



Деменция

ПОДГОТОВИЛА: БАЙРАМОВА Ш.Т
ГРУППА 503.3

► Деменция (от латинского de – прекращение, mentis – разум) – частичное разрушение психики, вызванное болезнями или повреждением головного мозга, возникшее после трехлетнего возраста. Чаще всего деменция сопровождается нарушением памяти, языка, речи, суждений, познавательных способностей, аффективных проявлений пространственной ориентации и моторных умений. Как правило, деменция необратима, но в некоторых случаях при устранении причины возможно улучшение. В основе этого органического психического расстройства лежат более или менее распространенные поражения кортикальных функций, подтверждаемые неврологическими и электроэнцефалографическими исследованиями, компьютерной томографией, а также магнитно-резонансной томографией.

Причины возникновения деменции:

- ▶ - внутричерепные опухоли;
- ▶ - дефицит питания;
- ▶ - дегенеративные процессы, которые часто развиваются в пожилом возрасте;
- ▶ - многократные цереброваскулярные нарушения или удары;
- ▶ - некоторые инфекционные заболевания (СПИД, сифилис, менингит);
- ▶ - тяжелые или многократные черепно-мозговые травмы;
- ▶ - аноксия (нехватка кислорода);
- ▶ - попадание в организм токсических веществ;
- ▶ - некоторые психические заболевания (шизофрения, эпилепсия)

Этиология

Наиболее частой причиной деменции являются:

- ▶ дегенеративные заболевания головного мозга, прежде всего болезнь Альцгеймера - 47,7% случаев
- ▶ сосудистые заболевания-10%
- ▶ Гидроцефалия- 6%
- ▶ внутричерепные опухоли -4,8%
- ▶ ВИЧ-инфекция и СПИД также могут обусловить деменцию (1% всех случаев деменции).

Также к деменции могут приводить шизофрения, эпилепсия, а также органические заболевания головного мозга, при которых разрушается его вещество (старческие психозы, сифилитические поражения, сосудистые и воспалительные заболевания головного мозга, тяжелые черепно-мозговые травмы).

По структуре и глубине поражения интеллекта деменцию можно разделить на лакунарное, глобальное и парциальное слабоумие:

1. *Лакунарное слабоумие* – при этой деменции, несмотря на образовавшийся интеллектуально-мнестический дефект, сохраняются морально-этические свойства личности. В первую очередь при лакунарной деменции поражаются память и внимание. Нарушения памяти проявляются в основном гипомнезиями, степень выраженности которых может нарастать. Наблюдаются сниженная работоспособность, повышенные утомляемость, истощаемость и отвлекаемость внимания. Этот вид нарушения характеризуется неравномерностью поражения психических процессов, «мерцанием» симптоматики, проявляющимся иногда в течение довольно короткого времени. Сохраняется ряд свойств собственно интеллекта, в первую очередь критичность мышления. Такой тип деменции присущ церебральному атеросклерозу, другим сосудистым поражениям головного мозга, а также недалеко зашедшим опухолям мозга.

2. *Глобарное (диффузное) слабоумие* – о такой деменции мы можем говорить в тех случаях, когда личность резко деградирует, сознание болезни отсутствует, критика и рассудительность резко снижены, также снижены или утрачены полностью нравственные свойства личности. При этом виде деменции первично страдают наиболее сложные и дифференцированные свойства собственно интеллекта. Типичным является нарушение таких качеств и свойств ума, как логичность, доказательность, самостоятельность, пытливость, оригинальность, находчивость, продуктивность, широта и глубина мышления. Наиболее достоверным дифференциально-диагностическим критерием глобарной деменции, позволяющим отличать ее от лакунарной деменции, является некритическое отношение больного к своему дефекту. Глобарная деменция наблюдается в клинике диффузных поражений головного мозга (например, старческое слабоумие, прогрессивный паралич). При некоторых прогрессирующих заболеваниях головного мозга она развивается после этапа лакунарной деменции.

3. *Парциальное слабоумие* – это результат поражения отдельных мозговых систем, косвенно относящихся к интеллектуальной деятельности и играющих роль в ее организации. Эта деменция может наблюдаться, например, при контузиях головного мозга, его опухолях, а также при энцефалитах.

