

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ, СОЧЕТАННЫЕ С ДРУГОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

(курс лекций для населения)

Брунова С.Н., Лебедева Л.А.

Областное бюджетное учреждение здравоохранения

Областная клиническая психиатрическая больница

«Богородское», Иваново

Резюме: В статье приводится основа психопрофилактического направления при оказании психиатрической помощи пожилым людям. Материал структурирован в виде полноценной лекции для населения. Описаны соматические нарушения, тесно связанные с психической патологией, их особенности в пожилом возрасте. Подробно разобраны психические нарушения, связанные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом, гиперлипидемией и абдоминальным ожирением, неврологическими, инфекционными заболеваниями, травмами, нарушениями обмена веществ, онкологическими заболеваниями. Отмечены нарушения когнитивной сферы при злоупотреблении алкоголем, употреблении ряда лекарственных средств, действии ядов.

Сделаны акценты на профилактику нарушений психического здоровья, необходимость обращения к врачу при первых признаках нарушения когнитивной сферы. Основными формами при оказании психиатрической помощи пациентам с сочетанной психической и соматической патологией является амбулаторная помощь, представленная возможностями дневного стационара и диспансера.

Ключевые слова: Пожилой пациент, психические нарушения

MENTAL DISORDERS IN OLD AGE, COMBINED WITH OTHER PATHOLOGIES

(a course of lectures for the public)

Brunova S.N., Lebedeva L.A.

Regional Budget Institution of Health

Regional Clinical Psychiatric Hospital

"Bogorodskoe" Ivanovo

Summary: The paper provides a framework psychoprophylactic direction in the provision of mental health care for older people. The material is structured in the form of lectures for the full population. Described somatic disorders are closely related to mental disorders, especially in their old age. Discussed in detail the mental disorders associated with diseases of the cardiovascular system, diabetes, hyperlipidemia and abdominal obesity, neurological, infectious diseases, trauma, metabolic disorders, cancer. Noted violations cognition alcohol abuse, the use of a number of drugs, poisons. Emphasis on the prevention of mental health problems,

the need to see a doctor at the first signs of cognitive sphere. The main forms of the provision of psychiatric care to patients with combined psychic and somatic pathology is outpatient care, day hospital provided opportunities and dispensary.

Keywords: elderly patients, mental disorders

Психическое здоровье пожилого человека достаточно тонкая материя и легко поддается воздействию не только возрастным и стрессовым факторам. К сожалению, с возрастом каждый человек имеет целый ряд соматической или любой другой патологии, регулярно наблюдается и ежедневно принимает лекарства, необходимые для нормальной жизнедеятельности. Возможен ли когнитивный дефект при этих заболеваниях? Несомненно.

Важнейшим фактором риска когнитивных нарушений являются заболевания сердечно–сосудистой системы, в особенности артериальная гипертензия. По данным крупных популяционных исследований, проведенных в разных регионах мира независимо друг от друга, был сделан согласованный вывод, что наличие артериальной гипертензии в среднем возрасте ассоциировано с повышенным риском развития нарушений памяти в пожилом и старческом возрасте. Причем, статистическая связь имеется не только с сосудистыми когнитивными нарушениями, но и с риском развития одного из самых тяжелых проявлений когнитивного дефекта – деменции при Болезни Альцгеймера (о ней я расскажу ниже).. Возможные механизмы, по которым артериальная гипертензия провоцирует возникновение или клиническую манифестацию БА, в настоящее время уточняются. Вероятнее всего, решающее значение имеет декомпенсация субклинически протекающего дегенеративного процесса в результате лакунарных инфарктов и/или прогрессирования лейкоареоза.

Недавно было доказано, что сахарный диабет 2 типа также значительно повышает риск развития когнитивных расстройств. По некоторым данным риск развития деменции, и конкретно БА, приблизительно в 2 раза выше у пациентов с сахарным диабетом 2 типа по сравнению с их сверстниками. При

этом пациенты, получающие инсулин, имеют наибольший риск, который превышает среднестатистический более чем в 4 раза.

