

РАССТРОЙСТВА
МЫШЛЕНИЯ И
ИНТЕЛЛЕКТА.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ГЕРОНТОПСИХИАТРИИ.

Дисциплина «Психические болезни с курсом
наркологии».

Преподаватель Чивилёва О.А.

Мышление и его расстройства.

Мышление — психический процесс обобщенного отражения существенных сторон предметов и явлений и их внутренних взаимосвязей.

Человеческое мышление невозможно без речи и имеет свои *логические формы*:

- понятия,
- суждения,
- умозаключения.

**Варианты
патологии
мышления**

**По форме –
нарушения**

Темпа

**Целе-
направлен-
ности**

Стройности

**Подвижнос-
ти**

**По
содержани-
ю**

**Навязчивы-
е
идеи**

**Сверхценн-
ые
идеи**

**Бредовые
идеи**

Нарушения мышления по форме.

**Нарушени
я
темпа
мышления**

**Ускорение –
увеличение
количества
ассоциаций в
единицу
времени
(скачка идей)**

**Замедление –
уменьшение
числа
ассоциаций в
единицу
времени**

**Шперрунг –
закупорка,
внезапный
обрыв мысли**

**Ментизм –
внезапный
наплыв
мыслей**

Нарушения подвижности мышления

Обстоятельность –

излишняя детализация,
невозможность отделить
главное от второстепенного,
постоянное застревание
на мелочах с последующим
возвращением к основной
теме мысли

Вязкость –

детализация настолько
искажает основное
направление
мысли, что делает ее
малопонятной,
а мышление непродуктивным.

Нарушения стройности мышления

Разорванное мышление-

отсутствием в речи
логических согласований
между словами,
грамматические связи
при этом могут быть
сохранены

Бессвязное мышление (инкогерентное)-

отсутствуют не только
логические,
но и грамматические связи
между словами

Нарушения целенаправленности мышления

Резонерство — пространные
разглагольствования по
несущественному поводу

Аутистическое мышление -
опирается не на факты реальной жизни,
а на переживания внутреннего мира
больного

Символическое мышление - обычным,
общеупотребимым словам придается
особый,
отвлеченный, понятный лишь самому
больному смысл (неологизмы)

Персеверация мышления –
повторение одних и тех же слов, фраз

- Навязчивые явления (обсессии) — непроизвольные возникающие непреодолимые мысли, представления, сомнения, воспоминания, влечения, страхи и действия, не зависящих от воли больного.
- Эти явления носят неотступный характер, от них невозможно освободиться, хотя больной оценивает их критически и хочет от них избавиться.

Навязчивые явления

навязчивые сомнения

**навязчивые мысли (счёт,
«умственная жвачка»)**

навязчивые воспоминания

**фобии –
навязчивые страхи**

навязчивые влечения

**навязчивые действия (компульсии) –
могут сочетаться с фобиями (ритуалы)**

Сверхценные идеи — суждения, возникающие на основе реальных фактов, которые эмоционально переоцениваются, гиперболизируются и занимают в сознании больных неоправданно большое место, вытесняя конкурирующие представления.

Таким образом, на высоте этого процесса при сверхценных идеях, также как и при бреде, исчезает критика, что позволяет отнести их к разряду патологических.

- В отличие от бреда сверхценные идеи имеют реальную основу. Путем убеждения больного или изменения ситуации их **удается ослабить или устранить**.

Бредовые идеи — ложные, ошибочные суждения (умозаключения), возникшие на болезненной основе, овладевающие всем сознанием больного и недоступные критике и коррекции, несмотря на явное противоречие с действительностью.

**Бредовые
идеи
по
механизму
бредообразо-
вания**

Первичный бред

**(толкования,
интерпретации) –**

результат
расстройств
мышления
(«кривая»
логика),
восприятие

не страдает

**Вторичный бред
(чувственный)-**

результат
нарушений
восприятия,
памяти,
эмоций, сознания

**Индукцированный
бред
(внушённый)**

Формы бреда по содержанию

```
graph TD; A[Формы бреда по содержанию] --- B[бред с пониженной самооценкой]; A --- C[бред с повышенной самооценкой]; A --- D[бред преследования]; A --- E[смешанные формы бреда];
```

