

Особенности диагностики поздних деменций в условиях амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы

М. В. Жмудь, Б. Е. Потемкин, А. П. Сиденкова

Features of diagnostics late dementia in conditions of out-patient forensic psychiatric examination

M. Zhmud, B. Potyomkin, A. Sidenkova

Резюме

Современная социально-демографическая ситуация определяет характерный сдвиг интереса исследователей в сторону психических расстройств позднего возраста не только в клинической, но и в судебно-психиатрической практике, что актуализирует цель настоящего исследования: определить особенности диагностики поздних деменций в условиях судебно-психиатрической экспертизы. Применялись клинико-психопатологический, психометрический, статистический методы исследования. Выявлен низкий уровень распознавания когнитивных нарушений как болезненных на до-экспертном этапе как лицами из ближайшего окружения больного, так и специалистами общемедицинских профилей. Появление психотических феноменов увеличивает вероятность обращения за психиатрической помощью и возрастает выявляемость когнитивных расстройств.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза при деменции, выявляемость когнитивных расстройств у пожилых

Summary

The modern socially-demographic situation defines characteristic shift of interest of researchers aside mental frustration of late age not only in clinical, but also in forensic psychiatric. The purpose of the research: to define features of diagnostics late dementia in conditions of out-patient forensic psychiatric examination. The physicians and caregivers do not recognize disorders of cognitive functions. Occurrence psychiatric phenomena increases probability of the reference behind the psychiatric help and detectability cognitive frustration increases.

Key words: forensic psychiatric examination of dementia, detectability cognitive frustration at elderly.

Введение

Для современного общества характерен удельный рост числа лиц старших возрастных групп в сравнении с численностью граждан младшего возраста. По данным Всероссийской переписи населения 2002 года численность россиян пенсионного возраста составила 29,8 млн., а их доля во всем населении — 21%. Высокий процент лиц поздних возрастных групп в населении

ведет к повышению удельного веса психически больных пожилого и старческого возраста [3,11,12,13].

С каждым годом растет число исследований психических заболеваний пожилого возраста. В числе последних обычно рассматриваются сосудистые заболевания головного мозга, инволюционные депрессии, параноиды (функциональные психозы в терминологии зарубежных авторов) и другие психические заболевания с поздним дебютом (поздняя шизофрения) [2,11,14,15]. Большое внимание уделяется проблеме слабоумия, развивающегося в позднем возрасте [2,3,7,11,12,13]. Активно разрабатываются принципы диагностики, терапии и профилактики заболеваний, приводящих к формированию когнитивных нарушений [1,2,3,8,14].

Особенности современной социальной ситуации определяют характерный сдвиг интереса исследователей в сторону психических расстройств позднего возраста не только в клинической, но и в судебно-

Марина Викторовна Жмудь, врач судебно-психиатрической экспертизы, Свердловская областная клиническая психиатрическая больница

Борис Евгеньевич Потемкин, врач судебно-психиатрической экспертизы, заведующий отделением амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы, Свердловская областная клиническая психиатрическая больница

Алена Петровна Сиденкова, кандидат медицинских наук, Уральская государственная медицинская академия, курс психиатрии факультета повышения квалификации

психиатрической практике [1,4,5,6,9,10].

Изменения социально-экономических условий определяют увеличение числа судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ), проводимых в рамках гражданского процесса, и повышение интереса к проблеме дееспособности и сделкоспособности лиц, страдающих различной психической патологией, что находит отражение в последних научных работах [4,5,6].

В связи с патоморфозом психических расстройств позднего возраста и требованиями законодательной базы возникает потребность в изучении особенностей психического функционирования пожилых лиц с когнитивными нарушениями, участвующих в гражданских процессах. Актуальность таких исследований определяется не только высоким числом проводимых экспертиз в отношении этих лиц, но высоким уровнем расхождения направительных и экспертных диагнозов [9,10].

Алгоритм экспертного исследования при судебно-психиатрической оценке когнитивных психических расстройств различного генеза включает в себя выявление, квалификацию и степень выраженности психического расстройства, определение динамики течения органического процесса ЦНС, влияния на него сопутствующей неврологической и соматической патологии, уровня социальной адаптации лица, страдавшего когнитивным расстройством.

