

РУКОВОДСТВО ПО ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Под редакцией проф. **С.И.Гавриловой**

УДК 616.89-053.9

ББК 56.14

P85

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Книга предназначена для медицинских работников.

Руководство по гериатрической психиатрии / под ред. проф. С.И.Гавриловой. – Москва : МЕДпресс-информ, 2020. – 440 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-802-8

В руководстве приведена история развития гериатрической психиатрии в России, освещены вопросы этиологии и патогенеза психических заболеваний, характерных для позднего возраста. Систематизированы современные представления о клинических проявлениях, закономерностях течения, критериях диагностики и терапевтических рекомендациях в отношении основных форм психической патологии пожилого и старческого возраста: различных клинико-нозологических форм деменции, психозов позднего возраста, аффективных и пограничных психических расстройств. Освещено современное состояние и перспективы развития отечественной геронтопсихиатрической помощи.

Руководство предназначено для психиатров, неврологов, геронтологов, врачей общей практики, интересующихся проблемой диагностики и лечения психической патологии позднего возраста, а также для исследователей в области гериатрической психиатрии и неврологии, геронтологии, клинической фармакологии и нейробиологии.

УДК 616.89-053.9

ББК 56.14

ISBN 978-5-00030-802-8

© Оформление, оригинал-макет, иллюстрации.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|-----|
| Сокращения | 5 |
| Предисловие (<i>Тиганов А.С.</i> , академик РАН, профессор, докт. мед. наук) | 6 |
| Введение | 7 |
| Современные представления о гериатрической психиатрии (<i>Калын Я.Б.</i> , докт. мед. наук, <i>Гаврилова С.И.</i> , профессор, докт. мед. наук) | 7 |
| Методы нейропсихологической диагностики в гериатрической психиатрии (<i>Рощина И.Ф.</i> , канд. психол. наук, <i>Корсакова Н.К.</i> , канд. психол. наук) | 20 |
| Глава 1. Деменция (<i>Гаврилова С.И.</i> , профессор, докт. мед. наук) | 34 |
| Болезнь Альцгеймера | 39 |
| Деменция с тельцами Леви | 68 |
| Лобно-височная деменция (<i>Федорова Я.Б.</i> , канд. мед. наук) ... | 77 |
| Хорея Гентингтона | 94 |
| Деменция при болезни Паркинсона | 103 |
| Прогрессирующий надъядерный паралич | 112 |
| Сосудистая деменция (<i>Михайлова Н.М.</i> , докт. мед. наук) | 113 |
| Сочетанная альцгеймеровско-сосудистая деменция (<i>Михайлова Н.М.</i> , докт. мед. наук) | 138 |
| Вторичная деменция | 153 |
| Синдром мягкого когнитивного снижения (<i>Гаврилова С.И.</i> , профессор, докт. мед. наук, <i>Пономарева Е.В.</i> , канд. мед. наук) | 164 |
| Группа высокого риска развития болезни Альцгеймера: клинические и нейропсихологические особенности родственников 1-й степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера (<i>Селезнева Н.Д.</i> , докт. мед. наук, <i>Рощина И.Ф.</i> , канд. психол. наук) | 183 |
| Глава 2. Психозы позднего возраста (<i>Колыхалов И.В.</i> , докт. мед. наук) | 188 |
| Спутанность | 188 |
| Особые формы бредовых и галлюцинаторных психозов позднего возраста | 205 |

