где он, какой сегодня день недели, число
- ✓ Агрессивно настроен, пытается вырваться, не дает себя осмотреть
- ✓ «Расторможен»
- ✓ Не проявляет интерес к присутствующим, к лечению
- ✓ В присутствии врача шутит и смеется (врачу шутки смешными не кажутся)
- ✓ Не может посчитать до 10, прочитать текст и т.д.

Диагностические критерии ЛКР

(Европейский консорциум по болезни Альцгеймера, 2005)

- Жалобы на когнитивные нарушения со стороны пациента или его близких
- Указания со стороны пациента или его близких на снижение его когнитивных функций в течение последнего года по сравнению с предшествующим уровнем
- Выявляемое при клиническом исследовании когнитивное расстройство (нарушение памяти или других когнитивных функций)
- Отсутствие влияния когнитивного снижения на уровень повседневной и функциональной деятельности пациента (допускаются лишь легкие затруднения при выполнении наиболее сложных повседневных действий)
- Отсутствие деменции

ЛКР/УКР

УКР определяет состояние между нормальным старением и деменцией и характеризуется **тремя ключевыми признаками:**¹

1. Когнитивные жалобы, снижение или ухудшение: по сообщению пациента, лица, осуществляющего уход, или врача¹
2. Объективные доказательства нарушений в ≥ 1 из следующих сфер: внимание, исполнительная функция, зрительно-пространственная функция и эпизодическая память¹
3. Деменция отсутствует: самостоятельное выполнение ADL. Однако когнитивные проблемы могут оказывать слабое, но заметное влияние на более сложные виды деятельности, о чем сообщают либо сами пациенты, либо их близкие¹⁻³

✓ УКР может быть вызвано множеством сопутствующих нейродегенеративных патологий⁴

✓ Текущее руководство DSM-5 определяет УКР как умеренное нейрокогнитивное расстройство⁵



Некоторые люди с УКР сохраняют стабильное состояние в течение многих лет и даже могут вернуться к нормальному уровню когнитивных функций. У других наблюдается прогрессирование до деменции; в популяции УКР наблюдается существенная неоднородность^{6,7}

Подтипы УКР

У лиц с УКР может быть диагностирован как амнестический, так и неамнестический тип синдрома, как в одной, так и в нескольких сферах^{1,2}

Амнестическое УКР (аУКР)^{1,2}

- **Одна сфера:** нарушение **только эпизодической памяти**, например, трудности с обучением и запоминанием новой информации.
- **Несколько сфер:** нарушения эпизодической памяти **и** в одной или нескольких других сферах:
 - ✓ Язык
 - ✓ Внимание
 - ✓ Зрительно-пространственные функции
 - ✓ Управляющие (регуляторные) функции

Неамнестическое УКР (наУКР)^{1,2}

- **Одна сфера:** нарушение **только в одной** сфере, не относящейся к памяти:
 - ✓ Язык
 - ✓ Внимание
 - ✓ Зрительно-пространственные функции
 - ✓ Управляющие (регуляторные) функции
- **Несколько сфер:** нарушения в **нескольких сферах (областях), не связанных с памятью**



Считается, что у людей с аУКР повышен риск прогрессирования деменции, обусловленной БА; в то время как у людей с наУКР повышен риск перехода в деменцию, не связанной с БА^{1,2}

Виды памяти, страдающие при ЛКР

- Рабочая память
- Эпизодическая память
- Скорость обработки информации
- Перспективная память
- Способность запоминать новую текстовую информацию
- Избирательная репродукция

Типология ЛКР

- Амнестический тип
 - Дизрегуляторный (лобный тип)
 - Комбинированный тип
 - ЛКР с преобладающим нарушением иной когнитивной сферы
-

Нозологическая диагностика ЛКР?

Амнестический вариант УКР



Болезнь Альцгеймера

Дизрегуляторный тип УКР



Сосудистая патология мозга

Комбинированный тип УКР



Болезнь Альцгеймера, ДТЛ,
смешанная деменция

УКР с нарушением зрительно-
пространственных функций



ДТЛ

Задняя корковая деменция



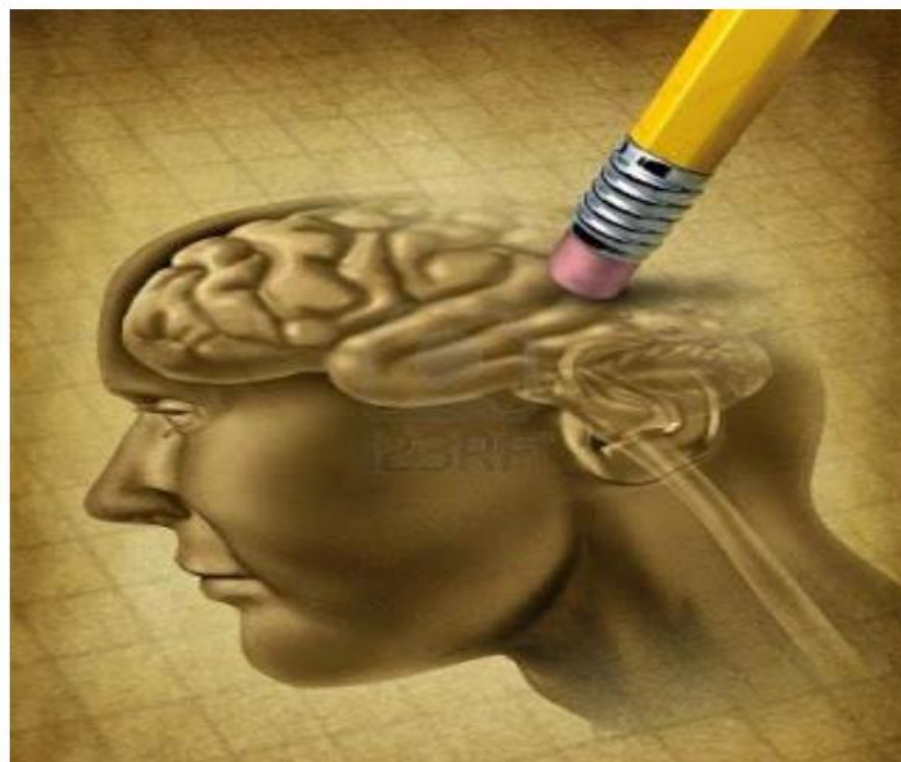
**Ранние нарушения
памяти**



**Выпадение
корковых функций**



**Сохранность
поведения**



амнестический дефект
с неэффективностью любых
подсказок, афатические
нарушения, апрактический
дефект, агнозия и др.

Передняя корковая деменция



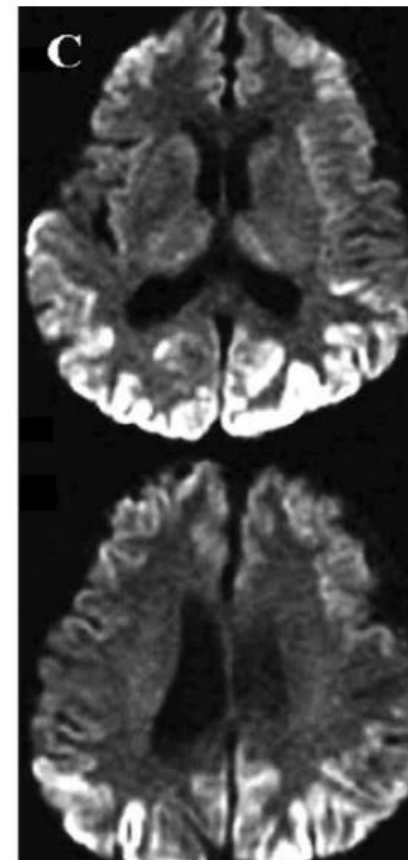
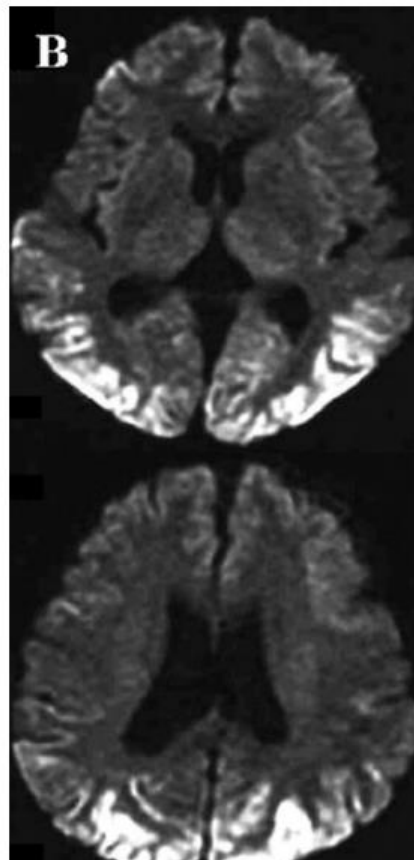
Изменения личности