В судебной психиатрии изучению органических психических расстройств посвящено большое число исследований. Установлено, что наибольшее экспертное значение при этом имеет дефицитарная симптоматика экзогенно-органического генеза. Она представлена преимущественно когнитивными нарушениями различной степени выраженности и встречается по текущим данным отделения экзогенных психических расстройств НЦ ПЗ РАМН с частотой до 70% [3]. В современных диагностических классификациях (МКБ-10, DSM-IV) [8] когнитивным расстройствам, как патомоничным для «органической» патологии, также отводится особая роль.

Проблема когнитивных нарушений в аспекте судебно-психиатрической экспертизы актуализируется диссоциацией между высокой распространенностью этих нарушений в популяции и низким уровнем их идентификации различными социальными и профессиональными группами. Более высокие идентификационные показатели обнаруживают факультативные симптомы ког-

нитивных расстройств. Ориентация на полную структурную диагностику болезненно-го состояния на различных этапах распознавания этих нарушений могло бы способствовать более раннему терапевтическому вмешательству и повысить адекватность экспертной оценки этих случаев.

Высокий уровень распространенности когнитивных нарушений в пожилом возрасте, частая встречаемость их в практике психиатра-эксперта в рамках гражданской судебно-психиатрической экспертизы, недостаточная научная разработка проблемы актуализируют настоящее исследование.

Материалы и методы исследования

Специалистами отделения амбулаторной гражданской судебно-психиатрической экспертизы Свердловской областной клинической психиатрической больницы и кафедры психиатрии факультета повышения квалификации Уральской государственной медицинской академии проведено ретроспективное выборочное клинико-статистическое исследование случаев по факту экспертизы сделок и дееспособности в отношении лиц старше 60 лет, страдавших тяжелыми когнитивными расстройствами, достигшими степени деменции. Целью настоящего исследования является выявление особенностей диагностики структурных компонентов синдромов деменции в условиях амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы в отношении гражданских дел. Применялся клинико-психопатологический, психометрический, статистический методы исследования. Диагностика нозологической принадлежности деменции основывалась на критериях «вероятной» болезни Альцгеймера, сосудистой деменции NINCDS-ADRDA. Инструментом исследования явилась «Карта исследования лица, страдающего когнитивным расстройством», составленная с указанием социально-демографических, анамнестических, клинических параметров, с использованием «Нейропсихологического опросника» (NPI), «Общей шкалы оценки выраженности когнитивных нарушений» (GDS). Обработка полученных результатов производилась с помощью статистической программы Vortex.

Методом архивного выбора из 464 случаев судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам, проведенных в 2007 году в Свердловской областной клинической психиатрической больнице, отобра-

Таблица 1. Социально-демографические характеристики группы исследования.

Нозология деменции	Возраст	Пол		Уровень образования (%)				Социальное положение (%)		Семейное положение (%)			
		М	Ж	В	С	Н	О	Пен-р	Инв-д	Ж	Вд	Р	Х
F00 (n=9)	72,9±4,1	22,2	77,8	33,3	33,3	0	33,3	55,6	44,4	33,3	11,1	33,3	22,2
F01 (n=22)	70,9±10,3	40,9	59,1	0	13,6	18,2	68,2	45,5	54,5	36,4	50	4,5	9,1
F02 (n=20)	64,5±13,9	55	45	10	45	30	15	25	75	35	20	10	35
F03 (n=9)	66,7±10,7	44,4	55,5	0	22,2	33,3	44,4	44,4	55,5	22,2	33,3	22,2	22,2

Уровень образования: В-Высшее, С-Среднее, средне-специальное, Н-Начальное, О-Сведения отсутствуют

Семейное положение: Ж-Женат(а), Вд-Вдов(а), Р-Разведен(а), Х-Холост(одинока)

но 60 экспертных заключений в отношении пожилых с установленным диагнозом «Деменция», что составило 70% от общего числа экспертиз. Средний возраст лиц исследуемой группы 69,1±10,4 лет. Среди подэкспертных женщины составили 56,7% (34 чел.), их средний возраст 71,4±7,9 год, мужчины – 43,3% (26 чел.), среднего возраста 66,7±12,9 лет. Социально-демографические показатели исследуемых представлены в таблице 1.