**бред
с пониженной самооценкой**

**бред
с повышенной самооценкой**

бред преследования

смешанные формы бреда

*Бред
с пониженной
самооценкой*

**бред
самообвинени
я
(греховности)**

**бред
самоуничижен
ия**

**Ипохондричес
кий
бред**

**Бред
с повышенной самооценкой**

бред изобретательства

бред величия

бред богатства

любовный бред

Бред преследования

```
graph TD; A[Бред преследования] --- B[бред воздействия]; A --- C[бред ущерба]; A --- D[бред отношения]; A --- E[бред ревности];
```

бред воздействия

бред ущерба

бред отношения

бред ревности

**Бредовые
синдромы**

```
graph TD; A[Бредовые синдромы] --- B[Паранойяльный синдром]; A --- C[Параноидный синдром]; A --- D[Парафренный синдром];
```

***Паранойяльный
синдром***

***Параноидный
синдром***

***Парафренный
синдром***

Паранойяльный синдром характеризуется систематизированным монотематическим бредом отношения, ревности, изобретательства.

Суждения и умозаключения больных внешне производят впечатление вполне логичных, однако они исходят из неверных посылок и ведут к неверным выводам.

Этот бред тесно связан с жизненной ситуацией, личностью больного, либо измененной психическим заболеванием, либо являющейся патологической от самого рождения.

Галлюцинации отсутствуют.

Поведение больных с паранойяльным бредом характеризуется сутяжничеством, кверулянтскими тенденциями, иногда агрессивностью.

Наиболее часто этот синдром наблюдается при алкогольных, пресенильных психозах, а также при шизофрении и психопатиях.

Параноидный синдром - характеризуется
вторичным чувственным бредом.

Возникает на фоне аффекта тревоги, страха,
депрессии, галлюцинаций, психических
автоматизмов, кататонических расстройств.

Разновидности параноидного синдрома

**галлюцинаторно-
параноидный**

депрессивно-бредовый

параноидный

**синдром психических
автоматизмов
Кандинского-Клерамбо**

Синдром психических автоматизмов *Кандинского-Клерамбо*

- бред преследования и воздействия,
- слуховые и зрительные псевдогаллюцинации,
- психические автоматизмы - чувство утраты контроля над собственными психическими и физиологическими процессами с бредовой интерпретацией существования этих процессов, как вызванных внешним воздействием.

Виды психических автоматизмов:

- **Идеаторный (ассоциативный) автоматизм** проявляется в чувстве постороннего вмешательства в течение мыслей, их вкладывание или отнятие, обрывы (шперрунги) или наплывы (ментизм), ощущение, что мысли больного становятся известны окружающим (симптом открытости), «эхо мыслей», насильственная внутренняя речь, вербальные псевдогаллюцинации, воспринимаемые как ощущение передачи мыслей на расстояние.
- **Сенсорный (сенестопатический, чувственный) автоматизм.** Для него характерно восприятие различных неприятных ощущений в теле (сенестопатии), чувство жжения, скручивания, боли, полового возбуждения в качестве сделанных, специально вызванных.
- **Моторный (кинестетический, двигательный) автоматизм** проявляется ощущением вынужденности некоторых действий, поступков больного, которые совершаются помимо его воли или вызваны воздействием извне. При этом больные часто испытывают мучительное чувство физической несвободы, называя себя «роботами, фантомами, марионетками, автоматами» и т.д. (чувство овладения).

Парафренный синдром -

сочетание фантастического бреда величия с бредом воздействия, слуховыми и зрительными псевдогаллюцинациями и с психическими автоматизмами.

- Острый чувственный бред также может быть представлен *синдромом Капгра*, включающим помимо тревоги и идей инсценировки симптом двойников.
- *При симптоме отрицательного двойника* больной утверждает, что близкий человек, например, мать или отец, не является таковым, а представляет собой подставную фигуру, загримированную под его родителей.
- *Симптом положительного двойника* заключается в убеждении, что незнакомые лица, специально изменившие свой облик, представляются больному в качестве близких людей.

- *Синдром Котара (нигилистический бред, бред отрицания)*, выражается в ошибочных умозаключениях мегаломанического, ипохондрического характера по поводу своего здоровья.
- Больные убеждены в наличии у них тяжелого, смертельного заболевания (сифилиса, рака), «воспаления всех внутренностей», говорят о поражении отдельных органов или частей тела («сердце перестало работать, сгустилась кровь, кишечник сгнил, пища не перерабатывается и из желудка поступает через легкие в мозг» и т.п.). Иногда они утверждают, что умерли, превратились в гниющий труп, погибли.