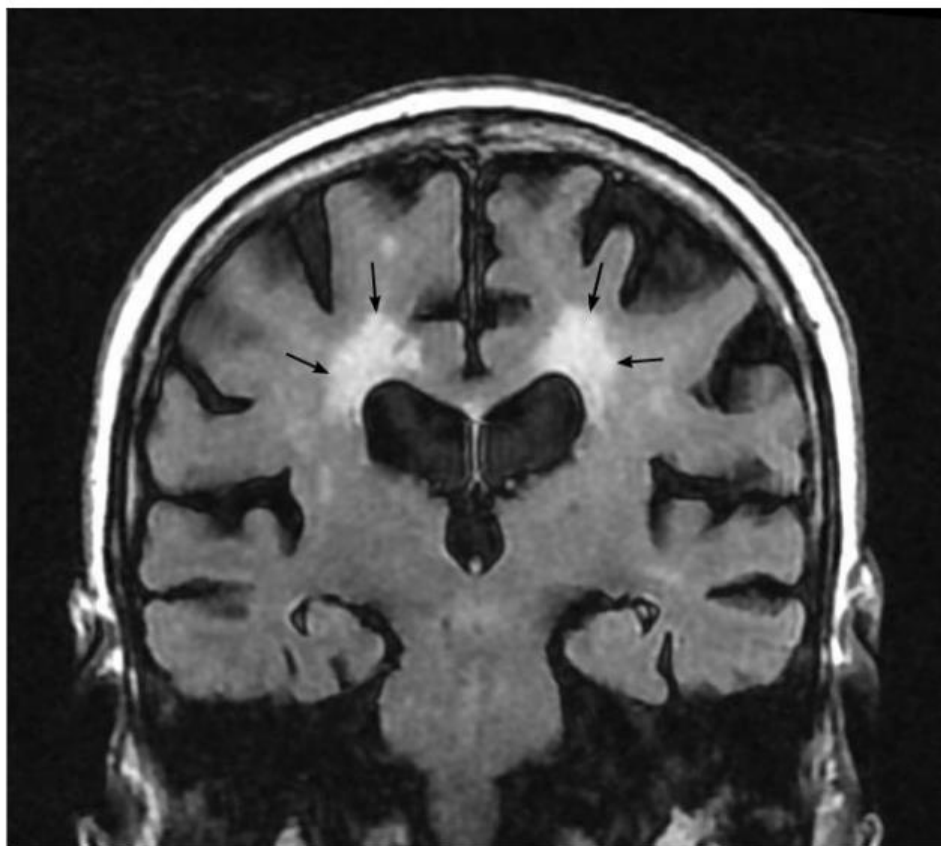
Снижение речевой активности



Лобная дисфункция



Подкорковая деменция



- ☒ Замедление психических процессов
- ☒ Нарушения воспроизведения
- ☒ Поведенческие и аффективные нарушения
- ☒ Двигательная и вегетативная дисфункция

Исполнительные функции

- Когнитивные процессы, которые регулируют, контролируют и управляют другими когнитивными процессами и поведением
- Процессы переработки информации и выработки поведения на их основе
- Регулируются префронтальными областями коры головного мозга
- Составляющие:
 - ✓ Рабочая память
 - ✓ Переключение и распределение внимания
 - ✓ Гибкая смена когнитивных установок
 - ✓ Торможение и контроль импульсов (подавление влияния интерферирующих воздействий)
 - ✓ Планирование
 - ✓ Поиск и коррекция ошибок

Социальный интеллект

- Совокупность способностей, определяющая успешность социального взаимодействия
- Составляющие:
 - ✓ понимание чувств, мыслей и намерений других людей
 - ✓ умение находить общий язык и ладить с людьми
 - ✓ знания норм и правил человеческих взаимоотношений
 - ✓ умение понимать свое собственное поведение
 - ✓ умение адаптироваться в социальных ситуациях
 - ✓ восприимчивость к новому опыту

Поведение зависит не только и не столько от знаний как таковых, сколько от общего психического состояния человека в данный момент и от имеющихся у него устойчивых личностных свойств.

Клинические особенности поведения и функциональные способности при когнитивных расстройствах



Поведение и функциональные способности также являются важными клиническими признаками

Функциональные способности

Способность выполнять основные и сложные виды деятельности²

Основные виды повседневной деятельности, связанные с самообслуживанием^{3,4}

- Ванна процедуры
- Одевание
- Уход за телом
- Посещение туалета
- Пересаживание с кровати на стул
- Прогулки
- Подъем по лестнице
- Изменение аппетита и пищевого поведения

Сложные виды деятельности, связанные с независимой жизнедеятельностью^{3,5}

- Решение финансовых вопросов
- Вождение автомобиля/пользование общественным транспортом
- Посещение магазинов
- Приготовление пищи
- Прием лекарств
- Ведение домашнего быта

Поведение

Социальное поведение и психологический статус^{1,6}

Нейропсихиатрические симптомы включают:^{1,7,8}

- Депрессия
- Тревога
- Раздражительность
- Апатия
- Расторможенность
- Возбуждение
- Агрессия
- Психоз
- Галлюцинации
- Нарушения сна

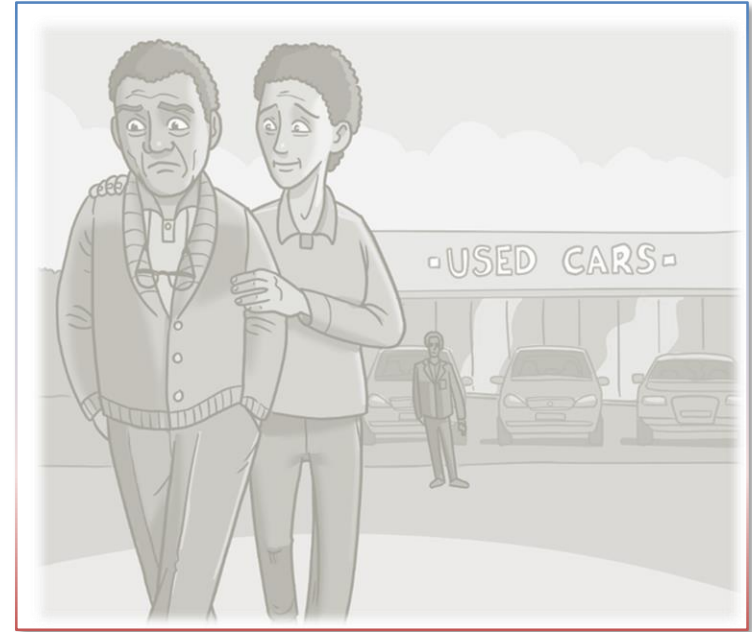
Нарушения функциональных способностей



- Способность выполнять BADL и IADL зависит от когнитивных, моторных и перцептивных способностей¹
- **BADL** сильно коррелируют с двигательной активностью и координацией, сохраняясь до поздних стадий заболевания²
- **IADL** требуют большей когнитивной организации и могут быть нарушены на ранних стадиях когнитивного ухудшения^{1,2}
- Согласно прежним критериям аУКР и наУКР, люди не должны испытывать «**существенных помех в работе, обычной социальной деятельности или других видах повседневной жизни**»^{3,4}.



- С тех пор как эти критерии были первоначально предложены, исследования показали, что люди как с аУКР, так и с наУКР обычно испытывают легкие нарушения в IADL^{3,5,6}



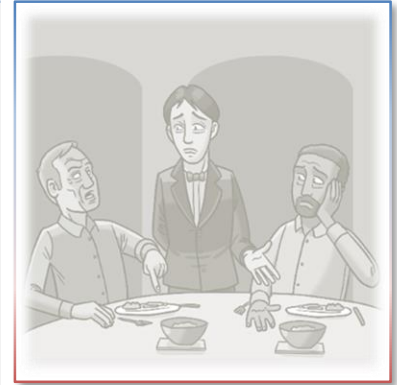
Функциональные нарушения у людей с УКР вследствие БА или легкой и умеренной деменцией также связаны с изменениями в патологии мозга, включая атрофию гиппокампа.

НПС

НПС - это поведенческие и психиатрические симптомы деменции, связанные с нейродегенеративными заболеваниями^{1,2}.

НПС часто встречаются при УКР и деменции и включают в себя нарушения настроения, восприятия и поведения; их часто называют поведенческими и психологическими симптомами деменции (ППСД).¹.