| | |
|--|------------|
| Поздняя шизофрения | 225 |
| Глава 3. Аффективные расстройства | 233 |
| Депрессия (<i>Сафарова Т.П.</i> , канд. мед. наук) | 234 |
| Маниакальные состояния (<i>Яковлева О.Б.</i> , канд. мед. наук) | 280 |
| Глава 4. Пограничные (непсихотические) психические расстройства (<i>Михайлова Н.М.</i>, докт. мед. наук) | 291 |
| Распространенность пограничных (непсихотических) психических расстройств в общемедицинской практике | 292 |
| Непсихотические депрессии | 293 |
| Невротические расстройства | 307 |
| Начальные формы когнитивного снижения | 317 |
| Субклинические расстройства бредового регистра | 320 |
| Расстройство личности (психопатические состояния) | 324 |
| Нарушения сна | 326 |
| Соматогении | 328 |
| Глава 5. Психиатрическая помощь пожилым (<i>Калын Я.Б.</i>, докт. мед. наук, <i>Гаврилова С.И.</i>, профессор, докт. мед. наук, <i>Михайлова Н.М.</i>, докт. мед. наук, <i>Колыхалов И.В.</i>, докт. мед. наук, <i>Костюк Г.П.</i>, профессор, докт. мед. наук) | 330 |
| Организация помощи пожилым больным в психоневрологическом диспансере | 332 |
| Организация психогериатрической помощи в городской территориальной поликлинике | 336 |
| Психогериатрическая консультация в центре социального обслуживания | 341 |
| Организация помощи в дневных стационарах | 343 |
| Стационарная помощь | 345 |
| Организация амбулаторно-консультативной психогериатрической помощи пациентам с болезнью Альцгеймера и другими ослабумливающими заболеваниями позднего возраста | 349 |
| Организация клиники памяти | 352 |
| Организация помощи лицам, ухаживающим за пожилыми больными с тяжелыми психическими расстройствами (<i>Гантман М.В.</i> , канд. мед. наук) | 355 |
| Приложение | 359 |
| Литература | 405 |

СОКРАЩЕНИЯ

| | |
|---------------|---|
| АД | артериальное давление |
| АХЭ | ацетилхолинэстераза |
| БА | болезнь Альцгеймера |
| БАР | биполярное аффективное расстройство |
| БП | болезнь Паркинсона |
| ВИЧ | вирус иммунодефицита человека |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |
| ГАМК | гамма-аминомасляная кислота |
| ДТЛ | деменция с тельцами Леви |
| ИБС | ишемическая болезнь сердца |
| КТ | (рентгеновская) компьютерная томография |
| ЛВД | лобно-височная деменция |
| МАО | моноаминоксидаза |
| МКС | мягкое когнитивное снижение |
| МРТ | магнитно-резонансная томография |
| ОФЭКТ | однофотонная эмиссионная компьютерная томография |
| ПНД | психоневрологический диспансер |
| ППА | первичная прогрессирующая афазия |
| ПЭТ | позитронно-эмиссионная томография |
| СИОЗС | селективные ингибиторы обратного захвата серотонина |
| СИОЗСН | селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина |
| ТЦА | трициклические антидепрессанты |
| УЗИ | ультразвуковое исследование |
| ФБМ | функциональный блок мозга |
| ФДГ | фтордезоксиглюкоза |
| ХГ | хорея Гентингтона |
| ЦНС | центральная нервная система |
| ЦСЖ | цереброспинальная жидкость |
| ЭСТ | электросудорожная терапия |
| ЭЭГ | электроэнцефалография |

ПРЕДИСЛОВИЕ

Каждое руководство для врачей должно отвечать ряду требований: быть современным, информативным, четким в формулировках и обобщениях, быть доступным не только для врачей определенной специальности, но и для врачей общей практики.

В руководстве должны быть сформулированы четкие диагностические критерии и рекомендации в отношении тактики ведения и терапии острых и хронических состояний при различных заболеваниях.

Этим требованиям полностью отвечает руководство по гериатрической психиатрии под редакцией одного из самых авторитетных специалистов в этой области – профессора С.И.Гавриловой, возглавляющей отдел гериатрической психиатрии и группу по изучению когнитивных расстройств и деменции ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Одним из основных достоинств издания является описание различных видов заболеваний, сопровождающихся развитием деменции. Вряд ли необходимо говорить, насколько практически сложным является дифференциация этих заболеваний, тем не менее авторы успешно выполнили эту задачу.

Нет необходимости перечислять основные главы издания, посвященные описанию аффективных расстройств и психозов позднего возраста, а также пограничных состояний. Особого внимания заслуживает раздел, посвященный организации психогериатрической помощи лицам пожилого и старческого возраста.

Руководство в первую очередь предназначено для врачей-психиатров, гериатров, неврологов, врачей общей практики, в сферу профессиональной деятельности которых входит оказание медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста.

