

ДЕМЕНЦИЯ

М. А. Березовская
КрасГМУ, кафедра психиатрии
и наркологии с курсом ПО

ИСТОРИЯ



Аристотель (384-322 до н.э.) – древнегреческий философ и учёный

«Senectus ipsa morbus est»
- старение и болезнь идут
рядом

Формы душевных заболеваний:

- **Деменция**
- Меланхолия
- Мономания
- Мания
- Умственное недоразвитие

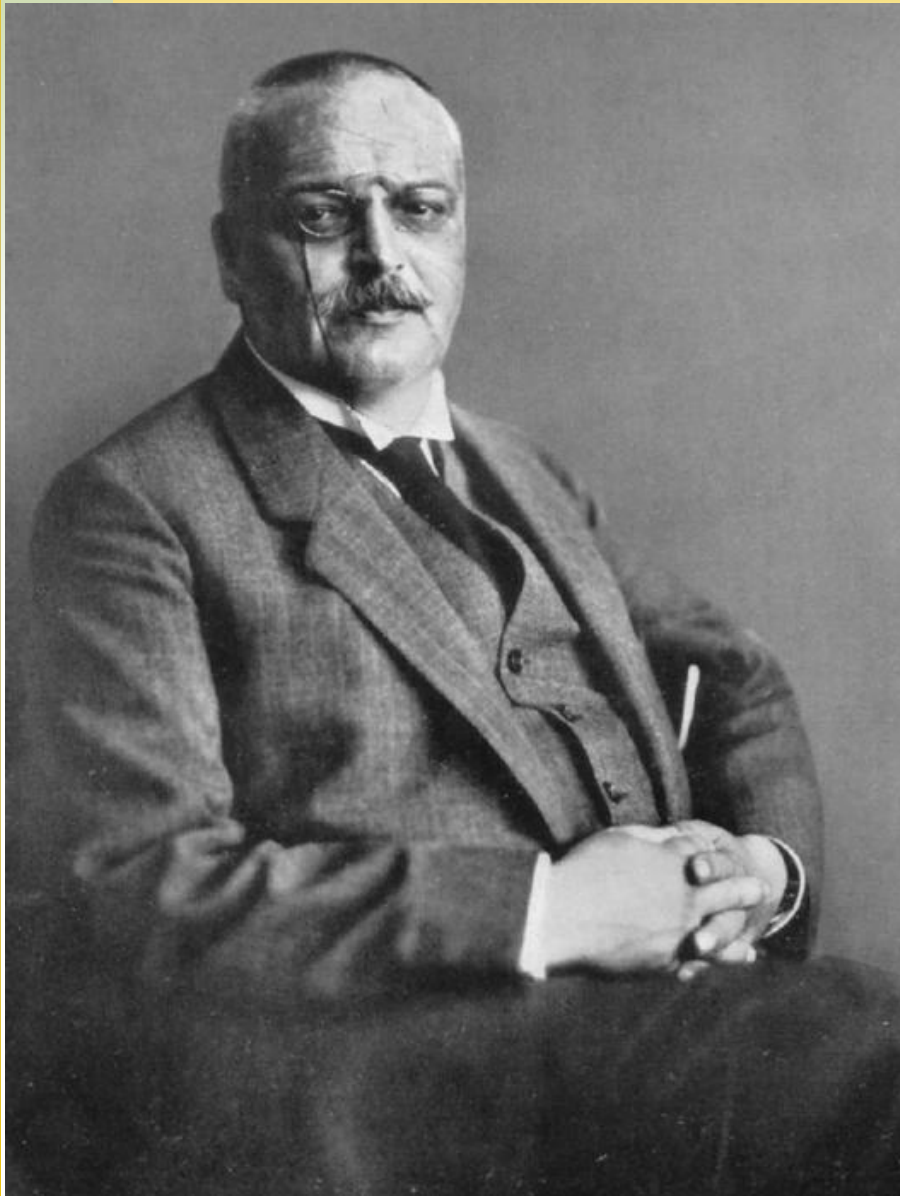
Жан-Этьен Доминик Эскироль (1772-1840) – французский психиатр, автор первого научного руководства по психиатрии, открыл первое официальное преподавание психиатрии во Франции, реформатор психиатрии





«Головной мозг в пожилом возрасте подвергается обратному развитию в рамках общих инволютивных изменений»; «в отношении дегенеративного процесса медицина бессильна» (1890г.)