Умеренные расстройства поведения (УРП) - это еще один термин, используемый для описания очень ранних НПС, которые проявляются до снижения когнитивных функций^{1,3}



Обнаружено, что
НПС при УКР и
деменции
связаны со
следующим:

- Более плохие исходы¹
- Более тяжелое бремя для лица, осуществляющего уход¹
- Более сильные функциональные нарушения¹
- Более высокие показатели госпитализации¹
- Более низкое качество жизни¹
- Ускоренное прогрессирование тяжелой деменции или смерти¹

Определение
УРП

- УРП описывает появление в возрасте старше 50 лет устойчивых и выраженных НПС, как предвестника когнитивного ухудшения и деменции^{3,4}
- УРП описывает НПС, которые не охватываются обычной психиатрической нозологией, сохраняются в течение не менее 6 месяцев и возникают до или в сочетании с УКР¹

СИМПТОМАТИКА ПСИХООРГАНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

(СВЯЗАННАЯ С НАРУШЕНИЕМ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ)



Симптоматика психических расстройств

Шамрей В.К., Рустанович А.В., 2004

В современных классификациях (МКБ-11) более расширенное представление о когнитивных нарушениях, что отражает современные тенденции и развитие когнитивной психологии и когнитивных нейронаук



Сферы когнитивных нарушений

- память
- исполнительные функции
- внимание
- речь и язык
- социальное познание и суждение/социальный интеллект
- психомоторная скорость
- зрительно-перцептивные или пространственные способности

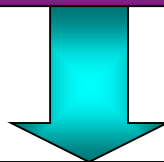
СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Органические психические расстройства – психические расстройства, связанные с преходящей, стойкой или прогрессирующей мозговой патологией с большей или меньшей степени известными морфологическими и физиологическими нарушениями мозговой ткани.

- Трудности диагностики: не в том, чтобы выявить факт органического психического расстройства, а в том, чтобы доказать причину или конкретный вклад органического повреждения в возникновение и прогрессирование психического расстройства у конкретного больного.
- При диагностике органических психических расстройствах выявляется триада признаков: ослаблением памяти, снижением интеллекта, недержанием аффектов (триада Вальтера-Бюэля, 1957).

ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (Walter-Buel, 1951)

1. Интеллектуальное снижение (недоосмысление, непонимание)
2. Недержание аффекта (слабодушие)
3. Мнестические нарушения



- Острый
- Хронический

Клинические варианты (стадии)

- Астенический
- Эксплозивный
- Эйфорический
- Апатический

- Локальный
- Диффузный

ОБЛИГАТНЫЕ И ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПСИХООРГАНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Квалификация психоорганических синдромов:
требуется выявление триады Вальтера-Бюэля



Психоорганический синдром:

основные психопатологические проявления

(А.М. Резник, 2022)

Ослабление памяти	Снижение интеллекта	Недержание аффекта
Гипомнезия – ухудшение запоминания, удержания и воспроизведения. Трудность воспроизведения имен собственных, замедление воспроизведения. Амнезия – полная утрата памяти на некоторый период времени. Парамнезии – ложные воспоминания	Снижение уровня мышления - переход на функциональный и конкретный уровень обобщений. Невозможность осмысливания сложных ситуаций. Инертность мышления - обстоятельность, реже – стереотипии. Сужение объема представлений, дефект симультанного синтеза Снижение критики к своему состоянию и ситуации	Эмоциональная неустойчивость с маломотивированными, непродолжит. сменами настроения Эмоциональная лабильность, недержание аффекта - легкое возникновение вспышек гнева или плаксивость (слабодушие); Застревание на отрицательном аффекте – длительное удержание негативных эмоций даже при забывании причин их вызвавших Эмоциональная индукция – внушаемость с передачей эмоции от другого больного или собеседника

Неравномерная выраженность психопатологических проявлений при разных вариантах и на разных этапах развития синдрома.

Преобладает ослабление памяти	Преобладает снижение интеллекта	Преобладает недержание аффекта
Дисмнестический синдром Амнестический синдром (синдром Корсакова)	Псевдопаралитический синдром Лобный синдром	Психопатоподобный синдром (синдром органических изменений личности, характеропатический вар-т с-ма)

Психоорганический синдром:

систематика

1. По темпу развития и динамике

Острый психоорганический синдром (острый мозговой синдром)

Хронический психоорганический синдром

2. По психопатологической картине

Дисмнестический синдром
(простой психоорганический с-м)

Характеропатический вариант синдрома

Амнестический синдром
(с-м Корсакова)

Лобный синдром

Спутанность
(Пресбиопфрения, старческий делирий)

Апатический вариант
Эйфорический вариант
Медико-базальный вариант

Асемическое слабоумие

Псевдопаралитический синдром

Тотальное слабоумие

Терминальная (марантическая) стадия слабоумия

Тяжесть синдрома

Психоорганический синдром:

дисмнестический и патохарактерологический вариант

Дисмнестический вариант

Соответствует классическим (общим) признакам психоорганического синдрома.

Дисмнестические нарушения,
Снижение аналитико-синтетических способностей,

Эмоциональная неустойчивость,
Астения,

Нарушение внимания,
Заострение личностных черт, но
изменения личности не доминируют в
клинической картине.

Отсутствует психотическая симптоматика и
очаговые выпадения высших корковых
функций,

Патохарактерологический вариант

Изменения личности доминируют над общими признаками психоорганического синдрома.

Возбудимость, гневливость, агрессивность;

Другие аффективные нарушения – дисфории, астено- и апато-депрессивные расстройства;

Органическая «истеризация» личности с карикатурным демонстративным поведением, с его неуместностью и неэффективностью в достижении целей, с выраженностью вплоть до псевдопсевдодементности (псевдодементное поведение у интеллектуально сниженной личности), с выраженным недержанием эмоций (особенно негативных) и отсутствием живости, внешней привлекательности и сексуального обаяния;

Ригидная ипохондрия;

Расстройства влечений (злоупотребление ПАВ, перверзии);

Плохая переносимость алкоголя при быстром привыкании.

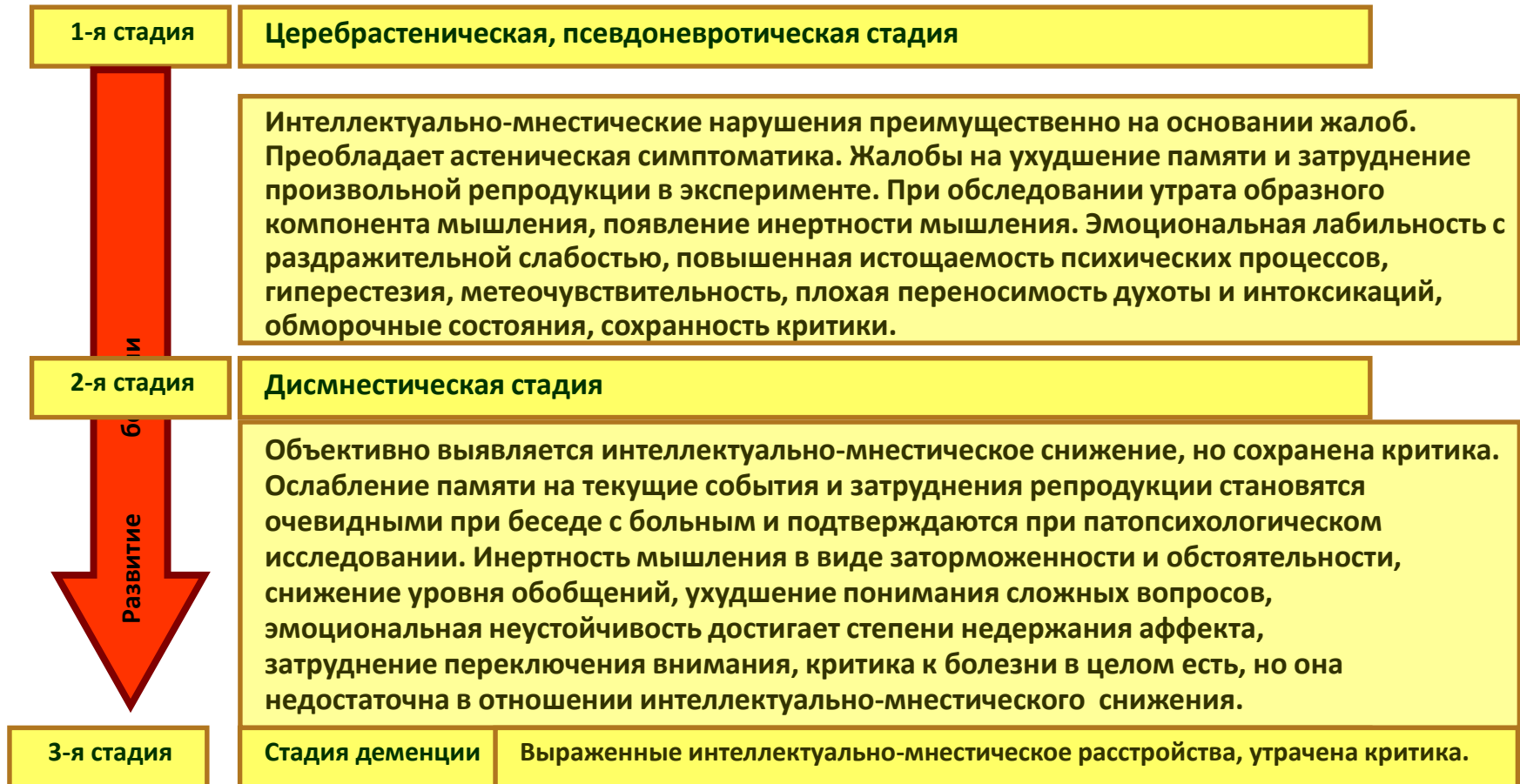
Органические психопатии

Патохарактерологический вариант
(психопатоподобные расстройства)

