

Соколова И.В., Сиденкова А.П.

Психопатологические особенности синдрома деменции в позднем возрасте

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», г. Екатеринбург

Sokolova I.V., Sidenkova A.P.

Psychopathological features of the syndrome of dementia in later life

Резюме

Психотические расстройства при деменциях, являясь факультативными психопатологическими симптомами, осложняют течение основного когнитивного расстройства, являются частыми причинами госпитализации, дезадаптируя пациента, его окружение. Целью настоящего исследования явилось изучение факультативных психопатологических компонентов синдрома поздней деменции. Представлены результаты сравнительного выборочного бесповторного наблюдательного исследования пациентов, страдающих тяжелыми когнитивными расстройствами с психотической симптоматикой и без нее. Выявлены достоверные статистические различия по параметрам наследственной отягощенности, в структуре нейропсихологического профиля у пациентов групп исследования.

Ключевые слова: деменция, психозы позднего возраста

Summary

Psychotic frustration at dementias, being facultative psychopathological symptoms, complicate the course of the main cognitive frustration, are the frequent reasons of hospitalization, deadapting the patient, his environment. The purpose of the real research was studying of facultative psychopathological components of a syndrome of late dementia. Results of comparative selective repetition-free observation research of the patients suffering from heavy cognitive frustration with psychotic symptomatology and without it are presented. Reliable statistical distinctions on parameters of a hereditary otyagoshchennost, in structure of a neuropsychological profile at patients of groups of research are revealed.

Keywords: dementia, psychoses of late age

Введение

Исследование вопросов старения становится все более актуальным по мере увеличения средней продолжительности жизни населения. Согласно оценкам геронтологов, в настоящее время продолжается рост доли пожилых людей в популяции [1].

Так, если в начале 20-го века в развитых странах лица старше 65 лет составляли 4-5% населения, то к настоящему времени этот показатель достиг 15-16%, а в некоторых странах (Великобритания, Бельгия) 18-19%. В ближайшие годы прогнозируется дальнейшее «постарение» популяции [1], причем наибольший рост в развивающихся странах [2].

С увеличением возраста населения растет число психически больных, а также психических нарушений у пожилых людей (собственно функциональные психозы позднего возраста и слабоумие, эндогенные и реактивные психозы, пограничные состояния и психосоматические расстройства), что делает актуальной задачу оказания медико-социальной помощи пожилым и старым людям [3, 4].

Одним из приоритетных направлений современной геронтопсихиатрии является изучение психозов позднего возраста в силу значительного удельного веса данной

патологии в популяции лиц старших возрастных групп [5]. Психотические расстройства приводят к частой госпитализации в специализированные геронтологические психиатрические стационары [6]. Общие закономерности взаимодействия психического и соматического функционирования при психозах [7,8], особенно в позднем возрасте, детерминируют актуальность специализированной помощи при их курации [9]. Психотические расстройства (болезненные идеи, расстройства восприятия, патологический аффект, нарушенное поведение и др.) детерминируют интенсивность нагрузки на родственников пациента, медицинский персонал, окружающих лиц, стойко дезадаптируя, самого больного и контактирующих с ним людей [6].

Результаты трехлетнего катamnестического анализа течения психических заболеваний у лиц старше 85 лет, проведенного Цстling и Skoog (2002), выявили высокую частоту распространенности психотических эпизодов в данной возрастной группе, достигающую 7,1-13,7%, кроме того, рядом автором [10] выявлена высокая степень сопряженности расстройств восприятия, параноидного синдрома с повышенной заболеваемостью деменцией и смертностью в течение трех лет.