РИХАРД КРАФТ-ЭБИНГ,
(1840–1902), немецкий
психиатр и невропатолог



Алоиз Альцгеймер в 1906 году описал «своеобразное заболевание коры головного мозга», которое позже было названо его именем

«Старческое слабоумие является самым распространенным нейропсихиатрическим заболеванием»

Алоиз Альцгеймер (1864-1915) – немецкий психиатр и невролог

Эмиль Крепелин выделил пресенильную деменцию в отдельную нозологическую форму и обозначил ее как **болезнь Альцгеймера**

ЭМИЛЬ КРЕПЕЛИН
(1856-1926), немецкий психиатр



Синдром деменции —

**тяжелое органическое поражение
головного мозга, приводящее к
значительному снижению умственных
способностей и тем самым — к
стойкому нарушению повседневной
активности**

Критерии деменции согласно МКБ-10

- Неуклонное снижение памяти, что приводит к нарушениям в повседневной деятельности. Память преимущественно нарушается на недавние события.
- Снижение интеллектуальных способностей (нарушение способностей к логическому мышлению и умозаключениям)
- Отсутствие данных за наличие делирия
- Снижение аффективного контроля (аффективное недержание), грубое социальное поведение, снижение стимулов и мотивации
- Указанные признаки должны присутствовать не менее 6 месяцев

Умеренные когнитивные нарушения

УКН – когнитивные нарушения, которые вызывают **субъективное беспокойство** и подтверждаются объективно (выходят за рамки возрастной нормы), но **не влияют на повседневную деятельность** (работа, домашние обязанности, самообслуживание)

Диагностические критерии УЖН

- ✓ Когнитивные нарушения по словам пациента или родственников
- ✓ Нейропсихологическое подтверждение когнитивных нарушений
- ✓ Жалобы на повышенную утомляемость при выполнении умственной работы
- ✓ Ухудшение когнитивных способностей по сравнению с недавним прошлым
- ✓ Отсутствие выраженных нарушений повседневной активности
- ✓ Отсутствие деменции

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ФОРМУЛИРОВКИ



- ✓ Синдром «доброкачественной старческой забывчивости» (1962, Kral W.)
- ✓ Синдром «возрастных нарушений памяти» (1986, ИПЗ США)
- ✓ Возрастные когнитивные нарушения
- ✓ «mild cognitive impairment»
- ✓ Умеренные когнитивные нарушения
- ✓ Мягкое когнитивное снижение

УКН ОТМЕЧАЕТСЯ У 11-17% ПОЖИЛЫХ



«Альцгеймер-плюс»

- В головном мозге могут параллельно развиваться различные «перекрывающиеся» друг друга или взаимодействующие друг с другом патологические процессы нейродегенеративной, сосудистой или иной природы, что приводит к сложной клинической картине, которая может не укладываться в рамки одной нозологической формы.
- Возможность подобной церебральной коморбидности следует учитывать при диагностике и лечении пациентов с когнитивными нарушениями.

Основные причины деменции

(Гаврилова С.И., Калын Я.Б., 2002)

■ Болезнь Альцгеймера	43%
■ Сосудистая церебральная патология	33%
■ Смешанная (сосудисто-атрофическая)	8%
■ Сложного генеза	11%
■ Другого генеза	5%

Основные причины вторичной деменции

- Опухоль головного мозга
- ЧМТ (субарахноидальное кровоизлияние)
- Органная недостаточность
- Метаболические токсические нарушения
- Интоксикации (в т. ч. медикаментозные)
- Онкологические (внецеребральные) заболевания
- Инфекционные заболевания (сифилис, СПИД, хронический менингит)

Некогнитивные (психопатологические) нарушения

- Апатия и депрессия
- Галлюцинации
- Бредовые идеи
- Беспокойство
- Эпизоды психомоторного возбуждения
- Раздражительность
- Агрессивное поведение

- Строго очерченные психопатологические синдромы органической природы в этиологическом отношении не являются специфическими
- Подтверждается закономерность, установленная К. Vonhoefffer (1908, 1910г.), об ограниченном типе реакций мозга на экзогенные вредности, когда разные по природе этиологические факторы могут приводить к сходным и однотипным психопатологическим феноменам
- Для лечения органических заболеваний с психопатологическими расстройствами, несмотря на различие в их этиологии, могут и должны применяться одни и те же группы препаратов с эффектами, направленными в первую очередь на нормализацию метаболизма и улучшение кровотока, а также на усиление нейропластичности головного мозга.