Интеллект и его расстройства.

- *Интеллект* – это совокупность всех познавательных процессов, способность к приобретению знаний и навыков, а также способность использовать их в практической деятельности.
- *Предпосылки интеллекта* – память, внимание и мышление.

Тест IQ

- характеризует количественный уровень интеллекта.
- оценивает общую осведомленность, понимание ситуации, арифметические способности, память, словарный запас, степень развития абстрактного мышления и т.д.
- Показатели IQ выше 100% свидетельствуют о высоком интеллекте и опережающем развитии.
- В диапазоне от 70 до 90% располагаются пограничные состояния, соответствующие низкому интеллекту, которые, однако, не являются патологическими.
- Показатели ниже 70% свидетельствуют об интеллектуальном недоразвитии.

Нарушения интеллекта

```
graph TD; A[Нарушения интеллекта] --- B[Дебильность]; A --- C[Олигофрения (врождённое слабоумие)]; A --- D[Деменция (приобретённое слабоумие)]; B --- E[Парциальная]; B --- F[Тотальная]; C --- G[Идиотия]; C --- H[Имбецильность]; D --- I[Эпилептическая я]; D --- J[Тотальная];
```

The diagram is a hierarchical flowchart. At the top left is a yellow box with a black border containing the text 'Нарушения интеллекта' in blue. A vertical line descends from this box and branches into three horizontal lines. The middle horizontal line connects to a yellow box with a black border containing 'Олигофрения (врождённое слабоумие)' in purple. From the bottom of this box, a vertical line descends to another horizontal line that branches into three vertical lines leading to three yellow boxes with black borders: 'Идиотия', 'Имбецильность', and 'Дебильность' (from left to right). From the bottom of the 'Дебильность' box, a vertical line descends to another horizontal line that branches into three vertical lines leading to three yellow boxes with black borders: 'Парциальная', 'Тотальная', and 'Эпилептическая я' (from left to right). The 'Деменция (приобретённое слабоумие)' box is positioned between the 'Олигофрения' box and the 'Деменция' box, but it is not connected to any other boxes in the diagram.

Олигофрения
(врождённое
слабоумие)

Дебильность

Имбецильность

Идиотия

Деменция
(приобретённое
слабоумие)

Парциальная

Тотальная

Эпилептическая
я

Умственная отсталость (олигофрения).

- Это врожденное или приобретенное в первые три года жизни слабоумие, которое выражается в общем психическом недоразвитии с преобладанием интеллектуального дефекта и затруднения социальной адаптации.
- Помимо термина «олигофрения» (от греч. oligos — малый и phren — ум) используют названия: умственная отсталость, умственный дефицит, умственное недоразвитие.
- В Международной классификации последнего пересмотра (МКБ-10) принято понятие «умственная отсталость».

Умственная отсталость характеризуется:

- 1. Значимое снижение общего уровня интеллектуального развития.
- 2. Значительный дефицит или отсутствие способности к адаптации.
- 3. Появление отмеченных изменений в возрасте до 18 лет.

- Основное проявление олигофрении — недоразвитие интеллекта.
- Коэффициент интеллектуальности у таких людей (IQ) ниже 70.
- При олигофрении в той или иной мере страдают все психические функции (мышление, память, внимание, воля, эмоции).

Эпидемиология олигофрении.

- Умственной отсталостью поражено более 120 миллионов людей во всем мире.
- По данным ВОЗ, умственная отсталость широко распространена во всем мир и составляет до 3% всего населения.
- В последние годы отмечается увеличение ее распространенности, преимущественно за счет экзогенных форм.
- В США и странах Европы распространенность олигофрении составляет от 7 до 30 человек на 1000 населения.
- Наследственно обусловленные формы составляют 20-25% случаев тяжелой умственной отсталости.
- В целом доля наследственно обусловленных форм среди всех случаев олигофрении составляет от 69 до 90%.
- Риск рождения умственно отсталого ребенка при браке между двумя олигофренами составляет 42,2%.