Таблица 1. Половой состав обследованных пациентов основной и контрольной группы

Основная группа (n=105)		Контрольная группа (n=56)	
Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
26 (24,8%)	79 (75,2%)	16 (28,6%)	40 (71,4%)

По данным Hofman A. с соавт. (1991) деменция имеет место приблизительно у 5 % населения в возрасте до 65 лет. К 85 годам ее распространенность достигает 25%. Эти данные получены на основании популяционных исследований в Европе, что подтверждают и более современные исследования [11]. Трудно выполнить подобные оценки в регионах мира с умеренными и низкими доходами, поскольку доступные данные весьма ограничены [12]. В России в 2006 г. проживало 1 млн 850 тысяч людей, страдающих деменцией: из них 1 млн 126 тысяч с легкой степенью и 724 тысячи с умеренной и тяжелой степенью заболевания [13]. Выказано предположение, что число больных с деменцией во всем мире на протяжении трех следующих десятилетий вырастет в четыре раза, и к 2041 году достигнет 81 миллиона, из которых 2/3 будут составлять жители развивающихся стран [13]. Следует отметить, что деменции чаще всего имеют прогрессирующее течение и тесно связаны с пожилым возрастом [1].

Большинство авторов отмечают преобладание болезни Альцгеймера среди возможных причин деменций, по результатам эпидемиологических исследований на ее долю приходится 47,5—51,3 % всех случаев деменций [15-19]. Другие ученые указывают на преобладание сосудистой деменции [1, 20, 21]. Заболеваемость сосудистой деменцией в общемедицинской практике достигает 22%, средний возраст обследованных составляет 53,0±19,2 года. Установлено, что случаи сосудистой деменции накапливаются не только в неврологическом отделении (33% от числа обследованных), но и в кардиологии (10%), а также в общей терапии (8%) [22,23]. По данным ряда авторов сосудистая деменция составляет 8-33% от всех деменций [24,25]. Jellinger K. (2007) [26] в патоморфологическом исследовании обнаружил, что смешанная форма деменции составила приблизительно 50% случаев деменции.

Распространенность психоза среди лиц с болезнью Альцгеймера колеблется от 30 до 50% [12]. Bassiony M.M. с соавт. (2000) [27] в популяционном исследовании болезни Альцгеймера сообщили о том, что у трети участников были данные о психотической симптоматике, при этом бредовые идеи наблюдались чаще, чем галлюцинации [10].

Результаты эпидемиологического исследования "КОМПАС" позволяют предполагать, что сосудистая деменция может влиять на уровень обращений больных за медицинской помощью, способствовать их инвалидизации, что свидетельствует о значительных экономических потерях [23, 28]. В России медицинские затраты на содержание пациентов с деменцией в 2006 г. составили 74,8 млрд рублей или 2,9 млн долларов в год [13].

По данным Каминского Ю.Г. и Косенко Е.С. (2008) болезнь Альцгеймера считается четвертой по значимости причиной смерти в развитых странах, общая численность таких больных составляет около 4 млн. человек. По данным других исследователей средняя продолжительность жизни пациентов с сосудистой деменцией после постановки диагноза составляет около 5 лет, что меньше, чем продолжительность жизни пациентов с болезнью Альцгеймера (около 6 лет) [29]. Доказано, наличие деменции не только снижает адаптацию человека в обществе, но и в 2,5 раза увеличивает смертность по сравнению с лицами без таковой [30,31].

Целью настоящего исследования явилось изучение факультативных психопатологических компонентов синдрома поздней деменции.

Материалы и методы

В сравнительное выборочное бесповторное наблюдательное исследование пациентов на основе добровольного информированного согласия включены 161 пожилых людей обоего пола - из них 105 пациентов (основная группа) в возрасте 61-81 лет с выявленной деменцией с психотическими (бредовыми) симптомами. Контрольную группу составили 56 человек в возрасте от 56 до 78 лет с деменцией без клинических проявлений бредовых симптомов. Все участники исследования находились на момент оценки их состояния на стационарном лечении в специализированном геронтологическом отделении в период 2012-2013 гг. Половой состав обследуемых пациентов представлен в табл. 1.