Психоорганический синдром:

клиническая динамика на примере дисмнестического с-ма

(А.М. Резник, 2022)



Амнестический синдром и пресбиофрения

(А.М. Резник, 2022)

Амнестический синдром (амнестически-парамнестический с-м)

Проявляется потерей памяти на текущие события и события ближайшего прошлого и замещающими конфабуляциями.

Фиксационная амнезия;

Нарушение репродукции событий недавнего прошлого при лучшем воспроизведении отдаленного прошлого (амнезия по закону Рибо);

Амнестическая дезориентировка вплоть до «сдвига ситуации в прошлое»;

Замещающие конфабуляции обыденного содержания и псевдореминесценции;

Диссоциация между грубой амнезией и относительно ненарушенным мышлением;

Сохранность давно усвоенных навыков и знаний и, поэтому, впечатление адекватности поведения;

Склонность маскировать дефект памяти уклончивыми ответами, встречными вопросами, использованием подсказки окружающих или подручных средств;

Та или иная степень истощаемости с нарастанием выраженности амнезии по мере беседы;

Могут быть различные аффективные нарушения (эйфория, апатия, депрессия), галлюцинации и бред, который быстро амнезируется.

Непродуктивный вариант с-ма Корсакова – фиксационная амнезия с благодушием, но без конфабуляций.

Пресбиофрения (сенильный делирий)

Прогрессирующий распад интеллектуально-мнестических функций с конфабуляторной спутанностью, повышенной активностью, эмоциональной живостью и эйфорией.

Глубокая дезориентировка со сдвигом ситуации в прошлое,

Конфабуляторная спутанность;

Суетливая бесплодная деятельность – «сборы в дорогу», «поиски выхода»;

Неспособность осмыслить ситуацию;

Благодушно-эйфорическое настроение.

Многословность с атаксией повествовательной речи за счет неспособности удержать в памяти предпосылку и цель высказывания;

При выраженном обеднении смысла речи сохранность отдельных шаблонов поведения: жестов, привычных речевых оборотов, вежливых форм обращения и пр.;

Повышенная откликаемость – повторение случайно услышанных слов, ответы на обращенные к посторонним вопросы;

Раннее появление расстройств высших корковых функций – речи, счета, письма, пространственного праксиса, которые маскируются внешней сохранностью манер и стереотипов поведения.

Лобный синдром

(А.М. Резник, 2022)

Явления тотального слабоумия с нарушением сознательной регуляции психических процессов, проявляющиеся расстройствами произвольной памяти, целенаправленного мышления, эмоционально-волевыми нарушениями.

Нарушение программирования целевого поведения – неспособность выполнять сложные последовательные программы, совершение бессмысленных поступков;

Симультанная агнозия; Потери программ (заданий) при выполнении серии движений;

Нарушение спонтанных речевых высказываний;

Частые персеверации в ответах, повторяющихся, несмотря на смену инструкций; эхо-праксии и эхо-лалии; Диссоциация между лучшим пассивным (через узнавание) и слабым активным (через самостоятельное название) воспроизведением материала;

Лучше произвольное запоминание, чем произвольное;

Повышенная откликаемость в связи с активацией произвольного внимания и неустойчивостью собственных программ поведения;

Неспособность понять эмоциональный смысл ситуаций.

Апатический вариант

Преобладает апатоабулическая симптоматика

Апатия, эмоциональная индифферентность вплоть до безучастности ко всему, что происходит вокруг; Аспонтанность;

Инактивность речевых процессов (речевая адинамия).

Возникает при поражениях левой лобной доли

Эйфорический вариант

Резкое падение интеллекта с утратой критики к своему состоянию, эйфорией и расторможенностью.

Эйфория, благодушие и неустойчивое настроение;

Взрывы гневливости, сменяющиеся беспомощностью;

Неспособность к планомерной и организованной работе; Утрата критики; Легкомысленность поступков;

Расторможенность влечений: прожорливость, гиперсексуальность, перверзии;

Умеренные дисмнестические расстройства;

Симптомы насильственного смеха и плача, при которых причина реакции, бывает амнезирована, а гримаса смеха или плача долгое время сохраняется.

Возникает при поражении конвекситальных отделов правой лобной доли и базально-орбитальных отделов обеих лобных долей.

**Паралитический
синдром**

**Медио-базальный
вариант**

Псевдопаралитический синдром и медико-базальный вариант лобного синдрома

Паралитический / псевдопаралитический синдром

Тотальное слабоумие, проявляющееся эйфорией, резким снижением уровня мышления и критики, нелепым бредом величия и богатства.

Бредовые идеи величия и богатства отличаются нелепостью, инфантильной гротескностью, фантастичностью и нестойкостью;

Фантастические бредовые конфабуляции;

Умеренные дисмнестические нарушения;

Эйфория, сменяющаяся гневливостью, агрессивностью;

Грубое нарушение аналитических способностей, неспособность правильно оценить ситуацию и свое поведение;

Легкомысленные и нелепые поступки;

Утрата чувства такта, бесстыдство, цинизм; склонность к плоскому юмору;

Растроможенность низших влечений;

Крайняя неряшливость, общая деградация личности.

При паралитическом синдроме (прогрессивном параличе) наблюдаются:

речевые нарушения (дизартрия, парафазии);

неврологические симптомы (анизокория, с-м Аргайля-Робертсона, эпи-припадки, апоплектиформные состояния с развитием в последующем парезов, параличей, расстройств речи, часто – обратимых).

Синдром поражения медико-базальных отделов лобных долей

Грубое нарушение сознательной деятельности, утрата аналитико-синтетических способностей и замена их на бесконтрольное всплывание побочных ассоциаций, случайное использование непосредственных впечатлений и инертных стереотипов.

Случайные и неподходящие ответы без критического сопоставления их с действительностью

– *Кто перед Вами стоит?*

– *Это – немец.*

– *Где Вы находитесь?*

– *На катере...*

Утрата селективности в подборе образов и ассоциаций, построение ответов по принципу случайных контаминации

– *Посмотрите, это же палата...*

– *Ну, да, это палатный катер...;*

– *Какое сейчас время года?*

– *Лето.*

– *Посмотрите, на улице снег...*

– *Снежное лето...»*

Утрата критики к ситуации, своим действиям и состоянию;

Бесконтрольные (бестолковые) конфабуляции, лишённые единства, последовательности и отнесенности к прошлой жизни и текущей ситуации:

«Попал в эту школу, где всех учат, и что надо оперировать суставы на ногах и вставлять в них специальные моторчики, которые здесь изобрели...»

Грубейшие нарушения памяти с неспособностью последовательно воспроизвести любые прошлые события;

Потеря ориентировки в окружающем и своем прошлом;

Инертное воспроизведение интеллектуальных персевераций до тех пор, пока они не стираются другими впечатлениями:

СЕМАНТИЧЕСКАЯ ДЕМЕНЦИЯ

Страдает преимущественно семантическая память: нарушено понимание смысла произнесенных и написанных слов, смысловых категорий, их взаимосвязей, распознавание и называние предметов и лиц знакомых людей (амнестическая афазия), при этом написание слов под диктовку или копирование изображений сохранено, что свидетельствует о сохранности фонетического и зрительного восприятия, моторных функций.