По характеру течения выделяют три типа деменции – прогредиентную, стационарную и относительно регрессиентную деменцию:

1. Для прогредиентного течения обязательными являются необратимость и дальнейшее нарастание интеллектуальной недостаточности, имеющее определенную последовательность. Прежде всего, страдает творческое мышление, затем – способность к абстрактным рассуждениям, в последнюю очередь отмечается невозможность выполнения простых задач в рамках «практического» интеллекта.
2. При стационарном течении недостаточность интеллекта носит стабильный характер. Нет признаков утяжеления и прогрессирования деменции.
3. При ряде заболеваний может иметь место относительная регрессиентность деменции. Это связано с тем, что нарушения предпосылок интеллекта и экстраинтеллектуальных процессов носят функциональный характер, обратимы и при их исчезновении создается впечатление уменьшения степени деменции. Однако этот регресс не касается собственно интеллектуальных нарушений, являющихся следствием органического деструктивного поражения головного мозга.

По степени тяжести различают следующие виды деменции:

1. *Легкая деменция* – при данном виде деменции рабочая и социальная активность снижены, однако остается способность к самостоятельной жизни, самообслуживанию и относительно ненарушенным суждениям.
2. *Умеренная деменция* – основные критерии: независимая жизнь затруднена, требуется определенный уход и поддержка.
3. *Тяжелая* – так как повседневная активность и самообслуживание нарушены, требуется постоянный надзор. У большинства больных грубо расстроены речь и суждения.

1. *Тотальная деменция* глубоко охватывает всю психику, включая интеллект и память, при ней наблюдается резкое снижение или отсутствие критики, замедленность психических процессов, общее снижение личности больного до полной утраты индивидуальных особенностей. При этом виде слабоумия имеются диффузные поражения коры головного мозга.

2. *Частичная деменция* характеризуется неравномерностью выпадения интеллектуальных функций, замедлением интеллектуальных процессов, снижением сообразительности, преобладанием различных нарушений памяти. Личность остается в определенной мере сохранной, расстройство критики выражено слабее, сохраняются профессиональные навыки, наблюдаются эмоциональная неустойчивость, слезливая беспомощность, легко возникающая растерянность. При этом виде деменции имеются очаговые повреждения коры головного мозга.

Клиника интеллектуальных нарушений при тотальной деменции

При тотальной деменции на первый план выступают грубые нарушения высших и дифференцированных интеллектуальных функций: осмысления, адекватного оперирования понятиями, способности к правильным суждениям и умозаключениям, обобщению и классификации.

Наблюдается замедление темпа мышления. Целенаправленность мышления сохраняется, но оно лишается прежней глубины и широты, обедняется и скудеет ассоциативный процесс. Таким образом, мышление становится непродуктивным. Дефекты интеллекта и его предпосылок относительно равномерны, хотя при этом отмечаются грубые нарушения критичности (снижение или отсутствие критики), замедленность психических процессов и выраженные изменения личностных свойств.

Виды тотальной деменции:

1. *Простая деменция* – ее структура целиком представлена негативными расстройствами в сфере интеллектуально-мнестических функций в сочетании с признаками регресса личности различной степени выраженности. Критическое отношение к этим расстройствам у больного отсутствует.

2. *Психопатоподобная деменция* – в ее структуре значительное место занимают выраженные изменения личности либо в виде утрированного заострения преморбидных особенностей личности больного, либо в виде появления новых аномальных (психопатоподобных) черт характера, развивающихся в связи с патологическим процессом.

3. *Галлюцинаторно-параноидная деменция* – с вышеописанными признаками интеллектуального нарушения сочетаются галлюцинации и бред, тесно связанные с особенностями деструктивного поражения головного мозга, его локализацией, структурой и степенью выраженности негативной симптоматики.

4. *Паралитическая деменция* – проявляется в быстром исчезновении критики к своим словам и поступкам, в выраженной слабости суждений, нелепых и чуждых личности больного поступках, нетактичных высказываниях. Грубый интеллектуальный дефект сочетается с эйфорией, выраженными расстройствами памяти и паралитическими конфабуляциями (ложными воспоминаниями нелепого содержания – например, больной считает, что обладает большим количеством орденов и наград или несметными богатствами). В структуру паралитической деменции входят бред и бредоподобные высказывания с переоценкой собственной личности, достигающие нередко степени нелепого бреда величия. Типичной чертой этой деменции является выраженная истощаемость психической деятельности.