Особенностями нейропсихологического профиля у пациентов с СД 2 типа являются снижение скорости психомоторных реакций, признаки поражения лобной доли, вербальной памяти, снижение скорости обработки информации, снижение речевой активности, нарушение внимания. Память часто остается более сохранной или страдает вторично по отношению к вниманию и регуляции психической деятельности, следствием чего являются проблемы воспроизведения при относительно сохранном процессе запоминания. Отдельно следует отметить, что у пациентов с СД более медленная скорость ходьбы, наблюдается увеличение частоты падений, но существует ли взаимосвязь между поражением головного мозга, связанным с СД, и этими нарушениями, до сих пор является спорным.

Гиперлипидемия и абдоминальное ожирение в среднем возрасте также увеличивают риск развития когнитивных расстройств по мере старения. Закономерно, что максимальный риск отмечается при сочетании артериальной гипертензии, гиперлипидемии, абдоминального ожирения и сахарного диабета 2 типа, что нередко наблюдается у пациентов с так называемым «метаболическим синдромом».

Неврологические нарушения: болезнь Паркинсона, инсульты и нарушения мозгового кровообращения, опухоли головного мозга, рассеянный склероз могут иногда приводить к деменции, хотя в большинстве случаев когнитивные способности пациентов не затронуты.

Инфекционные заболевания: некоторые заболевания мозга, в частности, нейросифилис, ВИЧ или хронический грибковый менингит также могут приводить к деменции.

Побочные эффекты приема лекарственных средств: многие лекарства могут вызывать нарушение познавательной способности, особенно, у пожилых пациентов. Наиболее часто такие побочные явления свойственны лекарствам для лечения недержания.

Если к врачу приходит пациент, который принимает одно из этих лекарственных средств, доза препарата снижается и/или назначение отменяется, чтобы определить роль лекарства в развитии нарушений когнитивной функции. Если известно, что нарушение возникло до приема препарата, прием можно продолжить после консультации с врачом.

Психические заболевания: при некоторых формах депрессии у пожилых людей возможны нарушения памяти и концентрации, неотличимые от симптомов болезни Альцгеймера на ранних стадиях. Иногда такие состояния (их называют «псевдодеменция») могут быть обратимы. Исследования показали, что, если депрессия с сопутствующими нарушениями восприятия продолжается на протяжении нескольких лет, вполне вероятно, что она объясняется деменцией.

Злоупотребление алкоголем и/или наркотиками: злоупотребление легальными и/или нелегальными наркотиками часто приводит к нарушениям восприятия.

Нарушение обмена веществ: дисфункция щитовидной железы, некоторые нарушения секреции стероидов и дефицит питательных веществ, таких как витамин В12 или недостаточность тиамин (витамин В1) могут иногда привести к нарушениям восприятия.

Травма: Серьезные травмы головы с ушибом головного мозга могут вызывать деменцию. Образование субдуральных гематом также может повлечь за собой деменцию.

Действие ядов: длительное отравление угарным газом может привести к энцефалопатии и деменции. В некоторых редких случаях такой же результат может дать отравление тяжелыми металлами.

Опухоли: многие первичные и метастатические опухоли головного мозга приводят к деменции. Однако многие больные с подобными опухолями сохраняют трезвость рассудка или нарушения мозговой деятельности минимальны.