*А.С.Тиганов, академик РАН,
профессор, докт. мед. наук*

ВВЕДЕНИЕ

Современные представления о гериатрической психиатрии

Калын Я.Б., докт. мед. наук,

Гаврилова С.И., профессор, докт. мед. наук

Актуальность изучения различных аспектов психической патологии позднего возраста обусловлена рядом причин. Одним из основных факторов, определяющих значимость этой области психиатрии, является тенденция к неуклонному увеличению доли пожилых и стариков в общем населении экономически развитых и большинства развивающихся стран. Так как под «старением населения» понимается увеличение пропорции людей старших возрастных групп по отношению ко всему населению, то можно предположить, что вследствие сочетания увеличивающейся продолжительности жизни с понижением рождаемости, характерным для большинства европейских и североамериканских стран, тенденция к дальнейшему «постарению» населения на ближайшую перспективу сохранится.

Демография старения

Процесс увеличения доли лиц пожилого и старческого возраста в общей структуре населения отмечается и в России. Ради-кальные социально-экономические перемены сделали актуальным для российского общества рост удельного веса пожилых исключительно за счет снижения рождаемости на фоне сокращающейся продолжительности жизни.

Помимо чисто экономических проблем, возникающих в связи с увеличением в структуре общества доли нетрудоспособного населения, неуклонное увеличение численности

пожилых и стариков создает для государства серьезные медицинские проблемы из-за роста населения, подверженного наиболее высокому риску развития тех видов психической патологии, которые характерны для позднего возраста. В связи с этим многократно возрастает и значимость предмета гериатрической психиатрии.

Именно гериатрическая психиатрия (геронтопсихиатрия, психогериатрия) изучает особенности возникновения, клинических проявлений, течения и лечения психических расстройств, характерных для пожилого и старческого возраста.

История гериатрической психиатрии

Истоки развития геронтопсихиатрии в России восходят к середине XIX века. Уже в работах П.П.Малиновского (1847) мы находим первые описания характерных особенностей сенильной деменции. Вторая половина этого столетия ознаменовалась накоплением клинико-психопатологических данных о психических расстройствах позднего возраста как в западно-европейской (Krafft-Ebing R., 1878; Emminghaus H., 1878; Seglas J., 1895; и др.), так и в отечественной психиатрии (Корсаков С.С., 1913). Однако более интенсивно учение о психических расстройствах позднего возраста начало развиваться в России начиная с первой четверти прошлого (XX) столетия.

В первых десятилетиях XX века как в зарубежной, так и в российской психиатрии усиленно предпринимаются попытки выделения нозологически самостоятельных психозов позднего возраста. Начало таким исследованиям было положено еще в XIX веке R. von Krafft-Ebing (1878), описавшим функциональные заболевания головного мозга, характерные для позднего возраста. В последующих работах были накоплены многочисленные данные об общих клинических особенностях и закономерностях течения психозов второй половины жизни и предпринимались попытки их систематизации.

Этот подход получил свое развитие в формировании концепции инволюционных психозов. Многие отечественные и зарубежные психиатры подчеркивали сложный характер патогенеза и особые условия возникновения этих психозов,

и в частности свойственное им предрасполагающее, провоцирующее или патопластическое влияние предшествующих психотравмирующих факторов, наиболее характерных для возраста обратного развития. Особая роль отводилась коренному изменению жизненной ситуации из-за ухода на пенсию, потери партнера и близких, ухудшения здоровья, утраты социального положения, факторам одиночества и изоляции. В дальнейшем представления об инволюционных психозах подверглись существенной трансформации, что сопровождалось сужением их диагностических границ, а в значительной мере и пересмотром концепции их возникновения (Штернберг Э.Я., 1977).

Безусловно, попытки выделения самостоятельных возрастных психозов представляют сегодня только исторический интерес, поскольку большая часть описанных в то время возрастных психозов («инволюционная парафрения», «галлюцинаторная парафрения», «инволюционная меланхолия», «инволюционная паранойя») были позднее отнесены (полностью или частично) к поздним эндогенным психозам.