Речь сохраняет правильный грамматически строй, но содержит частые вербальные парафазии (неправильное употребление слов). Как уже отмечалось выше, для оценки выраженности расстройств семантической памяти можно использовать тест на вербальную беглость — испытуемого просят произнести как можно больше названий любых животных, плотницких или кухонных инструментов, слов, начинающихся на определенную букву и т.д.

Психоорганический синдром:

факультативные психопатологические проявления

Расстройства восприятия	Очаговые симптомы	Нарушение внимания и воли
Элементарные обманы зрения и слуха Агнозии Расстройства сенсорного синтеза Сенестопатии (простые, иллюзорные, психосенсоральные и редко - интерпретативные) Галлюцинозы	Неврологические симптомы Очаговые нарушения высших корковых функций – речи, чтения, счета, письма, пространственного восприятия	Ограничение объема внимания, когда улавливаются лишь частные детали без охвата всей ситуации Повышенная отвлекаемость с переключением на другие темы и неспособностью длительное время придерживаться одного вида деятельности или одной темы разговора Быстрая истощаемость, когда по мере продолжения какой-либо деятельности нарастает отвлекаемость, растет количество ошибок (напр., парафазий или случаев забывания в процессе беседы), снижается интеллектуальная продуктивность – замедляется речь, усиливается инертность мышления
Повышенная чувствительность к неблагоприятным внешним факторам		
Метеопатия – повышенная чувствительность к изменениям погоды с появлением или усилением психических и соматических с-мов. Симптоматическая лабильность – легкость возникновения психических нарушений в связи с соматическим неблагополучием Реактивная лабильность – склонность к ухудшению психического состояния в связи с неприятностями или на фоне изменения обстановки		Астения
Изменения личности		Пароксизмальные (судорожные) расстройства
Утрата способности компенсировать патохарактерологические черты (утрата эластичности психических процессов) – заострение патологических черт личности; Уплотнение и утрата тонких чувств – такта, эмпатии, чувства юмора; Стирание личностный черт на фоне выраженного слабоумия.		

Бредовые и галлюцинаторные психозы позднего возраста

Бредовые и галлюцинаторные психозы, встречающиеся в позднем возрасте

- ✓ Начавшиеся в более раннем возрасте (детском или среднем) и продолжающиеся в позднем возрасте
 - ✓ Манифестирующие в позднем возрасте, но не специфические для него (например, поздняя шизофрения или поздние депрессии)
 - ✓ Специфические для пациентов пожилого возраста (собственно-возрастные)
-

Психозы позднего возраста

Функциональные

обратимые, не приводят к органической деменции или необратимым изменениям психической деятельности

(W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth, 1960)

Органические

возникают при поражениях головного мозга, приводят к деменции:

- при нейродегенеративных/атрофических,
- сосудистых,
- смешанных заболеваний мозга

Функциональные психические расстройства позднего возраста

**Поздние
(инволюционные)
параноиды**

**Галлюцинозы
позднего возраста**

**Поздние депрессии
(включая устаревшее название
«инволюционную меланхолию»)**

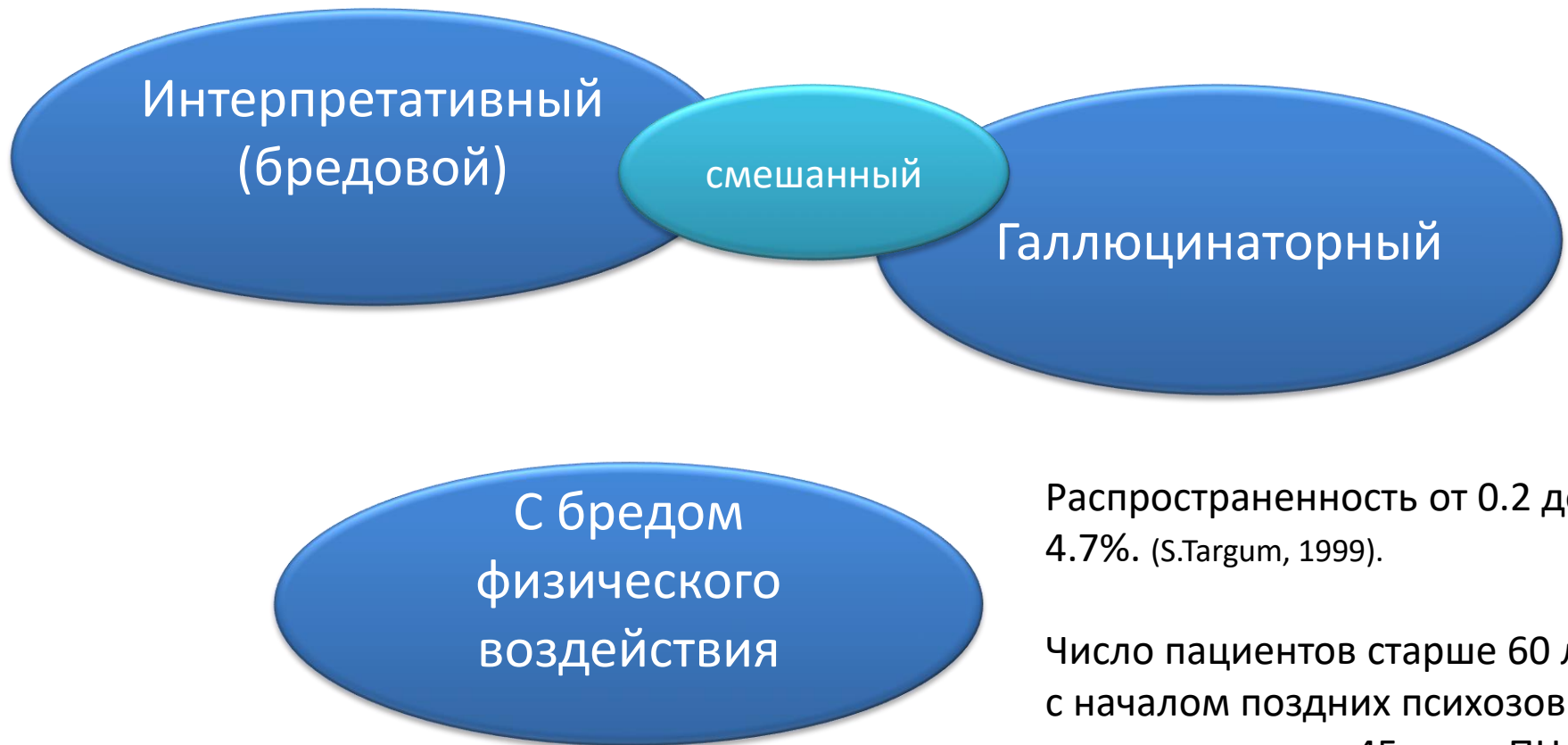
**Соматогенные психозы
со спутанностью сознания**
(есть экзогенно-органический
фактор)

**УСЛОВНО
функциональные**

Поздняя шизофрения
(эндогенное заболевание)

Клинические варианты поздних параноидов

- характеризуются параноидным бредом «малого масштаба»,
- не приводят к развитию деменции



Распространенность от 0.2 до 4.7%. (S.Targum, 1999).

Число пациентов старше 60 лет с началом поздних психозов в возрасте старше 45 лет в ПНД составляет более 60%.

Клинические особенности поздних параноидов

- ✓ Представлены в основном **параноидом жилья** (А.В. Медведев, 1990)
 - ✓ **Бред «обыденных отношений»** - тематически связан с местом проживания, направлен на совместно проживающих или соседей
 - ✓ Клиническая картина определяется **«маломасштабным» бредом** преследования (вредительства, притеснения, отравления, ущерба), ревности
 - ✓ Бредовые идеи **систематизированы** и **правдоподобны**, часто выглядят как бытовой конфликт (могут индуцировать бред у родных)
 - ✓ Вне фабулы бреда сохраняется **хорошая адаптация**, нет психических отклонений
 - ✓ Возникают чаще **у лиц с чертами паранойяльности и ригидности**
 - ✓ **Хроническое течение** с экзацербациями
-

Интерпретативный (бредовой) вариант параноида

- ✓ Представлен бредовыми идеями преследования (отравления, ущерба) или ревности
- ✓ «Внутриквартирный» характер бреда: соседи проникают в квартиру, переставляют, крадут или портят вещи
- ✓ Критика отсутствует, убеждены, что психически здоровы
- ✓ Бредовые идеи доминируют и определяют поведение:
 - поиск доказательств «проникновения» - посыпают порошок перед дверью, приклеивают метки;
 - защита - меняют замки, обращаются в полицию или перестают выходить из дома «жизнь в осаде» (Э.Я. Штернберг, 1977);
 - бредовая миграция
- ✓ Цель преследователей — «поиздеваться» или захватить квартиру
 - Часто возникает при изменении внешних обстоятельств (смена соседей)
 - Бред можно рассматривать как паранойяльный — развивается постепенно, по типу толкования фактов, отличается стойкостью, активностью борьбы. Нет явлений психического автоматизма.