Результаты исследования

В ходе исследования сопоставлялись направительные диагнозы и результаты экспертного исследования. С диагнозом «Деменция» направлялись на амбулаторную экспертизу 60% исследуемых (36 чел.), у 33,3% этих лиц эксперты диагностировали сосудистую деменцию, с этой же частотой выявляли деменцию другой этиологии (комбинированную, смешанную), у 19,4% испытуемых этой группы в результате СПЭ верифицировали деменции альцгеймеровского типа, у 13,9% — неуточненную деменцию. Органическое поражение головного мозга указывалось в 11,7% направлений (7 чел.), в результате экспертизы у 28,6% из них диагностирована сосудистая деменция, у 42,8% — деменция иной этиологии (F02), у 28,6% — неуточненная деменция (F03). В исходной медицинской документации фигурировал диагноз «ОНМК» у 8 человек (13,5%), в подавляющем большинстве этих случаев (75%) диагностировали сосудистую деменцию, у 12,5% - деменцию альцгеймеровского типа, у 12,5% — неуточненную деменцию. Исходный диагноз «Эн-

цефалопатия» обнаружен в медицинской документации у 3 подэкспертных (5%), у всех диагностирована сосудистая деменция. «Черепно-мозговая травма» являлась первоначально диагностированным состоянием у 7%, у этих пациентов эксперты диагностировали деменцию комбинированной этиологии (F 02).

Степень выраженности деменции в процессе настоящего исследования определялась заочно с применением «Общей шкалы оценки выраженности когнитивных нарушений» (Global Deterioration Scale, GDS), позволяющей уточнить тяжесть деменции по совокупности нарушений интеллектуальных и социальных функций. Распределение когнитивных нарушений по степени тяжести у подэкспертных демонстрирует диаграмма (Рис.1). У подавляющего большинства испытуемых деменция достигала степени умеренных-тяжелых-очень тяжелых нарушений (5-6-7 баллов по GDS) – 85%, негрубые и умеренные нарушения выявлялись у 15% обследованных.

Средний балл по шкале GDS у лиц с альцгеймеровской деменцией составил 6,1±0,4, с сосудистой деменцией – 5,7±0,7, при деменции иной этиологии (F02) 5,4±1,0, при неуточненной деменции (F03) 5±0,4, что соответствует тяжелым и умеренно-тяжелым нарушениям. Так, пациенты с альцгеймеровскими деменциями демонстрировали невозможность припоминания имени супруга или лица, от которого имела полная зависимость в повседневной жизни, амнезия большинства событий жизни, дезориентацию во времени, трудности счета в пределах десятка, отсутствие

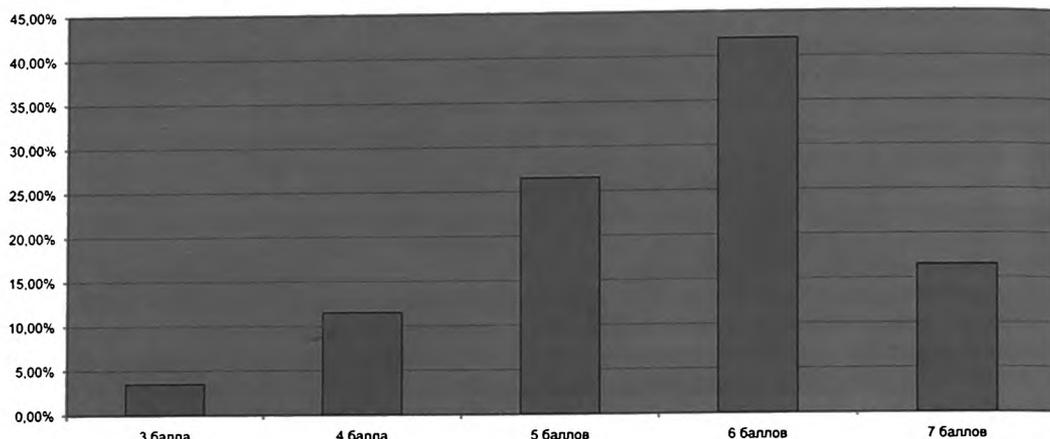


Рис.1. Выраженность когнитивных расстройств у лиц пожилого возраста с диагнозом «Деменция», определенная при проведении амбулаторной СПЭ.