5. *Асемическая деменция* – сочетает в себе признаки слабоумия и симптомы очагового выпадения корковой деятельности (афазию, агнозию, апраксию, алексию, аграфию, акалькулию). При асемической деменции наблюдается фиксационная амнезия, проявляющаяся в резком ослаблении или отсутствии способности запоминать текущие события. Следует отметить, что степень выраженности фиксационной амнезии постепенно нарастает. В связи с этим из памяти начинает выпадать все большее число текущих событий и фактов. Затем процесс начинает распространяться и на память о прошлом, захватывая вначале близкий период, а потом все более и более отдаленные отрезки времени.

Интеллектуальные нарушения при частичной деменции

Частичная деменция характеризуется неравномерностью выпадения интеллектуальных функций, замедлением интеллектуальных процессов, снижением сообразительности, преобладанием различных нарушений памяти. Часто наблюдается нарушение критичности мышления. Мышление больных не является конкретным, так как не опирается на опыт, и в то же время не относится к абстрактному ввиду отсутствия обобщения. Таким образом, мышление при частичной деменции, также как и при тотальном слабоумии, является непродуктивным.

Различают следующие виды частичной деменции:

1. *Эпилептическая деменция* – следствие неблагоприятно протекающей эпилептической болезни. Данный вид деменции характеризуется замедлением психических процессов, снижением уровня мыслительной деятельности, патологической обстоятельностью мышления, амнестической афазией. Основными чертами эпилептической деменции являются вязкость мышления (крайняя степень обстоятельности, при которой детализация до такой степени искажает основное направление мысли, что делает ее практически малопонятной), инертность, неспособность переключиться на что-то новое, неумение кратко формулировать свои идеи и прогрессирующее оскудение речи. Речь обедняется, растягивается, заполняется словесными штампами, появляются уменьшительно-ласкательные слова. Высказывания неглубоки, бедны по содержанию и построены на банальных ассоциациях. Рассуждения больных связаны с конкретной ситуацией, от которой им трудно отвлечься. Круг интересов сужается до забот о собственном здоровье и благополучии.

2. *Сосудистая (атеросклеротическая) деменция* – возникает при атеросклеротическом поражении головного мозга. Ядро личности при ней долго остается относительно сохранным. Начальные признаки сосудистой деменции – нарушение запоминания с сохранной критикой, вследствие чего больной старается компенсировать свой дефект записями или узелками на память. Рано появляется эмоциональная лабильность, взрывчатость. Сосудистая деменция обычно прогрессирует постепенно, с каждым последующим инфарктом тканей головного мозга. Обычно возникают неврологические симптомы; интеллектуальные же нарушения могут быть фрагментарными с частичной сохранностью познавательных способностей. Если деменция развивается после инсульта, то вскоре появляются грубые нарушения памяти, осмысления, речи (афазия), а также неврологические симптомы.

3. *Травматическая деменция* – следствие физической травмы головного мозга (отмечается примерно у 3-5% пациентов, перенесших черепно-мозговую травму). Клиническая картина зависит от тяжести и локализации повреждения. При лобно-базальном поражении появляется клиническая картина, напоминающая прогрессивный паралич. Поражение передних отделов лобных долей проявляется апатией, аспонтанностью, акинезией, снижением активности мышления и речи, нарушением поведения. Поражение височных долей может повлечь за собой нарушения, напоминающие нарушения при эпилептической деменции. Основной чертой травматической деменции можно назвать постепенно нарастающее интеллектуальное снижение, при этом за счет нарушения памяти теряется старая информация и не поступает новая, исчезает критичность к своему состоянию.

4. *Шизофреническая деменция* – характеризуется диссоциацией между неспособностью уловить реальное значение житейских ситуаций и удовлетворительным состоянием абстрактно-логического мышления. Знания, навыки и комбинаторные возможности не могут быть использованы в жизни из-за аутистической оторванности от реальности, а также из-за аспонтанности и апатии. В то же время грубых нарушений памяти не выявляется, остаются сохраненными приобретенные навыки, знания и суждения. Одновременно наблюдаются не критичность мышления, нарушение доказательности, интеллектуальная непродуктивность и регресс личности.

5. *Психогенное слабоумие (псевдодеменция)* – это реакция личности на психотравмирующую ситуацию, угрожающую ее социальному статусу, проявляющаяся в виде мнимого слабоумия с мнимой утратой простейших навыков и мнимым снижением интеллектуальных функций. При псевдодеменции для больного характерны нелепые мимо-ответы и мимо-действия в элементарных ситуациях (например, на вопрос подростку: «Сколько вам лет?», мы получаем ответ: «3 годика»). Несмотря на то, что больные не могут ответить на простейшие вопросы или отвечают на них невпопад, ответы всегда находятся в плоскости заданного вопроса. Кроме этого больные неожиданно могут ответить на сложный вопрос. Поведение настолько демонстративно нарочитое и не приводящее ни к какой выгоде, что не вызывает сомнения в психическом расстройстве.