Становление в России собственно гериатрической психиатрии как самостоятельного раздела психиатрии относится к 60–70-м годам прошлого века. В тот же временной период происходит бурное развитие геронтопсихиатрических исследований в мире, и прежде всего в США и странах Западной Европы. В связи с неуклонно нарастающими процессами «демографического старения» проблемы геронтологической психиатрии оказались в это время также в центре внимания Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), которая посвятила вопросам диагностики и классификации в геронтопсихиатрии специальный международный симпозиум, состоявшийся в Москве в 1968 г. В это время в России создаются специализированные геронтопсихиатрические научные коллективы – клиники проф. С.Г.Жислина и проф. Э.Я.Штернберга в Москве, проф. Е.С.Авербуха в Ленинграде, проф. Ю.Е.Рахальского в Оренбурге – и предпринимаются попытки обобщающего изложения учения о психических расстройствах позднего возраста.

Попытки создания классификации психозов позднего возраста занимают как в российской, так и в зарубежной геронтопсихиатрии второй половины прошлого века значительное

место. Предложенные в западной психиатрии классификационные схемы строились в соответствии с различными принципами и разной степенью охвата проявлений психической патологии позднего возраста. В частности, предпринимались попытки разработки нозологической (или приближающейся к ней) систематизации, в том числе на основе многомерного структурно-аналитического подхода, а также попытки классификации психических заболеваний позднего возраста по анатомическому принципу, с выделением органических и функциональных психозов. Последний принцип классификации был использован и W.Mayer-Gross и соавт. в руководстве по клинической психиатрии (1960); он также нашел применение в докладах комиссии ВОЗ и в официальной американской номенклатуре.

К несомненным достижениям российской геронтопсихиатрии 1960–80-х годов следует отнести разработку учения о психических расстройствах цереброваскулярного генеза, исследование феноменологии, синдромологии и закономерностей развития различных форм первичных дегенеративных (атрофических) процессов позднего возраста, приводящих к развитию слабоумия. Предметом всестороннего клинического (психопатологического и неврологического) и нейропатологического исследования становятся в это время деменции пресенильного возраста, в частности болезнь Альцгеймера (БА), болезнь Пика и хорея Гентингтона (ХГ). Наиболее значительные исследования в этой области были выполнены проф. Э.Я.Штернбергом (1967, 1977, 1980). Несомненной заслугой представителей российской геронтопсихиатрии является тщательная разработка феноменологии деменций альцгеймеровского типа, прослеженная на протяжении всего периода развития болезни от наиболее ранних доклинических проявлений до исхода в тотальную деменцию и смерть. На каждом из этапов развития деменции прослеживались закономерности ее формирования, особенности прогрессирования амнестического синдрома, нарушений высших корковых функций, синтетико-аналитической (т.е. собственно интеллектуальной) деятельности, изменений личности пациента, а также особенности продуктивных психопатологических расстройств, возникающих на разных этапах разви-

тия ослабоумливающих процессов (Снежневский А.В., 1948; Жислин С.Г., 1965; Штернберг Э.Я., 1967, 1977). Эти работы во многом опередили развитие исследований деменции альцгеймеровского типа, развернувшихся в последней четверти XX века, и внесли существенный вклад в понимание ряда важных проблем геронтопсихиатрии. Речь, в частности, идет о создании предпосылок к последующей разработке проблемы гетерогенности деменции альцгеймеровского типа, а также к развитию клинико-генетических и клинико-эпидемиологических направлений исследований в геронтопсихиатрии.

В последние два десятилетия XX века в российской геронтопсихиатрии получили дальнейшее развитие уже сформировавшиеся ранее направления исследований: клинико-психопатологическое изучение возрастных особенностей эндогенных психозов, начинающихся впервые или продолжающихся до позднего возраста, особенностей пограничных психических нарушений у пожилых и стариков, а также изучение различных клинических аспектов психических расстройств органического генеза. В рамках последнего направления развивались исследования в различных регионах России: в Москве в клиниках НЦПЗ РАМН (под руководством проф. В.А.Концевого и проф. С.И.Гавриловой) и Московском НИИ психиатрии под руководством проф. Н.Ф.Шахматова, а позднее – проф. Ю.И.Полищука; в Ленинграде (ныне Санкт-Петербург) под руководством проф. А.У.Тибилевой, а также в Оренбурге под руководством проф. Ю.Е.Рахальского, а в дальнейшем – его преемниками проф. В.С.Григорьевских и проф. В.Г.Будзой. Характеризуя основные итоги этих исследований, можно сказать, что они привели к уточнению феноменологии, закономерностей течения и прогноза основных форм функциональных и органических психических расстройств позднего возраста.