Современные стратегии терапии КОГНИТИВНЫХ расстройств

- Нейротрофическая и нейропротективная терапия
Сохранение жизнеспособности нейронов
- Заместительная терапия
Преодоление нейротрансмиттерного дефицита
- Глутаматергическая терапия
Ингибирование эксайтотоксических реакций
- Антиоксиданты
- Лечение сопутствующих заболеваний и факторов риска
- Симптоматическая терапия психотропными препаратами

Нейротрофическая и нейропротективная терапия

- Коррекция нарушений свободно-радикальных процессов
- Коррекция нарушений гомеостаза кальция
- Улучшение мозгового метаболизма
- Улучшение церебральной гемодинамики
- Подавление активации глиальных клеток

Кортексин

- Комплекс низкомолекулярных белков, выделенных из коры головного мозга крупного рогатого скота, проникающих через ГЭБ непосредственно к нервным клеткам
- Относится к классу цитомединов, т.е. воздействует преимущественно на клетки головного мозга

Фармакодинамика Кортексина

- **Ноотропное действие** – улучшает высшие функции головного мозга, процессы обучения и памяти, концентрацию внимания, устойчивость при различных стрессовых воздействиях.
- **Нейропротективное действие** – защищает нейроны от поражения различными эндогенными нейротоксическими факторами (глутамат, ионы кальция, свободные радикалы), уменьшает токсические эффекты психотропных веществ.
- **Антиоксидантное действие** – ингибирует перекисное окисление липидов в нейронах, повышает выживаемость нейронов в условиях оксидативного стресса и гипоксии.
- **Тканеспецифическое действие** – активирует метаболизм нейронов ЦНС и периферической нервной системы, репаративные процессы, способствует улучшению функций коры головного мозга и общего тонуса нервной системы

Кортексин

- *В/м*, однократно ежедневно (содержимое флакона перед инъекцией растворяют в 1-2 мл 0,5% раствора новокаина, воды для инъекций или 0,9% раствора натрия хлорида) в дозе 10 мг в течение 10 дней
- Повторный курс через 3-6 месяцев



Коррекция холинергической недостаточности

- **Ингибиторы ацетилхолинэстеразы –**
частично возмещают недостаточность
ацетилхолина в коре больших полушарий
путем блокады гидролизующего его
фермента
 - донепезил
 - ривастигмин
 - галантамин