целенаправленной деятельности в результате утраты способности к ней, они большую часть времени нуждались в посторонней помощи, у части из них выявлялись «очень тяжелые нарушения» (по GDS) тотальной афазией, нарушением тазовых функций и утратой основных психомоторных навыков. Клинико-функциональные нарушения у пациентов с вторичными деменциями (F01, F02, F03) проявлялись в невозможности припомнить важные жизнен-

ные обстоятельства: например, домашний адрес, телефон, имена членов семьи (например, внуков), название учебного заведения, которое заканчивали, испытуемые были дезориентированы во времени и в месте, у них выявлялись трудности серийного счета, но сохранялась основная информация о себе, окружающих, эти лица помнили свое имя, имена близких им людей, им не требовалась посторонняя помощь при еде и естественных отправлениях.

Таблица 2. Сопоставление направительных диагнозов с заключениями экспертов.

Выраженность когнитивных нарушений по актам СПЭ	Направительные диагнозы					% диагностических отклонений
	Деменция	Органическое поражение ЦНС	ЧМТ	Энцефалопатия	ОНМК	
Легко выраженные (3 балла) (n=2)	2	0	0	0	0	0
Умеренно выраженные (4 балла) (n=7)	4	0	2	1	0	42,9%
Умеренно-тяжелые (5 баллов) (n=16)	4	4	0	3	5	75%
Тяжелые (6 баллов) (n=25)	18	1	1	3	2	28%
Очень тяжелые (7 баллов) (n=10)	5	1	1	2	1	50%

Сведения, изложенные в материалах гражданских дел, позволили сопоставить направительные диагнозы с уровнем когнитивных нарушений, зафиксированных в актах СПЭ (Таб. 2). Выявлена гиподиагностика когнитивных нарушений как умеренной, так и очень тяжелой степени выраженности. Отсутствие психиатрического диагноза «Деменция» у таких лиц означает, что, вероятно, они наблюдаются вне психиатрической службы, и представители иных медицинских специальностей не настроены на первичное распознавание когнитивных нарушений, даже у больных тяжелой деменцией.

Динамический анализ психического состояния испытуемых с применением структурированного «Нейропсихиатрического опросника» (NPI) позволили определить факультативные психопатологические феномены в структуре дементных состояний (Таб 3). Наиболее частыми дополнительными симптомами в общей группе исследования были аффективные нарушения, представленным раздражительностью (41,5%), сниженным настроением (26,5%), ажитацией (20%), тревогой (13,5%), у четверти пациентов выявлялось нарушение двигательной активности, у 23,5% - нарушения сна, психотические расстройства бред, нарушения восприятия присутствовали у 26,5% и 23,5% больных соответственно.

В соответствии с психопатологической классификацией деменций простое слабо-

умие выявлялось у 40% (24 чел.) исследуемых, галлюцинаторно-параноидное — у 53,3% (32 чел.), психопатоподобное — у 6,7% (4 чел.). Диагноз «Деменция» в исходных медицинских документах встречается достоверно реже у пациентов с простым (37,5%) и психопатоподобным слабоумием (25%), нежели при наличии галлюцинаторно-параноидной деменции (71,9%) ($p < 0,05$). Практически все дополнительные симптомы (за исключением апатии) выявлялись при проведении очной экспертизы — от 80 до 100% (Таб.3). В то время, как при проведении заочной и посмертной экспертизы дополнительные симптомы выявлялись не более чем в 20% случаев, что подчеркивает «условную» достоверность и неточность диагностики при проведении заочных экспертиз и определяет необходимость более тщательной подготовки к проведению СПЭ при невозможности обследовать пациента непосредственно. При деменции Альцгеймеровского типа, чаще встречается депрессивная симптоматика и расстройства сна (в 33% случаев), нередко являются бредовые симптомы, тревога, ажитация или апатия (в 22% случаев). При сосудистой деменции преобладает эмоциональная лабильность (50%), расстройства сна (36%), галлюцинации (23%). При деменции в связи со смешанными заболеваниями и при неуточненной деменции преобладают бредовые симптомы (30 — 66,5%), галлюцинации и депрессивные симптомы (25—33%), эмоциональная лабильность (33—40%). Оце-

Таблица 3. Факультативные симптомы деменций (по заключениям экспертов).