Кроме того, последняя четверть прошедшего столетия ознаменовалась развитием новых направлений геронтопсихиатрии, и прежде всего гериатрической психофармакологии, клинико-биологических исследований депрессий и деменций позднего возраста, и особенно БА, а также разработкой геронтологических аспектов социальной психиатрии.

Эпидемиология психических расстройств в позднем возрасте. Популяционные данные, частота психических расстройств у пожилых в различных медицинских и медико-социальных учреждениях

Особый интерес к психическим расстройствам позднего возраста, и в частности к расстройствам непсихотического уровня, в значительной мере обусловлен наметившейся в последнее десятилетие тенденцией интенсивного развития внебольничных форм психиатрической, в том числе геронтопсихиатрической, помощи. На этом фоне отчетливо выявилась потребность в знании не только данных официальной статистики, но и реальной распространенности психических расстройств в пожилом возрасте. Низкая обращаемость пожилых психически больных за необходимой психиатрической помощью и недостаток доступных пожилым специализированных психиатрических служб приводят к низкой выявляемости психической патологии у пожилых людей. Попадающие в поле зрения существующих психиатрических служб психические расстройства старости представляют собой лишь «видимую часть айсберга».

Отечественные клинико-эпидемиологические и популяционные исследования в геронтопсихиатрии, проведенные учеными Института психиатрии АМН СССР (Щирин М.Г., 1975; Гаврилова С.И., 1977, 1984, 1987), положили начало масштабным клинико-эпидемиологическим исследованиям в российской геронтопсихиатрии.

Стратегическая направленность на изучение распространенности психических расстройств в общей популяции пожилых людей была реализована проф. С.И.Гавриловой (1984). В процессе популяционного клинико-эпидемиологического исследования, проведенного на ограниченных территориях Москвы, были впервые установлены показатели «истинной» распространенности психических расстройств в общем населении старших возрастных групп, структура геронтопсихиатрической болезненности, определены половозрастные показатели частоты основных форм психической патологии позднего

ГЛАВА 1. ДЕМЕНЦИЯ

Гаврилова С.И., профессор, докт. мед. наук

Деменция – синдром приобретенного и, как правило, прогрессирующего снижения интеллекта, приводящего к нарушению профессионального, социального и/или повседневного функционирования пациента.

Диагностика

В соответствии с международными классификациями (МКБ-10, DSM-IV), ключевым критерием диагностики синдрома деменции является наличие множественного дефицита когнитивных функций, нарушающего повседневную деятельность пациента и существующего не менее 6 мес. Когнитивные расстройства должны выявляться вне состояния нарушенного сознания. Причиной когнитивных расстройств являются органические заболевания головного мозга, метаболические, токсические или системные заболевания, в том числе органная недостаточность (табл. 1.1).

Эпидемиология

По данным различных популяционных исследований, частота деменции в пожилом и старческом возрасте (65 лет и старше) колеблется от 5 до 12%. По обобщенным данным 11 европейских популяционных исследований, частота деменции в возрасте 65 лет и старше составляет 6,4%, причем показатели ее болезненности удваиваются с каждым прожитым после 65 лет пятилетием, составляя в возрасте 65–69 лет 0,8%, а в возрасте 90 лет и старше – 28,5%. В соответствии с данными отечественных популяционных исследований показатель частоты деменции среди пожилого населения (60 лет и старше) Москвы составляет 10,4% (Калын Я.Б., Гаврилова С.И., 1997).