**Причины
олигофрени
и**

**Наследственно
сть**

**Экзогенные
факторы**

**Сочетанное
влияние
наследственны
х и
внешних
факторов**

**Наследствен
но
обусловлен
ные
формы
олигофрени
и**

**При
хромосомных
болезнях —**
болезнь Дауна,
трисомия X,
синдром
Кляйнфельтера,
синдром
Шерешевского-
Тёрнера

**При
ферментопатиях—**
фенилкетонурия,
галактоземия

**При
эндокринопати
ях—**
врождённая
патология
щитовидной
железы

**При различных
аномалиях
развития
головного
мозга —**
микроцефалия,
гидроцефалия

Умственная отсталость экзогенного происхождения

Патология беременности

(расстройства плацентарного кровообращения, тяжелые токсикозы второй половины)

Заболевания беременной

(ССН, болезни почек и печени, СД, нарушение функции щитовидной железы и др. эндокринные нарушения)

Применение лекарственных и токсичных средств беременными

(талидомида, препараты лития, алкоголь)

Инфекционные заболевания беременной

(коровая краснуха, цитомегалия, грипп, ОРВИ, инфекционный гепатит, сифилис, токсоплазмоз, СПИД)

**Несовместимость плода и матери по Rh-фактору,
недоношенность, родовая травма, асфиксия**

Болезни ребенка в первые годы его жизни
(менингит, энцефалит, ЧМТ)

Олигофрения.

| <u>Признак</u> | <u>Дебильность</u> | <u>Имбецильность</u> | <u>Идиотия</u> |
|---------------------------------------|--------------------|----------------------------|----------------|
| IQ | 50-69 | 20-49 | Менее 20 |
| Речь | Конкретно-образная | Отдельные слова | Отсутствует |
| Способность к обучению | + | - | - |
| Способность к самообслуживанию | ++ | Только элементарные навыки | - |

Лечение умственной отсталости.

- Терапия сводится к назначению комплекса медицинских, психологических и педагогических воздействий.
- Особенно важно обучение больных навыкам самообслуживания.
- Обучение чтению, письму и труду проводят по специальной методике и упрощенной программе.
- Не менее важно рациональное трудоустройство.

Из медикаментозных средств используют препараты, влияющие на обменные процессы головного мозга:

- ноотропы (пирацетам, ноотропил, аминалон, энцефабол, пантогам, пикамилон),
- глутаминовая кислота,
- ниаламид,
- глицин,
- ВИТАМИНЫ.

При наличии психомоторного возбуждения назначают:

- транквилизаторы (элениум, седуксен, диазепам) и нейролептики (аминазин, тизерцин, неупептил).
- *При повышении внутричерепного давления* показана дегидратационная терапия.

Чем раньше начато лечение, тем больших результатов можно ожидать.

Особое значение имеет профилактическая работа:

- информация населения о возможных причинах психического недоразвития,
- своевременное выявление патологии беременных,
- борьба с инфекциями,
- воспитание здорового образа жизни.

До 15% случаев умственной отсталости можно предупредить путем воздействия на причины заболеваний, приводящих к развитию этого состояния.

- расстройств, вызванные йодной недостаточностью можно предотвратить йодированием поваренной соли или воды в источниках водоснабжения, а также лечением лиц, относящихся к группе риска йодированным маслом и препаратами йода.
- Профилактика синдрома Дауна - рекомендация женщинам в возрасте старше 35 лет воздерживаться от деторождения или осуществление амниоцентеза при беременности в этом возрасте.
- Алкогольный синдром плода - скрининговые тесты для выявления женщин из группы риска и разъяснения им последствий употребления алкоголя в период беременности и время, близкое к зачатию.
- Профилактика фенилкетонурии - скрининговое диагностическое обследование всех новорожденных, раннее (до четырех месяцев) назначение специальной диеты, рекомендации женщинам с фенилкетонурией воздерживаться от деторождения.

Типы деменций.

Парциальная (лакунарная, дисмнестическая)

1. Неравномерная выраженность нарушений памяти (прогрессирующая гипомнезия) и нарушения мышления (по органическому типу).
2. Сохранность «ядра личности».
3. Часто сохранена ориентировка в собственной личности и ситуации.

Тотальная

1. Охватывает все виды психической деятельности и с течением заболевания завершается их полным распадом (прогрессирующая амнезия, апраксия, афазия и пр.).
Конечное состояние – психический маразм.
2. Разрушение «ядра личности».
3. Часто дезориентированы в собственной личности и ситуации.

Парциальная (лакунарная, дисмнестическая)

4. Наличие осознания болезни с критическим отношением к своему состоянию.