Органическая деменция развивается как результат органического поражения головного мозга. Для нее характерен психоорганический синдром: снижение памяти, расстройства поведения и аффективные нарушения.

В раннем детском и дошкольном возрасте ведущими являются утрата или ослабление навыков опрятности и самообслуживания, моторики, нарушение речи. Иногда психическая деятельность становится нецеленаправленной, преобладает моторное возбуждение или эйфорический фон настроения.

В школьном возрасте резко снижается умственная работоспособность, выявляются недостаточность функции обобщения и замедление мыслительных процессов (брадифрения).

В препубертатном и пубертатном возрасте наблюдаются нарушения познавательной деятельности, которые сочетаются с психопатоподобными расстройствами: эмоционально-волевой неустойчивостью и расторможенностью влечений.

Эпилептическая деменция - это сочетание интеллектуальной недостаточности (страдает уровень обобщения и абстрактное мышление) с изменениями личности: эгоцентризм, инертность, аффективная вязкость, злопамятность, жестокость, мстительность, сочетающаяся с льстивостью и услужливостью. Фон настроения часто угрюмый со склонностью к взрывам агрессии. Такая клиническая картина наблюдается при раннем начале заболевания, обычно до 2-3 лет. При злокачественном течении эпилепсии в младшем возрасте интеллектуальные расстройства трудно отличимы от олигофреноподобного дефекта. У детей дошкольного возраста наблюдается расторможенность сексуального влечения, в ряде случаев извращение влечений, они получают удовольствие, причиняя боль: ударяют, кусают, царапают окружающих.

Шизофреническая деменция (апатическое слабоумие) - отличается от других видов слабоумия тем, что осмысление и способность к обобщению часто нарушены незначительно, но мышление непродуктивно, паралогично, искажено.

При шизофренической деменции наблюдаются глубокий дефект личности, снижение побуждений и психической активности, бездеятельность, апатия, эмоциональная опустошенность, выраженный аутизм, отгороженность от окружающих, активное противодействие контактам.

При раннем начале болезни формируется олигофреноподобный дефект с глубокой умственной отсталостью, сопровождающийся характерными для шизофренической деменции признаками: эмоциональной тупостью, отгороженностью, кататоническими расстройствами (застывание в своеобразных позах, стереотипии движений, «бег по кругу», эхосимптомы, негативизм), - наблюдается распад речи и исчезновение навыков самообслуживания, регрессивное поведение: ходьба на четвереньках, еда руками, обнюхивание предметов, оказавшихся в поле зрения, поедание несъедобных веществ и т.п.

Чтобы выявить нарушения памяти, мышления и ориентации в пространстве обычно проводится клинико-психологическое обследование. Такое обследование предполагает следующие пробы:

- ▶ Проверка ориентации пациента в пространстве, времени и в собственной личности;
- ▶ Проверка трёх блоков памяти: на события, произошедшие недавно, на отдаленные события и проверка кратковременной памяти.
- ▶ Оценка праксиса. Пациента просят показать какое-либо целенаправленное действие (например, продемонстрировать, как зажигать спичку)
- ▶ Изучение зрительно-пространственных функций — например, пробы на рисование куба или других сложных фигур.
- ▶ Оценка речи — её беглости, четкости, понимание своей и чужой речи.
- ▶ Исследование гнозиса. При агнозии человек не сможет назвать назначение определённого предмета, на который указывает ему врач.
- ▶ Проверка интеллекта. Проверяется способность пациента к обобщению, построению умозаключений, выявлению различий и сходств между понятиями.

Важно, чтобы во время беседы врач-специалист придерживался стандартизированных методик, а не ориентировался только на свои впечатления об умственных способностях пациента – они далеко не всегда бывают объективны.