Проводилось динамическое клинико-anamnestическое, клинико-психопатологическое, нейропсихологическое и психометрическое исследования. Основным инструментом исследования явилась «Карта стандартизированного описания лица, участвующего в исследовании», разработанная с учетом целей и задач настоящего исследования, включающая помимо анамнестических сведений валидизированный психометрический инструмент - «Краткую шкалу оценки психического статуса» (Mini-Mental State Examination, MMSE), предназначенную для нейропсихологической структуризации когнитивных нарушений и их ранжирования [29], «Нейропсихологическую анкету (NPI)», позволяющую выявлять психопатологические симптомы у пациентов с деменциями. Результаты обрабатывались с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 и приведены в форме M±σ, достоверность считалась при P<0,05.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного исследования, анализа клинических данных, полученных при анамнестическом

Таблица 2. Наследственная отягощенность психическими заболеваниями у лиц пожилого возраста

Патогенные факторы	Количество наблюдений				
	Основная группа (n=105)		Контроль (n=56)		P
	Абс	%	Абс	%	
Не отягощена	37	35,2	7	12,5	P<0,0001
Психотические расстройства у родственников	49	46,7	21	37,5	P<0,0001
Деменция со стороны близких родственников	5	4,8	20	35,7	P<0,0001
Деменция у дальних родственников	12	11,4	8	14,3	P<0,0001
Другие психические расстройства у родственников	2	1,9	0	0	P<0,0001
Всего	105	100	56	100	P<0,0001

исследовании 105 пожилых людей с деменцией с психотическими (бредовыми) симптомами, выявил наследственную предрасположенность у 68 (64,8%) пациентов. Что не противоречит данным других исследователей [4,2 7].

Таким образом, при анализе анамнестических данных установлено, что наследственная предрасположенность по деменции со стороны родственников прослеживалась у 17 больных исследуемой группы (16,2%), психотические расстройства у 49 пациентов (46,7%), другие психические расстройства выявлялись в 2 случаях (1,9%). При сравнении с контрольной группой определялась высокая статистическая достоверность различий (P<0,0001).

При изучении и анализе данных стандартизованных карт о манифестации и продолжительности течения психозов у наблюдаемых нами пожилых людей, получены результаты, которые представлены в таблицах 3,4.

Как следует из таблицы, выявляются два возрастных «пика» манифестации болезненных симптомов у пациентов основной группы – 61-65 лет - у 31 пациента (29,5%) и 76-80 лет - у 29 (27,6%) больных на 76-80 году

жизни. У пациентов группы сравнения выделен другой «пик» манифестации болезненной симптоматики: 66-75 лет, данные различия определялись с высокой статистической достоверностью различий (P<0,0001).

На момент исследования продолжительность заболевания у 81 (77,1%) пациентов основной группы составляла 1-2 года, у 15-ти (14,3%) менее года. При сравнении с контрольной группой определялась высокая статистическая достоверность различий (P<0,0001).

По данным историй болезни 39 (57,4%) пациентов основной группы получали симптоматическую терапию по поводу сопутствующей соматической и неврологической патологии, 38 (36,2%) принимали психофармакотерапию. Данные представлены в таблице 5.

При сравнении с контрольной группой определялась высокая статистическая достоверность различий (P<0,0001). Достоверно большее число пациентов с психотической симптоматикой до начала исследования получали психофармакотерапию, меньшее их число оказывались вне терапевтических воздействий, при этом базовую противодементную терапию получало сопоставимое число больных в обеих группах исследования. Малый

Таблица 3. Манифестация заболевания у лиц позднего возраста

Возраст дебют болезни	Количество наблюдений				
	Основная группа (n=105)		Контроль (n=56)		P
	Абс	%	Абс	%	
60 лет и менее	9	8,6	9	16,1	P<0,0001
61-65 лет	31	29,5	7	12,5	P<0,0001
66-70 лет	23	21,9	12	21,4	P<0,0001
71-75 лет	9	8,6	21	37,5	P<0,0001
76-80 лет	29	27,6	7	12,5	P<0,0001
81-85 лет	2	1,9	0	0	P<0,0001
86 и более лет	2	1,9	0	0	P<0,0001
Всего	105	100	56	100	P<0,0001

Таблица 4. Продолжительность болезни у лиц позднего возраста до включения в исследование

Продолжительность болезни	Количество наблюдений				P
	Основная группа (n=105)		Контрольная группа (n=56)		
	Абс.	%	Абс	%	
Менее года	15	14,3	29	51,8	P<0,0001
1-2 года	81	77,1	25	44,6	P<0,0001
3-5 лет	8	7,6	2	3,6	P<0,0001
5-7 лет	1	1,0	0	0	P<0,0001
Всего	105	100	56	100	P<0,0001