Таблица 1.1. 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: <ul style="list-style-type: none"> • речи; • праксиса (исполнительной деятельности); • гнозиса (оптико-пространственной деятельности); • мышления |
| Степень выраженности | Ухудшение профессионального или социального функционирования |
| Длительность | Не менее 6 мес. |
| Течение | Обычно хроническое или прогрессирующее |
| Причины | Церебральное заболевание или общее (соматическое заболевание, интоксикация, в том числе медикаментозная) патологическое состояние, вторично влияющее на мозговую деятельность |
| Критерий исключения | Расстройство сознания |

Клиническая картина

Клинические проявления синдрома деменции подразделяются на 3 основные группы.

1. Проявления собственно когнитивного дефицита: расстройства речи (афазия, дисфазия), в том числе номинативная, моторная (экспрессивная), сенсорная (импрессивная) афазия; расстройства исполнительной деятельности (апраксия, диспраксия) при ненарушенных моторных функциях; нарушения оптико-пространственной деятельности (агнозия, дисгнозия); нарушения памяти (амнезия, дисмнезия) и расстройства аналитико-синтетической деятельности, т.е. собственно интеллектуальных функций.

2. Психопатологические расстройства, в том числе психотические и поведенческие симптомы деменции.

3. Нарушения повседневной активности.

Распределение по частоте различных нозологических форм деменции представлено в таблице 1.2.

Таблица 1.2. Распределение по частоте основных нозологических форм в общей структуре деменции у пожилых (цит. по: Левин О.С., 2010)

| Заболевание | Доля от общего числа больных с деменцией, % |
|---|--|
| БА, включая БА + цереброваскулярное заболевание | 25–50 |
| Сосудистая деменция | 10–25 |
| ДТЛ | 5–15 |
| Алкогольная деменция | 4–10 |
| ЛВД | 2–5 |
| Нормотензивная гидроцефалия | 1–3 |
| Опухоли головного мозга | 1–2 |
| Дисметаболическая энцефалопатия | <1 |
| Посттравматическая энцефалопатия | <1 |

Классификация

Выделяют (условно) 4 основные этиопатогенетические группы деменций.

I. Первичные дегенеративные деменции:

- БА;
- лобно-височная деменция (ЛВД).

II. Мультисистемные дегенеративные деменции:

- деменция с тельцами Леви (ДТЛ);
- ХГ;
- деменция при болезни Паркинсона (БП);
- прогрессирующий надъядерный паралич;
- кортико-базальная дегенерация;
- гепатолентикулярная дегенерация.

III. Вторичная деменция:

- деменция, вызванная цереброваскулярным заболеванием (сосудистая деменция);
- деменция, обусловленная инфекционными заболеваниями ЦНС (нейросифилис, ВИЧ, энцефалит, болезнь Крейтцфельда–Якоба);
- нормотензивная гидроцефалия;
- интракраниальные поражения:

- опухоль мозга и мозговых оболочек;
- субдуральная гематома;
- посттравматическая деменция;
- токсическая деменция:
 - алкогольная;
 - обусловленная интоксикацией, в том числе медикаментозной;
- деменция, обусловленная метаболическими/эндокринными расстройствами:
 - гипо- и гипертиреоз;
 - синдром Иценко–Кушинга;
 - гиперкальциемия;
 - болезнь Аддисона;
- деменция, обусловленная витаминной недостаточностью: витамина В₁₂, фолиевой кислоты, витамина В₆ (пеллагра), тиамин;
- деменция при системных аутоиммунных заболеваниях (рассеянный склероз, васкулиты);
- деменция, обусловленная органной недостаточностью (почечной, печеночной, сердечно-легочной).

IV. Сочетание БА и цереброваскулярного заболевания, БА и ДТЛ.

Потенциально обратимыми причинами вторичной деменции считаются следующие:

- депрессия (депрессивная псевдодеменция);
- расстройства сознания (спутанность);
- нормотензивная гидроцефалия;
- менигиома, субдуральная гематома и другие интракраниальные поражения;
- дисметаболические состояния (например, гипотиреоз, недостаточность витамина В₁₂ или фолиевой кислоты, гиперкальциемия);
- органная недостаточность (сердечная, легочная, почечная, печеночная);
- инфекции ЦНС (в том числе сифилис мозга, ВИЧ);
- побочные эффекты или передозировка лекарственных средств, иная интоксикация.