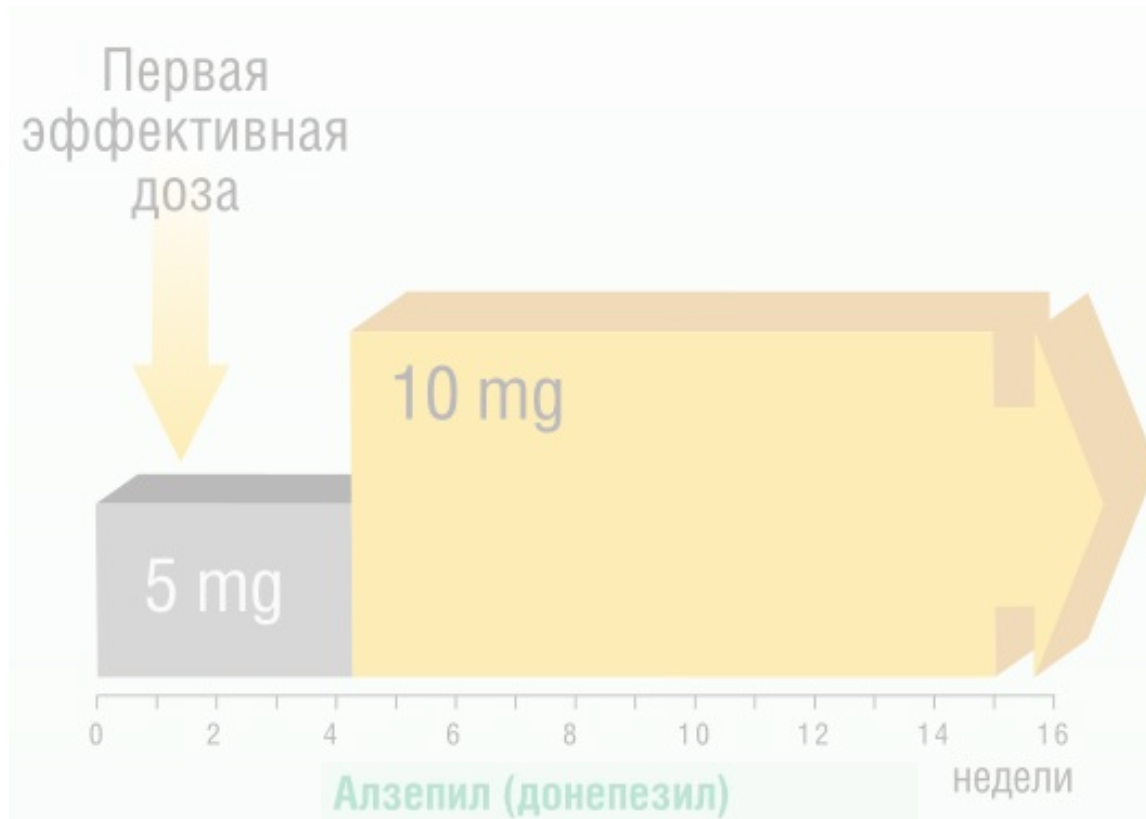
Донепезил (Алзепил)

- Ингибирует холинэстеразу и блокирует распад ацетилхолина, осуществляющего нормальную передачу в ЦНС
- Замедляет прогрессирование деменции, уменьшает выраженность когнитивных симптомов (по данным теста Folstein)
- В ряде случаев восстанавливает дневную активность больных и облегчает уход за ними

Алзепил (Донепезил)

- Максимальная концентрация алзепила в плазме крови достигается спустя 3-4 часа после приема внутрь
- Прием пищи не влияет на всасывание алзепила
- Период полувыведения (> 70 часов) позволяет принимать препарат один раз в день

РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ АЛЗЕПИЛА



Донепезил (Алзепил)

- Легкий подбор дозы (первые 4 недели – 5 мг/сутки, затем 10 мг/сутки)
- Легкий прием для пациентов (1 таблетка х 1 раз в день перед сном)
- Эффективен при умеренных когнитивных нарушениях и деменции



Атипичные антипсихотики

- Могут быть назначены для лечения **нарушений мотивационной сферы и поведения**, если уход за пациентом и применение антидементных препаратов не дают удовлетворительного результата
 - рисперидон (рилептид) 0,5-2,0 мг/сутки
 - кветиапин (кетилепт) 25 мг/сутки, увеличивая дозу на 25 мг ежедневно до 100 мг
 - оланзапин (эголанза) 5-10 мг/сутки

Антидепрессанты

- Предпочтение отдается селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС) или серотонина и норадреналина (СИОЗСиН), которые не вызывают антихолинергических побочных эффектов
- СИОЗС: сертралин (**стимулотон**), пароксетин, циталопрам, флуоксетин
- СИОЗСиН: венлафаксин (**велаксин**), милнаципран, дулоксетин

Бензодиазепины

- Спектр показаний ограничен острыми состояниями **тревоги и возбуждения**, а также **расстройствами сна**
- Из-за высокого риска развития зависимости и парадоксальных побочных эффектов (спутанность, усугубление когнитивных нарушений, повышенная склонность к падениям) рекомендуется назначать препараты **короткого действия** (лоразепам, оксазепам) и на **четко ограниченный период времени** (несколько дней)

Лечение считается успешным, если:

- симптомы болезни и функциональная несостоятельность уменьшаются
- сохраняются стабильными на протяжении времени
- нарастают, но медленнее, чем это ожидалось бы без лечения

ВЫВОДЫ

- Деменция является заболеванием, которое не следует игнорировать
- Лечение деменции следует начинать как можно раньше
- Лечение всех стадий деменции является обязанностью и этическим долгом врача



С ПРАЗДНИКОМ !!!