Таблица 5. Терапия до включения в настоящее исследование

Признак	Основная группа (n=105)		Контрольная группа (n=56)		P
	Абс.	%	Абс	%	
Нет лечения	25	23,8	24	42,9	P<0,0001
Симптоматическая терапия	39	37,1	29	51,8	P<0,0001
Заместительная терапия	3	2,9	2	3,6	P<0,0001
Психофармакотерапия	38	36,2	1	1,8	P<0,0001
Всего	105	100	56	100	P<0,0001

Таблица 6. Нарушения праксиса у пожилых пациентов с деменцией

Нарушение праксиса	Основная группа (n=105)		Контрольная группа (n=56)		P
	Абс.	%	Абс	%	
Отсутствие	63	60,0	51	91,1	P<0,0001
Парциальная апраксия	42	40,0	5	8,9	P<0,0001
Тотальная апраксия	0	0	0	0	P<0,0001
Всего	105	100	56	100	P<0,0001

удельный вес назначений симптоматической терапии в основной группе, возможно, свидетельствует о высокой идентификации расстройства как психической патологии с адресным обращением за специализированной психиатрической помощью.

При изучении оценки когнитивного функционирования больных позднего возраста с деменцией с психотическими симптомами к началу исследования в 100% случаев выявлялась легко выраженная деменция (MMSE 20-23 балла) (ранжирование по шкале MMSE в соответствии с разработками авторов шкалы M.F. Folstein et al. (1995) [27]. Анализ нарушений когнитивных функций пациентов групп исследования со статистически значимой достоверностью (P<0,0001) показал, что в основной группе наиболее уязвимыми являлись параметры концентрации внимания и счета (49%), отсроченного воспроизведения информации (83,8%), парциальных поражений праксиса (Таб.6).

Заключение

На основании проведенного исследования установлено, что в развитие психопатологических особенностей синдрома деменции в позднем возрасте большое значе-

ние имеет наследственная предрасположенность. Первые признаки деменции с психотическими симптомами проявляются у лиц 61-65 лет. Уже на 1-2 году заболевания 77,1% пациентов обращаются за медицинской помощью. Психозы у пожилых протекают с нарушением когнитивного функционирования легкой степени выраженной деменции. При изучении праксиса в 40% случаев выявлялась парциальная апраксия. Эти данные иллюстрируют необходимость комплексной оценки состояния здоровья при психических заболеваниях позднего возраста с учетом факторов наследования, когнитивного профиля, лекарственного анамнеза.■

Соколова И.В., аспирант кафедры психиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», г. Екатеринбург; Сиденкова А.П., доктор медицинских наук, доцент кафедры психиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Сиденкова Елена Петровна, E-mail: sidenkovs@mail.ru

Литература:

- Буркин М.М., Теревников В.А. Деменция позднего возраста. Уч. пособие. Петрозаводск, 2004.
- Kaage C., Gabriele D., Roland R., James W.V. Ageing populations: the challenges ahead. Lancet 2009; 374:1196-208.
- Семенова Н.В., Задорожная Е.В. Новые возможности биопсихосоциальной коррекции психозов позднего возраста на примере терапии кветиапином // Психиатрия и психофармакотерапия. 2006. — Т. 8. -у 6. - С. 44-49.
- Гуткевич Е.В., Семке В.Я., Семке А.В. Семья психически больного в системе социальных координат (Российские исследования). Семейно-генетический кризис // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. у 1. С. 71-76.
- Михайлова Н.М. Психические расстройства у пациентов геронтопсихиатрического кабинета общесоматической поликлиники (клинико-статистический и лечебно-организационные аспекты): Автореф. дисс. д.м.н. М., 2000. 43с.
- Сиденкова А.П. Болезнь Альцгеймера. Клинические типы. Стадии деменции. Структура синдрома.- Екатеринбург: УГМА, 2012.-123с.
- Семке А.В., Мальцева Ю.Л. Соматические расстройства при шизофрении/Метод.пособие Российская акад. медицинских наук, Сибирское отделение, Учреждение Российской акад. медицинских наук НИИ психического здоровья Сибирского отделения РАМН. Томск, 2009.
- Гарганеева Н.П., Тетенов Ф.Ф., Семке В.Я., Леонов