Следующим важным пунктом в постановке диагноза «анализы»:

- ▶ Общий анализ крови;
- ▶ Биохимический анализ крови;
- ▶ Определение концентрации витаминов B9 и B12 в плазме крови;
- ▶ Лабораторное исследование функций щитовидной железы.
- ▶ Реакция Вассермана

Вспомогательными методами для определения деменции являются электрофизиологические методы исследования. Обычно используется электроэнцефалография (ЭЭГ) и метод вызванных потенциалов. ЭЭГ позволяет проверить, не являются ли когнитивные нарушения причиной других заболеваний. А также при болезни Альцгеймера зона замедления биоэлектрических ритмов обычно расположена в височных и теменных долях. Метод когнитивных вызванных потенциалов имеет большую диагностическую ценность. Эта методика позволяет отследить электрическую активность мозга при выполнении умственной работы. Обычно пациенту предъявляют задание на опознание какой-либо информации (слуховой или зрительной). Пациент должен в ответ совершить какое-нибудь действие, например, нажать кнопку. По результатам можно получить электрофизиологическое подтверждение присутствия или отсутствия у человека когнитивных нарушений.

Наиболее полную и важную информацию при наличии когнитивных нарушений дают нейровизуализационные методы диагностики. Наиболее распространёнными методами здесь являются магнитно-резонансная томография (МРТ) и компьютерная рентгеновская томография. Данные методы позволяют получить подтверждение, что нервно-психическое расстройство имеет характер органических повреждений мозга. Они дают возможность исключить опасные для жизни состояния — например, опухоль мозга или инсульт. Также эти методы предоставляют важную информацию об особенностях патологического процесса в мозгу пациента.

Лечение деменций должно быть тесно связано с точной диагностикой их происхождения, а затем - и лечением основного заболевания. Нужно помнить, что некоторые нарушения познавательных функций могут быть обратимыми при правильной коррекции диеты и образа жизни (например, при атеросклеротической и алкогольной деменции). Выбор терапии определяется конкретными клиническими симптомами (нарушения памяти, снижение концентрации внимания, нейропсихитарические проявления), переносимостью лекарственных препаратов, наличием сопутствующих сосудистых или дисметаболических нарушений.

Независимо от природы деменции при ее лечении следует осуществлять следующие меры:

- информирование семьи о сути заболевания и прогнозе;
- своевременное оформление группы инвалидности и опекуна;
- создание комфортной, безопасной, максимально упрощенной среды вокруг пациента;
- поддержание четкого режима дня больного;
- контроль приема лекарственных препаратов;

Патогенетическая терапия современными лекарственными препаратами

Наиболее перспективным направлением терапии в настоящее время считается использование препаратов – ингибиторов ацетилхолинэстеразы, таких, как, например, галантамин (реминил), и модуляторов NMDA-рецепторов глутамата (акатинол мемантин). Данные препараты широко используются во всем мире, а в последние годы стали доступны и в России. Постоянный приём этих лекарств способствует улучшению показателей памяти и внимания, увеличению активности и самостоятельности пациентов, упорядочивает их поведение, улучшает навыки самообслуживания, замедляет прогрессирование нарушений памяти. Препараты обычно хорошо переносятся, могут применяться как основное лечение или в комбинации с другими лекарственными средствами.

Важно подчеркнуть, что, как и другие лекарственные средства, эти препараты оказывают положительный эффект только тогда, когда назначены врачом при наличии правильных показаний к применению. Поэтому, прежде чем начинать их приём, необходимо проконсультироваться с врачом-неврологом. Самолечение может нанести вред здоровью, в то время как правильно подобранная терапия позволяет значительно уменьшить выраженность беспокоящих симптомов и приостановить прогрессирование забывчивости.

Индивидуальная симптоматическая терапия.

Индивидуальная симптоматическая терапия- включает прежде всего коррекцию аффективных, поведенческих, вегетативных нарушений, нарушений сна, которые могут влиять на состояние адаптации больных едва ли не в большей степени, чем собственно интеллектуальное снижение.

Необходимо также подчеркнуть важность роли окружающих больного лиц. Социально-экономическое и эмоциональное бремя деменции ложится не только на самих пациентов, но и на их родственников, ближайшее и более отдаленное окружение, следовательно, на всё общество в целом. Дело в том, что при деменции у пациента выявляются нарушения, которые делают его не вполне самостоятельным при выполнении обычных видов повседневной бытовой деятельности. Раньше всего страдают профессиональные навыки, способность самостоятельно продуктивно контактировать с другими людьми, совершать финансовые операции, пользоваться современной бытовой техникой, водить автомашину или ориентироваться в городе. Бытовые сложности при самообслуживании формируются на этапе умеренной и тяжелой деменции, когда диагностика данного состояния уже не представляет значительных трудностей.