5. Эмоциональная лабильность.

6. Некоторое заострение, «шаржирование» имеющихся у больных характерологических черт.

7. Характерно для сосудистых заболеваний головного мозга (ГБ, церебральный атеросклероз).

Тотальная

4. Отсутствие критики к своему состоянию.

5. Преобладающий эмоциональный фон может быть угрюмо-раздражительным, эйфорически-благодарным либо апатическим.

6. Характерно для грубоорганических процессов, при которых поражается преимущественно кора головного мозга (дегенеративные заболевания - болезнь Альцгеймера, Пика, старческое слабоумие), сифилис головного мозга и прогрессирующий паралич, редко – опухоли ЦНС, ЧМТ).

Психоорганический синдром.

- Выявляется сочетанное нарушение 3-ёх сфер психической деятельности: интеллекта, памяти и эмоций.
- Характерен для хронических органических заболеваний головного мозга.

**Формы
(стадии)
психоорга
нического
синдрома**

**Астенически
й**

**Эксплозивн
ый**

**Эйфорическ
ий**

Апатический

Ведущие симптомы:

- разнообразные эмоциональные расстройства (раздражительность, эмоциональная лабильность, слабодушие, эйфория, апатия);
- нарушение внимания (истощаемость, отвлекаемость, затруднение переключения);
- нарушения памяти и подвижности мышления от детализации до вязкости;
- волевые расстройства (ослабление инициативы и активности, сужение круга интересов),
- снижение трудоспособности,
- несамостоятельность,
- слабая социальная и биологическая адаптация,
- психопатоподобное поведение.

Психические болезни в предстарческом и старческом возрасте.

- Психическая деятельность людей пожилого возраста отличается рядом особенностей.
- Нарушения психической деятельности в пожилом возрасте изучает геронтологическая психиатрия — наука, выделенная в самостоятельную дисциплину.

Возрастные периоды *(классификация ВОЗ).*

- Инволюционный период – с 45 лет
- Пожилой возраст – 60-75 лет
- Старческий возраст – 75-89 лет
- Долгожители – свыше 90 лет

Психические заболевания в позднем возрасте.

- Хронические психические заболевания, начавшиеся в более раннем возрасте и продолжающиеся в период инволюции.
- Заболевания, неспецифичные для периода инволюции, но дебютировавшие в позднем возрасте.
- *Заболевания специфичные для позднего
возраста.*

**Психические
заболевания,
специфичные
для позднего возраста**

Функциональные
(обратимые, не ведут
к развитию слабоумия)

1. Инволюционная депрессия
2. Инволюционный паранойд.

Органические
(следствие деструктивного
процесса в ГМ, развиваются
необратимые нарушения
интеллекта)

1. Первичные дегенеративные (атрофические) заболевания ГМ.
2. Сосудистые заболевания ГМ.

**Психические
расстройства
у лиц пожилого
возраста**

**Предстарческие
(пресенильные) –
45-65 лет**

**Старческие
(сенильные) –
после 65-70 лет**

**Инволюционные
деменции**

**Инволюционные
психозы**

**Инволюционная
депрессия**

**Инволюционный
параноид**

**Инволюционная
истерия**

Предпосылки развития функциональных психических расстройств позднего возраста.

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

Инволюционные психозы.

- Патогенез изучен недостаточно.
- Предполагают, что *эндокринные и метаболические изменения* в человеческом организме, происходящие в климактерическом периоде жизни *на фоне психологических проблем* у больных, способствуют возникновению психических нарушений без признаков органического поражения головного мозга.
- Возникновению заболевания также *способствуют аутоинтоксикации.*

Инволюционная депрессия.

■ Эта форма встречается чаще других.

■ У больных наблюдается устойчивое снижение настроения, на фоне которого появляется тревога с ожиданием каких-либо несчастий (в рамках бытовых ситуаций), переживанием одиночества (даже при постоянном общении с членами семьи), тоскливо-тревожным ожиданием собственного тяжелого заболевания с обилием ипохондрических жалоб.

■ Часто клиническая картина утяжеляется затяжными и мучительными сенестопатиями и формированием нигилистического бреда Котара. Он проявляется утверждениями о гибели семьи, катастрофы с городом, страной, гниением и распадом собственного тела, которое обречено на вечные мучения.

■ Могут появляться бредовые идеи самообвинения, самоуничижения, которые во многом связаны с реальными событиями в жизни пациентов.