Выявленные симптомы	Очные СПЭ		Заочные СПЭ		Посмертные СПЭ		Всего
	Число случаев	%	Число случаев	%	Число случаев	%	
Бред	16	100	0	0	0	0	16
Галлюцинации	13	81	0	0	1	19	14
Ажитация	10	83,5	0	0	2	16,5	12
Депрессия	13	81	1	6,5	2	12,5	16
Тревога	7	87,5	0	0	1	12,5	8
Эйфория	4	80	1	20	0	0	5
Апатия	3	50	2	33	1	17	6
Расторможенность	5	100	0	0	0	0	5
Раздражительность	21	84	2	8	2	8	25
Нарушение двигательной активности	14	93,5	1	6,5	0	0	15
Расстройства сна	10	72	2	14	2	14	14
Расстройства пищевого поведения	3	100	0	0	0	0	3

Таблица 4. Психопатологическая структура синдрома деменции различной нозологической принадлежности.

Выявленные симптомы	Альцгеймеровская деменция		Сосудистая деменция		Деменция другой этиологии		Неуточненная деменция	
	Число случаев	% от выявл.	Число случаев	% от выявл.	Число случаев	% от выявл.	Число случаев	% от выявл.
Бред	2	22	2	9	6	30	6	66,5
Галлюцинации	1	11	5	23	5	25	3	33
Ажитация	2	22	3	13,5	6	30	1	11
Депрессия	3	33	5	23	5	25	3	33
Тревога	2	22	3	13,5	1	5	2	22
Эйфория	1	11	1	4,5	2	10	1	11
Апатия	2	22	3	13,5	-	-	1	11
Расторможенность	1	11	-	-	4	20	-	-
Раздражительность	3	33	11	50	8	40	3	33
Нарушение двигательной активности	1	11	4	18	5	25	5	22,5
Расстройства сна	3	33	8	36,5	1	5	2	22
Расстройства пищевого поведения	-	-	1	4,5	2	10	-	-
Число случаев данной этиологии-100%	9		22		20		9	

Таблица 5. Выявление симптомов деменции в группе исследования.

Выявленные симптомы	Впервые отмечены пациентом		Впервые отмечены окружением		Впервые выявлено медиками		Всего случаев выявления симптома - 100%
	Число случаев	% от числа выявленных симптомов	Число случаев	% от числа выявленных симптомов	Число случаев	% от числа выявленных симптомов	
Бред	-	-	7	43,5	9	56,5	16
Галлюцинации	-	-	6	43	8	57	14
Ажитация	-	-	3	25	9	75	12
Депрессия	-	-	6	37,5	10	62,5	16
Тревога	-	-	1	12,5	7	87,5	8
Эйфория	-	-	-	-	5	100	5
Апатия	-	-	-	-	6	100	6
Расторможенность	-	-	2	40	3	60	5
Раздражительность	1	4	4	16	20	80	25
Нарушение двигательной активности	-	-	2	13,5	13	86,5	15
Расстройства сна	-	-	-	-	14	100	14
Расстройства пищевого поведения	-	-	1	33,5	2	66,5	3
Когнитивные расстройства	2	3,5	14	23	44	73,5	60

нивалось значение дополнительных симптомов для идентификации состояния как болезненного (Таб.5). Окружение пациентов обращало внимание на собственно когнитивные нарушения в 23% случаев, высказываемые больными болезненные идеи идентифицировались родственниками как болезненные в 40% случаев, гипотимию как расстройство они воспринимали в 37% случаев, расстройства пищевого поведения - в 33% случаев. Такой характер идентификации болезненных проявлений указывает на то, что именно данные симптомы определяют нарушение адаптации и нагрузку на окружающих, заставляя их активно обращаться за медицинской помощью для своих болеющих родственников. Расчет корреляционных связей с определением коэффициента Крамера показал значимые и тесные корреляционные связи между исходной диагностикой деменции и наличием галлюцинаторных расстройств ($V=0,354$), корреляции между выраженностью когнитивного расстройства и исходной диагностикой деменции рыхлые ($V=0,873$).