Дифференциальная диагностика

Диагностика деменции представляет собой двухэтапный процесс (рис. 1.1). На первом этапе устанавливается синдромальный диагноз деменции. Для этого необходимо оценить когнитивные функции пациента с помощью несложных тестов (например, MMSE), получить объективные анамнестические сведения со слов информанта (члена семьи, друга и т.п.) для оценки характера, продолжительности когнитивных нарушений и изменений в повседневной деятельности пациента.

На этом же этапе необходимо осуществить дифференциальную диагностику с расстройством сознания (делирием, спутанностью) и интоксикацией, поскольку эти состояния требуют неотложной медицинской помощи. Далее необходимо провести дифференциацию с депрессией (депрессивной псевдодеменцией), требующей проведения антидепрессивной терапии, и с синдромом мягкого когнитивного снижения (МКС).

На втором этапе диагностического процесса следует провести нозологическую оценку синдрома деменции. Прежде всего необходимо дифференцировать вторичную и первичную деменции, поскольку характер терапевтических мероприятий при них принципиально различается (рис. 1.2). В случае вторичной деменции выбор терапии зависит от конкретной причины, вызвавшей когнитивные расстройства, и нередко требует urgentного медицинского вмешательства (например, в случае опухоли мозга, инсульта, субарахноидального кровоизлияния, нормотензивной гидроцефалии).



Рис. 1.1. Схема первичной диагностической дифференциации когнитивных расстройств.



Рис. 1.3. Выявление и диагностика БА в первичной медицинской сети.

Наиболее значимая часть первичного диагностического процесса – разграничение БА с депрессией (депрессивной псевдодеменцией) и расстройством сознания (спутанность, делирий) у пожилого пациента – представлена в таблице 1.4.

Заболевания, которые наиболее часто протекают с клиническими проявлениями, сходными с симптомами БА:

1) другие заболевания ЦНС, способные вызывать когнитивный дефицит:

- ЛВД;
- сосудистая деменция;

Группа высокого риска развития болезни Альцгеймера: клинические и нейропсихологические особенности родственников 1-й степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера

Селезнева Н.Д., докт. мед. наук, Рощина И.Ф., канд. психол. наук

Поскольку у родственников 1-й степени родства пациентов с БА установлена бóльшая частота (55%) когнитивных дисфункций по сравнению с группой лиц соответствующего пола и возраста (20%) (Folstein M. et al., 1975) и при этом они нередко появляются уже в молодом или среднем возрасте, чрезвычайно важна как их ранняя диагностика, так и применение методов медикаментозной и немедикаментозной коррекции. Наиболее подвержены риску развития БА и раннему появлению когнитивных дисфункций родственники больных БА с ранним началом заболевания по сравнению с заболевшими в позднем возрасте и с группой контроля (Greenwood P.M. et al., 2005).

У кровных родственников пациентов с БА, отягощенных генетическим фактором риска по БА – генотипом ApoE4(+), риск развития БА гораздо выше по сравнению с родственниками, не имеющими аллеля $\epsilon 4$ в генотипе ApoE и по сравнению с группой контроля (Cupples L.A. et al., 2004; Payami H. et al., 1997).

У них также установлены более низкие показатели выполнения тестов, оценивающих вербальную память (запоминание и отсроченное воспроизведение), внимание, усвоение практических навыков и более выраженные зрительно-пространственные дисфункции (Caselli R.J. et al., 2004; Levy J.A. et al., 2004; Sager M.A. et al., 2005), а также специфические нарушения эпизодической памяти (опора на автоматические процессы узнавания, поверхностное кодирование стимулов) и специфическое снижение эффективности переключения между задачами (Величковский Б.М. и др., 2009; Рощина И.Ф. и др., 2009; Roschina I.F. et al., 2010), что свидетельствует об отрицательном влиянии носительства одного или двух аллелей $\epsilon 4$ гена

АроЕ на показатели когнитивного функционирования. Этим родственникам следует рассматривать как лиц с наиболее высоким риском развития болезни, которым необходимо возможно более раннее начало превентивных мероприятий, в том числе коррекционно-психотерапевтических и медикаментозных.