Пациенты с соматической патологией при оказании им психиатрической помощи нуждаются в щадящих условиях её оказания, обеспечивающих возможность получать медицинскую помощь и по поводу сочетанной соматической патологии. Безусловно, приоритетными здесь будут гериатрические места в дневном стационаре (Брунова, С.Н., Руженская Е.В., 2007) и специализированные участки амбулаторной службы (Максимова Н.Е., Лугинина О.В., 2005, Руженская Е.В., 2006). Важным является использование не только клинического метода, но и ретроспективной оценки некогнитивной психопатологической симптоматики пожилых пациентов (Шуенков Д.А., Песнина М.А., 2015). Амбулаторные и полустационарные формы позволяют сохранять активность пациентов с неглубоким психическим дефицитом, кроме того, методы физической реабилитации крайне значимы для пожилого пациента и всегда должны включаться в комплекс лечения (Лечебная физическая культура в гериатрии, 2011, Физическая реабилитация, 2011).

В Ивановской области на базе внебольничной службы ОБУЗ ОКПБ «Богородское» был создан гериатрический центр, функционально включающий участковую гериатрическую службу диспансерного отделения, часть дневного стационара, консультативную службу.

Гериатрический центр функционирует на 20 коек дневного и 5 коек ночного пребывания. С пациентами данной возрастной категории занимаются: врач-психиатр, психолог, имеющий специальную подготовку, социальный работник, медицинские сестры. Используются и возможности стационара. Проводится осмотр невролога, других специалистов, которые также помогают оценить тяжесть сочетанной соматической патологии. Такой штат сотрудников дает возможность достаточно полного и комплексного лечения и обследования пациентов.

Поступление пожилых людей в гериатрический центр осуществляется по направлению врачей-гериатров диспансерного отделения и врачей-психиатров районов. Режим работы отделения организован в две смены.

Пациенты имеют право выбора когда им посещать гериатрический центр – утром или вечером. У пациентов, посещающих гериатрический центр должна быть четкая положительная установка на лечение, отсутствие грубой соматической патологии, возраст не старше 80-85 лет, отсутствие острой психотической симптоматики, нарушающей поведение. С каждым годом, число пациентов пожилого и старческого возраста, прошедших лечение в гериатрическом центре неуклонно растет, что подтверждает особую актуальность проблем здоровья пожилых людей в настоящее время. Среди всех нозологий, количество пациентов с когнитивным дефицитом очень велико. Эта группа больных также получает качественную медицинскую помощь в гериатрическом центре.

В дальнейшем возникает необходимость в формировании кабинета, где будет оказываться помощь пожилым людям именно с нарушениями памяти, внимания и других составляющих когнитивной функции человека.

Литература.

1. Брунова С.Н., Руженская Е.В. Стационарзамещающие технологии при оказании психиатрической помощи пожилым пациентам // Клиническая геронтология. 2007. Т. 13. № 11. С. 47-50.
2. Лечебная физическая культура в гериатрии // Карасева Т.В., Толстов С.Н., Махов А.С., Нежкина Н.Н., Замогильнов А.И., Толстова С.Ю., Перевозчикова Е.В., Нестеров А.Н., Лощаков А.М., Руженская Е.В. учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 032102.65 Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура) / Шуя, 2011.
3. Максимова Н.Е., Лугинина О.В. Модель специализированной геронтопсихиатрической помощи на базе психоневрологического диспансера. // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2005. № 1-2. С. 72-77.
4. Местечко В.В., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Эпидемиологическая характеристика непсихотических психических расстройств у лиц пожилого

возраста в Архангельской области // Успехи геронтологии. 2012. Т. 25. № 4. С. 654-660.

5. Руженская Е.В. Организация амбулаторной геронтопсихиатрической помощи: опыт работы, проблемы, перспективы развития // Клиническая геронтология. 2006. Т. 12. № 11. С. 59-63.

6. Физическая реабилитация // Гиголаева Т.В., Нестеров А.Н., Перевозчикова Е.В., Руженская Е.В., Толстова С.Ю., Махов А.С. Учебное пособие / Шуя, 2011. Том часть 2

7. Шуненков Д.А., Песнина М.А. Метод комплексной оценки некогнитивной психопатологической симптоматики пожилых пациентов // Научный поиск, 2015, №3, С. 21-25.