Обсуждение

Таким образом, комплексный анализ архивных историй болезни, актов амбула-

торной судебно-психиатрической экспертизы в отношении гражданских дел (решение вопросов дееспособности и сделок способности) выявил, что диагноз «Деменция» своевременно не диагностировался, не смотря на наличие значительных когнитивных расстройств, в большинстве первичная диагностика осуществлялась в период проведения СПЭ. В экспертной практике преобладала сосудистая, либо смешанная этиология деменции, показано структурное разнообразие синдромов деменций различной этиологии. Выявлена недостаточная диагностика дополнительных симптомов деменции при проведении заочных и посмертных СПЭ. Доказали, что окружение пациентов достоверно чаще идентифицировало разнообразные психопатологические феномены как болезненные, только в случае высокой дезадаптирующей активности этого феномена (галлюцинации, аффективные нарушения), при этом выявлено низкое первичное распознавание когнитивных нарушений всех степеней выраженности.

Суммируя выше сказанное, нам представляется важным ориентация диагностики деменции на суммарную оценку структуры синдрома когнитивного расстройства.

Литература:

1. Белов В.П., Чигирик А.В. Анализ диагностических и экспертных расхождений при повторных экспертизах // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике: Сборник научных трудов. — М., 1987. — С. 33–40.
2. Захаров В.В. Диагностика и лечение деменций. М., 2005
3. Калын Я.Б. Клиника инициальных проявлений и особенности последующего течения сенильной деменции // Ж.невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1989, № 9
4. Комарова Е.В. «Психические расстройства при цереброваскулярной патологии (церебральный атеросклероз, артериальная гипертензия) и их оценка при посмертных судебных психиатрических экспертизах в гражданском процессе» / Автореф. дис. на соиск. уч. ст. к.м.н. М., 2007
5. Комарова Е.В. Экспертная оценка сосудистой деменции при посмертной судебной психиатрической экспертизе в гражданском процессе. Второй национальный конгресс по социальной психиатрии «Социальные преобразования и психическое здоровье». / Научные материалы. 29–30 ноября 2006г.: ГЕОС, 2006. С.33–34.
6. Кунафина Е.Р. Установление опеки как фактор предупреждения общественно опасных действий психически больными пожилыми и старческого возраста // Состояние и перспективы развития психиатрической, психотерапевтической и социально-психологической службы Республики Башкортостан: тезисы докл. науч.-практ. семинара в г. Уфе 5 июня 2002 г. — Уфа, 2002. — С. 149–151.
7. Левин О.С. Алгоритмы диагностики и лечения деменций. М., 2005
8. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств: Исследовательские диагностические критерии. — СПб, 1998. — 208 с.
9. Первомайский В.Б. Субъект судебно-психиатрической экспертизы и проблема расхождения экспертных выводов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — №4. — С. 35–42.
10. Шумский Н. Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике. — СПб: Академический проект, 1997. — 392 с.
11. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. — М.: Медицина, 1977
12. Штернберг Э.Я. Клиника деменций пресенильного возраста. — М.: Медицина, 1967
13. Maj M., Sartorius N. Dementia. — UK, — WPA Series, 2007
14. McShane R, Keene J, Fairburn C, Jacoby R, Hope T. Psychiatric symptoms in patients with dementia predict the later development of behavioural abnormalities // Psychol. Med. 1998. Vol. 28
15. Rubin E., Drevets W., Burke A. The natural of psychotic symptoms in senile dementia of Alzheimer type // J. of Geriatric Psychiatry and Neurology. 1988 / Vol.1