Галлюцинаторный вариант позднего параноида

- ✓ **Преобладают галлюцинации обыденного содержания** (соседи специально шумят, стучат, пускают удушливый газ или ядовитую жидкость в квартиру и т.д.)
 - ✓ Более **сложный по структуре** (сочетание галлюцинаций и бреда толкования несущественных фактов)
 - ✓ **«Межквартирный»** характер психоза (действуют соседи из других квартир, часто незнакомые)
 - ✓ **Преобладают элементарные галлюцинации:** слуховые, обонятельные, зрительные, тактильные (реже термические)
 - ✓ Галлюцинации **наносит вред здоровью и создают** невыносимые условия существования
 - ✓ **Цель «преследователей»** — выжить из квартиры и завладеть ею
-

Параноиды с бредом физического воздействия

- ✓ Происходит расширение клинической картины – сочетание галлюцинаций, интерпретативного бреда и «воздействия»
- ✓ Галлюцинации вызваны соседями дистанционно с помощью технических средств
- ✓ Появляется чувство незащищенности, открытости, тревожно-депрессивная симптоматика
- ✓ Расширение масштаба бреда за пределы жилья «слежение»
- ✓ Этот клинический вариант близок к поздней шизофрении

Диагностика поздних параноидов

При постановке диагноза должна учитываться важность получения полных объективных сведений, чтобы избежать попыток окружающих решить жилищный конфликт или избавиться от «неудобного» пожилого человека.

Прогноз – неблагоприятный, течение хроническое, с обострениями, но возможна стабилизация состояния на фоне лечения

Диагностика поздних параноидов



Дифференциальная диагностика

Клиническая картина поздних психозов

(идеи ущерба, обывденность, «мелкий масштаб» преследования)

*не является специфической, а отражает
влияние возраста на структуру бредового
синдрома в пожилом возрасте и может
встречаться при различных заболеваниях:*

*шизофрении, реактивных параноидах, поздних депрессиях,
органических поражениях головного мозга,
нейродегенеративных и смешанных заболеваниях*

Шизофрения

- Устанавливается по критериями МКБ-10 при наличии симптомов «первого ранга» (по K.Schneider), негативных расстройств, с учетом преморбидных особенностей и динамики расстройств

Реактивные параноиды

- Форма патологического реагирования на реальный конфликт; возникновение и динамика расстройств определяется реактивными (ситуационными) факторами

Поздние депрессии

- Ведущий - депрессивный синдром с возможными бредовыми включениями, исчезающими при редукции депрессии

Органические заболевания головного мозга

- Классифицируется при наличие объективных и анамнестических сведений о поражении головного мозга, признаках нейродегенеративных заболеваний

Галлюцинозы позднего возраста

- ✓ Психические расстройства, манифестирующие в позднем возрасте, проявляющиеся галлюцинозом – **вербальным, зрительным, тактильным, обонятельным** или **смешанным**
- ✓ Неоднородны в нозологическом отношении, относят к
 - **экзогенно-органическим,**
 - **эндогенным расстройствам**
(или т.н. **особым формам психозов** позднего возраста)
- ✓ Затяжное, волнообразное течение
- ✓ Распространенность среди психических расстройств позднего возраста 0,1-0,5% (*Н.Ф. Шахматов, 1976*)

Галлюцинации при нарушении сенсорных функций

- Синдром Шарля Бонне – галлюцинации при нарушении способности воспринимать зрительные стимулы;
 - Галлюцинации при нарушении способности к обонянию или полной его утрате;
 - Галлюцинации при нарушении структур восприятия звуковых стимулов.
-

Вербальные галлюцинозы

- ✓ Среди галлюцинозов встречаются наиболее часто
 - ✓ Часто на фоне патологии органов зрения и слуха.
 - ✓ Отсутствуют другие психические расстройства
 - ✓ Течение затяжное, с усилением и затуханием голосов
 - ✓ Галлюцинации истинные
 - ✓ Поливокальные, происходят из шумов в ушах, чаще неприятные (брань, угрозы), реже императивные
 - ✓ Усиливаются вечером, часто сопровождаются тревогой и утратой критики
-

Зрительные галлюцинозы

- ✓ Возникают чаще в старости (> 70-80 лет)
 - ✓ По особенностям возникновения и клинике схожи с галлюцинозом Шарле Бонне (зрительные галлюцинации у слепых)
 - ✓ При ясном сознании, без бредовых расстройств и нарушения поведения
 - ✓ Истинные. Множественность, красочность, сценopodobность; часто «лилипутские»
 - ✓ Затяжной характер с периодами наплыва и затуханий
 - ✓ Критика утрачивается только в периоды наплыва галлюцинаций, сопровождается тревогой
-

Обонятельные галлюцинозы

- ✓ В чистом виде встречаются редко, комбинируются с другими галлюцинациями
 - ✓ По существу являются бредовыми галлюцинозами с преобладанием обонятельных галлюцинаций (реже тактильных – термических): ощущение различных резких и неприятных запахов
 - ✓ Цель - отравление или нанесение вреда здоровью пациента
 - ✓ Возникают часто в определенной обстановке (например, в своей комнате, как «случайные»)
-

Тактильные галлюцинозы (дерматозойный бред Экбома)

- ✓ Преобладание тактильного галлюциноза в сочетании с бредом одержимости (пораженности) кожными паразитами
 - ✓ В отличие от других галлюцинозов встречается и как самостоятельное психическое расстройство позднего возраста при функциональных психозах (K.Ekbom, 1938; Н.Ф. Шахматов, 1976; Е.А.Брюн, 1984)
 - ✓ Достоверных сведений о его распространенности нет в связи с расхождениями в диагностике и трактовке
 - ✓ Преобладают лица позднего возраста, особенно инволюционного (50—65 лет).
 - ✓ Женщины заболевают в 3 - 4 раза чаще, чем мужчины.
-

Тактильные галлюцинозы (терминология)

Как неоднородное состояние рассматривались при разных заболеваниях и определялась различными понятиями

(Смулевич А.Б., Концевой В. А., Дороженков И.Ю и др., 2004; Романов Д.В.,2014)

- **Пресенильный дерматозойный бред** (E.Ekbom, 1938)
- **Акарофобия** (G.Tribierae, 1894)
- **Паразитофобический нейродерматит** (L.Perrin, 1896)
- **Ограниченная (circumscripta) ипохондрия** (H.Schwarz, 1959)
- **Зоопатические галлюцинаторные навязчивости**

- **Хронический тактильный галлюциноз** (N.Bers, K.Conrad 1954; Г.В.Столяров, 1966; Н.Ф.Шахматов,1976)
- **Тактильный галлюцинаторный бред/тактильный бредовой галлюциноз** (B.Bergmann, 1957)
- **Психогенный паразитоз** (J.Slaughter и соавт., 1998)

Тактильные галлюцинозы (клиника)

- ✓ Первые описания дерматозойного бреда появились в конце XIX века при наблюдении пациентов, убежденных в заражении чесоткой при отсутствии инвазии (G.Thibierge, 1894)
- ✓ **Клинические проявления** бреда соответствуют свойствам паранойяльного бреда (E.Kraepelin, 1912; А.Б.Смулевич, М.Г.Щирин, 1972)
- ✓ **Аутохтонное начало**, на основе «ложных воспоминаний» о контактах с насекомыми (покупка одежды на рынке, в переходах, посещение бани и т.д.)
- ✓ **Зрительные иллюзии** (видят их в виде волос, эпидермиса, ниток, катышей)
- ✓ **Ощущение** кожного зуда, укусов, «ползания» паразитов на коже или под кожей рук, лица, распространение через кровь по организму
- ✓ **Убежденность**, что ощущения вызваны проникновением различных паразитов (жучков, червей, клещей) или колющих предметов (песка, стекла)

Тактильные галлюцинозы (клиника)

- ✓ **Красочное, образное описание** их размеров и внешнего вида (сопоставимо с галлюцинациями воображения E.Dupre, 1925)
- ✓ Хроническое течение и систематизация бреда
- ✓ **Сбор доказательств** существования паразитов – эпителий, волосы, катыши собираются и доставляются в лаборатории («симптом спичечного коробка»), требование обследования
- ✓ **Самолечение** и активная борьба с «паразитами»: «вытравливание» их из организма с помощью уксуса, дихлофоса и т.д. Расчесы и самоповреждения
- ✓ **Убежденность, что окружающие могут заразиться, «защита» близких** (требование отдельной посуды, уборки, кипячения...)
- ✓ **Отсутствие идей преследования или причинения вреда** – «экологический» характер бреда рассматривается как типичное проявление инволюционных психозов (А.В. Медведев; В.А. Концевой, 1999).