- В.П. Артериальная гипертония как психосоматическая проблема//Клиническая медицина. 2004. Т. 82. № 1. С. 35-42.
9. Румянцева О.С. Эффективность геронтопсихиатрической помощи в ПНД при различных формах ее организации (сравнительное клинико-эпидемиологическое исследование) / Автореф. на соиск.учст.к.м.н.М., 2007.
 10. Salman Karim, Eleanor J. Byrne// Лечение психоза у лиц пожилого возраста/ *Advances in Psychiatric Treatment* 2005; 11: 286-296.
 11. Шанина Т.В., Гудкова В.В., Стаховская Л.В. Влияние когнитивных расстройств на эффективность ранней реабилитации пациентов, перенесших инсульт//Справочник поликлинического врача (репринт)/№5.-2011.
 12. Sahathevan R., Brodtmann A., Donnan G.A. Dementia, stroke, and vascular risk factors: a review. *International Journal of Stroke* 2012, Vol. 7, Issue 1, p.61-73 34.
 13. Белоусов Ю.Е. Сравнительная фармако-экономическая оценка современных препаратов для терапии болезни Альцгеймера, Отчет РГМУ, Российского общества клинических исследований, ООО «Центр фармакоэкономических исследований», 2007.
 14. Ferry C.P., Prince M., Braune C. et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366:2112-7.
 15. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. 2-е издание. М. Изд-во «Пuls», 2007. 360с.
 16. Дамулин И.В. Деменции: некоторые аспекты диагностики и лечения. М, 2007.
 17. Гаврилова С.И., Левин О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике. М. «МЕДпресс-информ», 2010.
 18. Левин О.С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции. - 5-е изд.- М.: МЕДпресс-информ, 2012.-192с.:ил.
 19. Legatt M. Families and mental health workers: the need for partnership//*World psychiatry* 2005; 11. pp. 32-34.
 20. Заридзе Д. Сверхвысокая смертность населения России//*Мед.вестн.*, 2006.-№18.-С.4-5.
 21. Popacki A., Jeste D. Epidemiology of and Risk Factors for Psychosis of Alzheimer's Disease//*American Journal of Psychiatry* 2005;162: 2-25-2030.
 22. Дробижев М.Ю. Распространенность психических расстройств в общемедицинской сети и потребность в психофармакотерапии. *Психиатрия и психофармакотер.* 2002; 5: 175-80.
 23. Дробижев М.Ю., Макух Е.А., Дзантиева А.И. Сосудистая деменция в общей медицине (аспекты эпидемиологии, бремени болезни, терапии). *consilium-medicum* 5/2006.
 24. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С. Сосудистая деменция и эффективность применения препарата Церебролизин//*Психиатрия и психофармакотерапия.* - Том 13.-№3.-2012 (репринт).
 25. Qui C., De Ronchi D., Fratiglioni L. The epidemiology of dementia: an update. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:380-5.
 26. Jellinger K. The enigma of mixed dementia. *Alzheimers Dement* 2007; 3:40-53.
 27. Bassiony, M. M., Steinberg, M. S., Warren, A., et al (2000) Delusions and hallucinations in Alzheimer's disease: prevalence and clinical correlates. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 99-107.
 28. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Предварительные результаты программы КОМПАС. *Кардиология*. 2004; 1: 48-55.
 29. Leys D., Englund E., Erkinjuntti T. Vascular dementia. /In: Evidence-based Dementia Practice. Ed. by N.Qizilbash et al. -Oxford etc.: Blackwell Science, 2002. -P.260-287.
 30. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P R Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.// *JPsychiatrRes.* 1975. 12: 189-198.
 31. Gatz M., Reynolds C., Fiske A., Pedersen N. Role of Genes and Environments for Explaining Alzheimer Disease // *Archives of General Psychiatry* 2006; 636 168-174.