- Переживания больных носят чрезвычайно тревожный характер, сопровождаются двигательным беспокойством (ажитированная депрессия). Больные суевливы, растерянны, требуют наказать их, совершают суицидальные попытки. Беспокойство усиливается при смене обстановки, местонахождения, при переводе в другую палату (симптом нарушения адаптации Шарпанье).
- Часто больные причитают и просят о помощи, находясь без внимания, но при попытке побеседовать с ними — сразу умолкают; а стоит только отойти от них — снова начинают причитать (симптом Клейста).
- Может наблюдаться иллюзорное восприятие окружающего. Родные кажутся больному чужими людьми, которые лишь маскируются под близких.
- В благоприятных случаях инволюционная депрессия продолжается несколько месяцев и может закончиться выздоровлением.
- Но нередко она принимает затяжное течение.

Инволюционный параноид.

- протекает без нарушений памяти, без расстройств восприятия и слабодушия — это всегда паранойяльный синдром с бредом ущерба, ревности, преследования и ипохондрическим бредом «малого размаха», «бредом обыденных отношений», когда бредовые идеи носят конкретный бытовой сюжет.
- Больные высказывают обвинения в адрес родственников и соседей, что те хотят их погубить (специально портят еду, электропроводку, газовые коммуникации), чтобы занять их жилплощадь.
- Супругов они обвиняют в изменах, бредовым образом трактуя любые ситуации.
- В связи с такими переживаниями больные обращаются в милицию, баррикадируют двери, занавешивают окна, хранят под замком свои продукты питания.
- Они склонны «сражаться с врагами до победного конца» и проявляют в соответствии с бредом жесткую линию поведения.
- В круг мнимых недоброжелателей вовлекаются все новые и новые люди.

Характерны:

- 1) ипохондрический бред — пожилой человек находит на коже микробы, по поводу чего исследуется во всевозможных клиниках;
- 2) бред преследования, нанесения ущерба имуществу или здоровью — больной подозревает своих близких или соседей, а потому стремится все свои вещи закрывать «под замок» (протекает на фоне подозрительности и снижения памяти);
- 3) бред ревности (может быть с агрессией) — больная жена-красавица била своего мужа, подслеповатого старичка с палочкой, за «гулянки».
- 4) «кухонный» бред,
- 5) бред «лестничной площадки»,
- 6) бред «обыденных отношений».
- Прогрессирование заболевания может сопровождаться появлением слуховых и обонятельных галлюцинаций.
- Течение болезни чаще длительное, хроническое.

Инволюционная истерия.

- Это относительно легкая форма психических нарушений в климактерическом периоде.
- проявляется комплексом невротических расстройств с преобладанием истерической симптоматики:
 - -эмоциональной лабильностью,
 - -капризностью,
 - -слезливостью,
 - -демонстративным поведением.
- Часто встречаются ипохондрические жалобы.
- При волнении у больных появляются спазмы в горле, тошнота, иногда рвота.
- Реже наблюдаются истерические парезы и параличи, расстройства чувствительности, истерические припадки.
- Заболевание обычно заканчивается постепенным выздоровлением.

Предстарческие (пресенильные) деменции.

- Группа заболеваний, возникающих вследствие атрофических процессов в корковых и подкорковых структурах головного мозга у больных в возрасте 45-50 лет, приводит к развитию инволюционной деменции.
- Деменция — синдром хронического и (или) прогрессирующего характера, включающий нарушения памяти, ориентировки, мышления, понимания, способности к обучению и суждениям, объединяющихся в снижение интеллекта и снижению уровня ранее приобретенных знаний, вплоть до утраты элементарных навыков, способности к самообслуживанию продолжительностью не менее 6 месяцев, протекающих на фоне ясного сознания.

**Предстарческие
(пресенильные)
деменции**

**Болезнь
Альцгеймера**

**Болезнь
Пика**

**Болезнь
Крейтцфельда-
Якоба**

**Хорея
Гентингтона**

Болезнь Альцгеймера (БА).

- БА — первичное дегенеративное заболевание головного мозга, возникающее обычно после 50 лет и характеризующееся прогрессирующим снижением интеллекта, памяти и изменением личности.
- Женщины болеют в 3-5 раз чаще мужчин.
- Частота БА значительно увеличивается с возрастом.
- Это одно из наиболее распространенных в мире заболеваний инволюционного периода.