Симптом «спичечного коробка»



Аутодеструктивное поражение кожи
расчесы, эксфолиации, пигментные пятна,
атрофические рубцы



Тактильные галлюцинозы (диагностика)

В качестве синдрома встречается при:

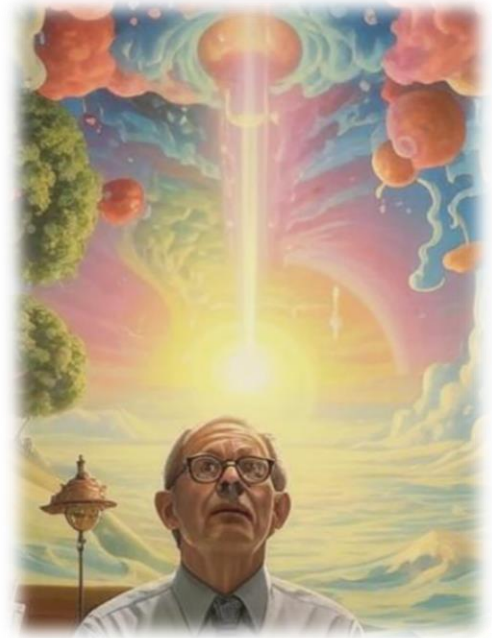
- **Эндогенных депрессиях** (редуцируется при выходе из депрессии)
- **Хронических бредовых расстройствах**
- **Шизофрении** (сложной структуры в сочетании с сенестопатиями, нигилистическим бредом, идеями преследования)
- **Органических заболеваниях головного мозга** (простой, однообразный в виде тактильных галлюцинаций и убежденности в заражении)

Классификация: по МКБ-10

Органический галлюциноз (дерматозойный бред) F06.0

Галлюцинации при болезни Паркинсона

- Уменьшение выработки дофамина при болезни Паркинсона влияет на функционирование всей нервной системы;
- Изменение функционирования холинергической системы также влияет на функционирование всех областей мозга;
- Галлюцинации прогрессируют вместе с самим заболеванием.



Галлюцинации при делирии

- Галлюцинации кажутся элементами реального мира, т.к. больные видят их с открытыми глазами.
- Делириозные состояния почти всегда возникают на фоне заболеваний, вызывающих тяжелые нарушения водного, электролитного и кислотно-щелочного баланса в крови.
- Поражается весь организм, включая головной мозг.



Возрастные группы шизофрении

До 39 лет

Шизофрения

40-60 лет

Поздно начавшаяся шизофрения

старше 60 лет

Очень поздно начавшийся
шизофреноподобный психоз



Очень поздно начавшаяся
шизофрения

По соглашению международных
экспертов (2000)

Onset of Schizophrenia at Age 100

ANA NATASHA CERVANTES, M.D.

PETER V. RABINS, M.D., M.P.H.

PHILLIP R. SLAVNEY, M.D.

Schizophrenia is generally regarded as a disease starting in adolescence and early adulthood. Cases beginning after the age of 60 are rare. The authors present the case of a woman who, at the age of 100, developed an illness marked by delusions and hallucinations and who was diagnosed with schizophrenia, paranoid type. Authors discuss the differential diagnosis of psychotic symptoms presenting late in life.

(Psychosomatics 2006; 47:356–359)

For many years, there has been a certain reluctance to diagnose schizophrenia when the onset of the illness is after age 60. Thus, for example, a recent international consensus suggested using the term “late-onset schizophrenia” for illnesses starting between the ages of 40 and 60, but “very-late-onset schizophrenia-like psychosis” for illnesses beginning after the age of 60.¹ Such diagnostic caution is prudent, given that delusional and hallucinating elderly patients are more likely to have delirium, dementia, or an affective disorder than they are to have schizophrenia. This is particularly true of hospitalized patients who are evaluated by a psychiatry consultation service. Still, it seems to us that, once other conditions have been excluded, an illness whose manifestations are characteristic of schizophrenia should be diagnosed as schizophrenia, even when the patient is over age 60. We believe that the following case description illustrates the onset of schizophrenia at age 100.

Case Report

“Mrs. A,” a 100-year-old Caucasian woman, was referred to the Johns Hopkins Emergency Department by her internist for evaluation of auditory hallucinations and persecutory delusions.

According to Mrs. A, she had begun hearing male voices some 10 months before, shortly after her 100th birthday. The voices, which she attributed to “The Imps of Satan,” sang and cursed. Mrs. A was convinced that other people could hear the “Imps” and became angry with her daughter when the latter said she could not hear them.

According to Mrs. A’s family, in the 3 weeks before admission, the patient became increasingly preoccupied with the “Imps” and increasingly suspicious and fearful. On the day before admission, Mrs. A frantically telephoned

Клинические особенности поздней шизофрении

- ✓ **Профиль симптомов поздней шизофрении имеет сходство с шизофренией, начавшейся в молодом возрасте.**
- ✓ **При поздней шизофрении чаще наблюдаются:**
 - **Зрительные, тактильные и обонятельные галлюцинации** (W.Klages, 1961, G.Huber et al.,1975,G. Pearlson et al.,1989)
 - **Персекуторный бред** (G.Pearson et al., 1989, R.Howard et al.,1992)
 - **«Ограниченный» бред** (M. Herbert et al., 1993, G.Schimmelpenning, 1965)
 - **Обвиняющие и оскорбляющие галлюцинации, комментарии «в третьем лице»** (R.Howard et al.,1993,G.Schimmelpenning, 1965)
 - **Депрессивные расстройства** (В.Г. Ротштейн, 2012)
- ✓ **При поздней шизофрении встречаются реже:**
 - **Расстройство формального мышления** (G.Pearson et al., 1989, R.Howard et al.,1993)
 - **Аффективная уплощенность или притупленность** (G.Pearson et al.,1989, D.Jesle et al.,1995, R.Howard et al.,1993)

Влияние фактора старения на симптоматику поздней шизофрении

- ✓ Преобладают три типа психических расстройств: бред, галлюцинации и синдром психических автоматизмов;
 - ✓ Бредовые расстройства отличаются относительно малым масштабом и конкретностью;
 - ✓ Бред часто сочетается с галлюцинациями (обонятельными и вкусовыми);
 - ✓ Парафренный синдром - сочетание фантастических идей и бреда мелкого масштаба;
 - ✓ Негативные симптомы менее глубокие, чем при более ранних формах.
-

Дифференциальный диагноз с поздним параноидом

- ✓ Бред и галлюцинации проявляются в месте проживания
 - ✓ Направлен против лиц из ближайшего окружения
 - ✓ Бред малого масштаба (тематика бреда обыденна, правдоподобна)
 - ✓ Ситуация переживается как «чрезвычайная драма»
 - ✓ Бредообразование не происходит вне ситуации проживания (на улице, на работе, в клинике)
 - ✓ Хорошая общая социальная адаптация
-

Спасибо за внимание

Лечение функциональных психозов позднего возраста

*«Врач должен помнить:
то, что излечивает одного, может убить другого».*
Гиппократ (ок. 460 г. до н. э.)



Принципы проведения фармакотерапии в позднем возрасте

- ✓ Оценка соотношения риска/пользы от препаратов с учетом сомато-неврологического состояния и возможных побочных эффектов
 - ✓ Ограничение количества препаратов (*по возможности*)
 - ✓ Снижение дозировок отдельных препаратов ($1/2$ - $1/3$ от общепринятых доз)
 - ✓ Медленное увеличение и снижение доз
 - ✓ Не рекомендуется быстро и часто менять препараты
 - ✓ Регулярно перепроверять показания, оценивая соматическое состояние пациентов
-

Рекомендуемые дозы нейролептиков для пациентов пожилого возраста

Антипсихотики (нейролептики) - основные препараты для лечения психозов. При сопутствующей депрессивной и тревожной симптоматики добавляются и транквилизаторы и антидепрессанты (учитывать риск обострения психоза).