Клинико-психопатологическая и нейропсихологическая характеристики родственников 1-й степени родства больных БА с высоким риском развития БА показали большую частоту признаков конституциональной когнитивной недостаточности (68,7%). У таких лиц уже в детском или подростковом возрасте отмечались трудности освоения точных наук, запоминания цифрового материала, имен и фамилий, затруднения в ориентировке в пространстве. Они плохо запоминали лица, с трудом усваивали мануальные навыки, у них нередко наблюдалась корявость почерка и моторная неловкость. Чаще всего в школьные годы выявлялось присутствие только одного из признаков конституциональной когнитивной недостаточности (26,1%), реже одновременно присутствовали 2 (19,4%) или 3 (17,2%) вида когнитивных дисфункций.

При клиническом обследовании более чем у 2/3 родственников больных БА объективно выявляются признаки дефицитности когнитивных функций: нарушения концентрации внимания и трудности усвоения новой информации. Такие лица сами жаловались на сложности усвоения новой информации на протяжении последних 2–4 лет, значительно реже они отмечали появившиеся в течение последних 2–4 лет затруднения в припоминании событий отдаленного прошлого. У половины из них установлены более низкие (на 2–3 балла из 30 возможных) по сравнению с группой возрастного контроля суммарные оценки по шкалам, оценивающим общий уровень когнитивного функционирования (в частности, по шкале MMSE или MoCA).

При нейропсихологическом обследовании у таких родственников больных БА выявлялись затруднения при выполнении комплекса проб на определение уровня оптико-пространственной деятельности (в тестах на самостоятельный рисунок геометрических фигур и рисунок геометрических фигур по речевой инструкции). Они с ошибками выполняли пробы Хэда, направленные на диагностику пространственной организа-

ЛИТЕРАТУРА

- Андрусенко М.П.* Клинико-психопатологические особенности маниакальных состояний в позднем возрасте // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1986. – №86 (4). – С. 541–547.
- Афтанас Л.И.* Депрессия и нейродегенерация: новые стратегии диагностики и терапии // Наука из первых рук. – 2017. – №1. – С. 41–49.
- Божко О.В., Михайлова Н.М., Савватеева Н.Ю.* Клинико-томографические корреляции смешанных деменций альцгеймеровско-сосудистого генеза // Психиатрия. – 2010. – №4 (46). – С. 12–21.
- Брюн Е.А.* Об одной форме тактильных обманов в возрасте обратного развития (сенестопатический галлюциноз) / В кн.: «Инволюционные психозы». – М., 1979. – С. 23–27.
- Бэддели А.* Рабочая память / В кн.: «Психология памяти». Под ред. Ю.Б.Гиппенрейтер, В.Я.Романова. – М.: Астрель, 2008. – С. 436–461.
- Величковский Б.М., Боринская С.А., Вартанов А.В. и др.* Нейрокогнитивные особенности носителей аллеля $\epsilon 4$ гена аполипопротеина Е (APOE) // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2009. – №2 (4). – С. 25–37.
- Волкова Л.И., Скульская Н.И., Куцанова А.М. и др.* Эффективность применения мемантина (акатинола) при различных типах и степени тяжести деменции (результаты многоцентрового клинического исследования в Уральском регионе) / В кн.: «Когнитивные расстройства: современные аспекты диагностики и лечения». – 2005. – С. 33–36.
- Воронина Е.О., Будза В.Г.* О некоторых клинико-психопатологических особенностях сенильной деменции альцгеймеровского типа, протекающей в сочетании с сосудистой патологией мозга // Психиатрия. – 2005. – №4. – С. 25–34.
- Гаврилова С.И.* Болезнь Альцгеймера (деменция альцгеймеровского типа) / В кн.: «Нейродегенеративные болезни и старение». Под ред. И.А.Завалишина, Н.Н.Яхно, С.И.Гавриловой. – М., 2001. – С. 9–79.
- Гаврилова С.И.* Клинико-эпидемиологические исследования шизофрении в позднем возрасте / В кн.: «Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте». Под ред. Э.Я.Штернберга. – М.: Медицина, 1981.