- *БА характеризуется* отложением амилоидного белка в ткани головного мозга вокруг и внутри нейронов с формированием бляшек и нейрофибриллярных переплетений. В результате уменьшается число синапсов, что проявляется деменцией (слабоумием).
- *Причина изменений головного мозга, характерных для БА,* неизвестна.
- Имеются данные о важной роли генетических факторов и перенесенной в прошлом ЧМТ.
- Атрофический процесс при данном заболевании преобладает в теменных и височных областях коры головного мозга.

Клиника (расстройства памяти)

включает:

- 1) продромальный период (длится несколько лет): усталость, снижение работоспособности, сонливость днем, постоянная мимика удивления;
- 2) манифестная стадия (амнестические нарушения):
 - а) расстройство памяти и реакция личности на когнитивный дефект в виде депрессии, раздражительности, импульсивности;
 - б) амнестическую дезориентировку, сменяющуюся относительно сохранной памятью;
 - в) ложные узнавания людей и событий, сопровождающиеся растерянностью, тревожной суетливостью, подавленностью;
- 3) период очаговых корковых расстройств: амнестическая и сенсорная афазия, апраксия, аграфия, акалькулия, алексия.

- Появляются и усиливаются проявления дизартрии, и речь постепенно становится все более непонятной.
- Наблюдаются постепенная утрата накопленных знаний и навыков, распад мыслительных операций.
- Утрачивая хорошо заученные навыки, больные становятся бестолковыми, беспомощными, а их речь — бессвязной.
- Могут быть эпилептические припадки.
- Поведение становится нецеленаправленным, однако сохраняются коммуникабельность, услужливость, деликатность, способность осознавать свою несостоятельность.
- В конечной стадии слабоумие сопровождается растормаживанием примитивных рефлексов в виде оральных автоматизмов (сосание, причмокивание, жевание).
- Исход заболевания неблагоприятный: состояние полного маразма.
- Смерть наступает либо во время судорожного припадка, либо от присоединившейся инфекции.

Старческая (сенильная) деменция.

Причины сенильной деменции:

- 1) генетическая предрасположенность;
- 2) психотравмы;
- 3) инфекции;
- 4) тяжелые соматические заболевания.

Риск заболевания до 75 лет составляет 1,2%,
до 80 лет — 2,5%.

Клиническая картина.

В начальную стадию (I):

1) заостряются основные черты личности:

- а) нарастает эгоцентризм;
- б) появляется неприятие всего нового;
- в) характерны слабодушие и ослабление душевных привязанностей;
- г) усиливаются властность, мелочность, категоричность, недоверчивость, скупость;
- д) возможны: эксгибиционизм, педофилия, вуайеризм, бродяжничество, собирание хлама и мусора;

2) развивается Корсаковский синдром — фиксационная амнезия с конфабуляциями.

Для стадии деменции (II) характерны:

- старческий делирий;
- бред ущерба, преследования, ограбления, сенильная парафрения (фантастический бред), бред Котара;
- галлюцинации (зрительные, тактильные, реже - вербальные),
- феномен «жизни в прошлом» (пациенты, считая себя молодыми, строят отношения с окружающими, используя искаженную фабулу событий собственной молодости. При этом они деловиты, суетливы и неадекватно активны),
- Постепенно нарастают агнозия, афазия и апраксия, очаговая неврологическая симптоматика, расстройства сна и кахексия.

При маразме (III):

- утрачиваются все навыки;
- больной становится прожорливым;
- характерна поза эмбриона.

В этой стадии у больных часто возникают пролежни, сепсис, пневмония, и они могут погибнуть от присоединившейся инфекции.

Лечение пресенильных и сенильных деменций.

- сводится к организации квалифицированного ухода за ними и проведению симптоматической и общеукрепляющей терапии.
- Необходимо оберегать их от различных соматических осложнений, регулярно осуществлять гигиенические мероприятия, проводить профилактику пролежней.
- При наличии возбуждения и психотических симптомов устанавливают наблюдение за пациентом (индивидуальный пост) и назначают нейролептики в небольших дозах.
- На ранних этапах развития болезни положительный эффект оказывают ноотропы (пирацетам, ноотропил, аминалон, энцефабол и др.).
- Замедлить процесс развития деменции в ряде случаев помогает назначение акатинола (мемантина).