Препарат	Начальная доза мг/день	Максимальная доза (мг/день)
Клозапин	6,25	50-100
Рisperидон	0,25-0,5	2-3
Оланзапин	1-5	5-15
Кветиапин	12,5-25	100-200
Галоперидол	0,3-1	15-20
Перфеназин	1	10-20
Трифлуоперазин	0,5-1	10-30

Побочные эффекты нейролептиков в пожилом возрасте

Экстрапирамидные:

- Паркинсонизм
- Акатизия
- Острая дистония
- Поздняя дискинезия

Антихолинергические:

- затрудненное мочеиспускание
- запор
- сухость слизистых
- смазанность зрения
- делирий

Сердечно-сосудистые

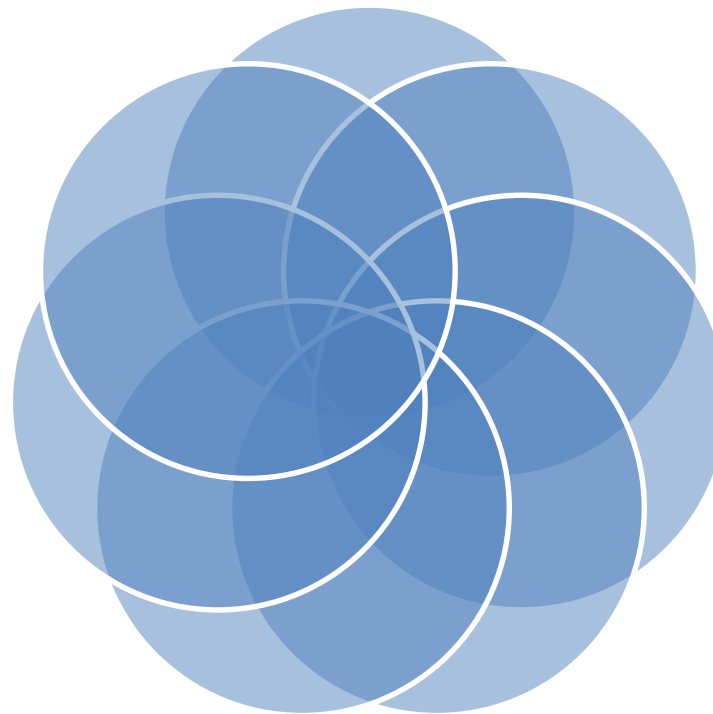
- гипотензия
- изменение ЭКГ-удлинение QT

Желудочно-кишечные и со стороны печени:

- тошнота
- диарея
- холестатическая желтуха
- повышение АСТ, АЛТ

Эндокринные

- прибавка веса
- сахарный диабет



ЗНС

Гиперсаливация

Судорожный синдром

Седация

Поздние дискинезии (M.Schonecker,1957)

Критерии DSM-IV:

- ✓ Непроизвольные движения языка, челюсти, туловища, конечностей , возникающие в связи с применением нейролептиков
- ✓ Наблюдаются на протяжении не менее месяца после отмены нейролептиков или 8 недель после отмены депо-нейролептиков
- ✓ Длительность лечения нейролептиками должна составлять не менее 3 мес. (или 1 мес.- если больной старше 60 лет)
- ✓ Не должны быть обусловлены неврологическими заболеваниями, назначением других препаратов (напр. L-допы) или проявлением острой дистонии
- Хроническое течение.

Эпидемиология: возникает у 20–25% больных, длительное время принимающих нейролептики.

Симптоматика поздних дискинезий

Язык: волнообразные (червеобразные) движения, «с-м конфеты во рту», отрывистые движения «с-м мухоловки»;

Губы: выпячивание, причмокивание;

Челюсть: открывание рта, стискивание, скрежетание зубами;

Лицо: гримасничание, нахмушивание, блефароспазм;

Наклоны туловища (кинетические, конвульсионные, статические)

Руки: хореоатетонидные движения пальцев, кистей, гиперпронация

Ноги: «беспокойные ноги», выворачивание пальцев и стопы;

Ротоглотка: дисфагия;

Межреберные мышцы и диафрагма : нерегулярное дыхание

Классический вариант –
орально-букко-лингвальная
дискинезия (у 40% пациентов)



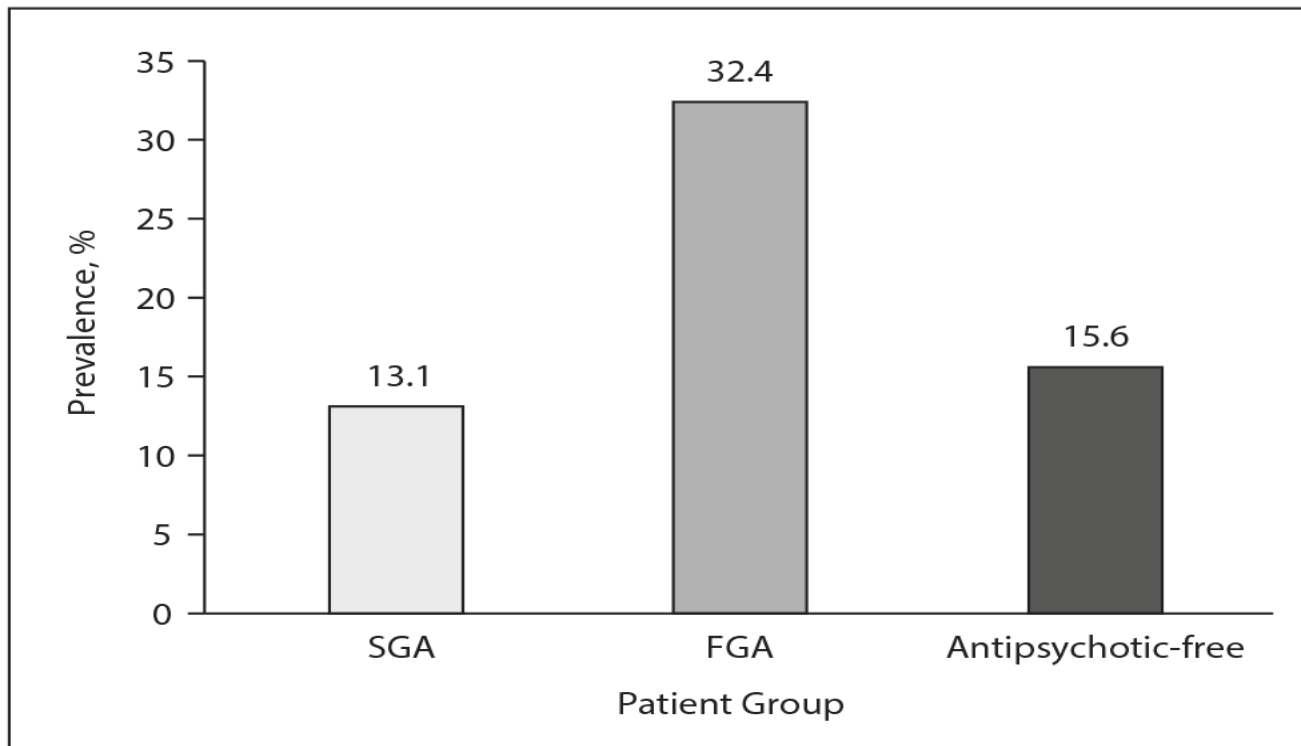
Факторы риска развития поздней дискинезии

- ✓ **длительная терапия типичными нейролептиками**
 - ✓ **пожилой возраст**
 - ✓ **предшествующие заболевания ЦНС**
 - ✓ **наличие острых экстрапирамидных расстройств**
 - ✓ **выраженные когнитивные нарушения**
 - ✓ **депрессия**
 - ✓ **женский пол**
 - ✓ **постменопауза**
 - ✓ **сахарный диабет**
 - ✓ **высокие дозы антипсихотика**
 - ✓ **длительное применение холинолитиков вместе с антипсихотиками**
 - ✓ **злоупотребление алкоголем**
 - ✓ **проведение электросудорожной терапии**
-

Эпидемиология поздней дискинезии.

По данным C.Corell, 2008 (результаты мета-анализа 2004-2008)

Figure 1. Prevalence of Tardive Dyskinesia in 4 Adult Studies (N = 2,088)^a



^aData from Correll and Schenk.¹¹ $P < .0001$ for SGA vs FGA.
Abbreviations: FGA = first-generation antipsychotic,
SGA = second-generation antipsychotic.

ср. возраст 41,2
муж. 71%

Лечение поздней дискинезии

Единых подходов и эффективного лечения нет

- ✓ Отмена нейролептика (или снижение дозы), замена на атипичный (например, клозапин)
- ✓ В отдельных случаях: амантадин 150-300 мг/сутки, клоназепам 1-2 мг/с; тиапридал 200-600 мг/сутки;
- ✓ Витаминотерапия: С, В6, Е (токоферол); ноотропы, антиоксиданты, препараты Гинкго Билоба
- ✓ Детоксикация, плазмаферез
- ✓ Тетрабеназин – изучение возможного применения

Профилактика: ограничение длительности приема типичных антипсихотиков

(Федорова Н.В., 2006, .Correll,2008)