



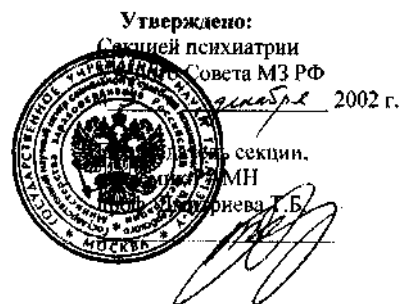
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ
ПРИ ПСИХОЗАХ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ, ОСЛОЖНЕННЫХ
СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ДЕКОМПЕНСАЦИЯМИ**

Пособие для врачей

Санкт-Петербург
2006

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический
институт им. В.М.Бехтерева



**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ
ПРИ ПСИХОЗАХ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ, ОСЛОЖНЕННЫХ
СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ДЕКОМПЕНСАЦИЯМИ**

Пособие для врачей

Пособие для врачей подготовлено на основе работы отделения гериатрической психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева.

Авторы-составители: к.м.н., ст. научн. сотр., С.Е.Татульян, к.п.н., доцент С.В.Васильев.

Научный руководитель и редактор: д.м.н. А.В.Гнездилов.

Пособие содержит результаты изучения психосоматических корреляций у больных в пожилом и старческом возрасте. Новизна исследования состоит в том, что дана всесторонняя оценка роли соматоневрологических декомпенсаций (СНД) в возникновении, развитии и исходе психических заболеваний у больных с органическими поражениями головного мозга и аффективными расстройствами настроения. Кроме того, проведен анализ лечебной тактики геронтопсихически больных при присоединении дополнительных экзогенных вредностей.

Представленные в пособии данные позволяют в ряде случаев предвидеть прогноз основного заболевания и заблаговременно разработать индивидуально подобранный комплекс биологических методов лечения, в том числе психофармакотерапевтических, с минимальным риском побочных действий и осложнений.

Пособие адресовано врачам практического здравоохранения и социальной защиты: психиатрам, психоневрологам, психотерапевтам и преподавателям соответствующих кафедр высших учебных заведений.

© Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева

ВВЕДЕНИЕ

Современный пожилой психически больной представляет собой уникальный клинический феномен с точки зрения наличия и сочетания разнообразной по характеру и течению патологии, конкурирующей по своей прогностической значимости и влиянию на качество жизни пациента.

В гериатрической психиатрии большинство больных имеют сопутствующие заболевания внутренних органов, влияющие на психопатологию в той или иной степени. Патология внутренних органов нередко выступает этиопатогенетическим фактором различных психических нарушений, иногда – фоном, на котором протекают психические заболевания [11, 1, 21, 19]. Сочетание психических заболеваний с соматическими и нервными – типичное явление, относящееся к числу неблагоприятных факторов, с одной стороны, усложняющих процесс диагностики, терапии и медицинского обслуживания этого контингента в целом, а с другой – негативно влияющих на проявление и даже исход как психического, так и соматического или нервного заболевания. Известно, что психические расстройства у старых людей лечатся труднее, чем у молодых, с возрастом меняется фармакокинетика лекарственных средств, увеличиваются побочные действия препаратов, происходит интеракция психотропных и соматотропных средств, что обуславливает необходимость индивидуального подхода к пациенту психиатров и терапевтов и клинически обоснованный выбор эффективных методов лечения [15, 12, 8].

В последние годы в структуре населения России отмечается нарастающий процесс старения. С увеличением возраста населения растет число психически больных, а также психических нарушений у пожилых (собственно функциональные психозы позднего возраста и слабоумие, эндогенные и реактивные психозы, пограничные состояния и психосоматические расстройства), поэтому становится крайне важным и актуальным оказание медико-социальной помощи пожилым и старым людям.

Многолетний опыт отделения гериатрической психиатрии НИПИ им. В.М.Бехтерева показывает, что у психически больных пожилого и старческого возраста, как правило, отягощенный соматоневрологический фон, и наиболее распространенной сопутствующей патологией является: сердечно-сосудистая (гипертоническая болезнь, ИБС, сердечная недостаточность) и эндокринная патология (сахарный диабет, тиреотоксикоз), заболевания печени и почек (холангит, гепатохолецистит, нефрит, мочекаменная болезнь), легких (хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма) и желудочно-кишечного тракта (гастриты, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, колиты).

Соматоневрологические декомпенсации (СНД) как нарушения функций или структуры различных органов и систем могут возникнуть при прогрессировании болезни или патологического процесса, в связи с физическим перенапряжением или переутомлением, в результате воздействия на организм температурных факторов (охлаждение, перегревание), травмы или быть следствием сопутствующей болезни. Эмоциональный стресс, голодание, выраженные алкогольная и другие интоксикации, нарушение режима труда и отдыха также могут быть ее причинами. Развитие декомпенсации зависит, во-первых, от тяжести патологического процесса или интенсивности неблагоприятного воздействия, обуславливающего снижение компенсаторных процессов, и, во-вторых, от степени надежности компенсаторных реакций, от так называемого “запаса прочности организма”, который у пожилых людей минимален, что часто приводит к нескольким декомпенсациям одновременно (сочетанные СНД).

Как единичные, так и сочетанные СНД оказывают существенное влияние на течение психических расстройств у лиц пожилого и старческого возраста, а также на выбор адекватной терапевтической тактики [17].

В данной работе представлены материалы специального исследования, проведенного на отделении гериатрической психиатрии НИПИ им.В.М.Бехтерева, с целью изучения влияния соматоневрологических декомпенсаций на возникновение, структуру, динамику и исходы психических заболеваний в позднем возрасте.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА

Основной метод исследования – клинический, т.е. “познание больного (диагностика в самом широком смысле) путем его непосредственного изучения на основе определенной системы понимания патологии” [4]. Анализ психических расстройств производился клинико-психопатологическим методом с учетом наследственности, особенностей развития, перенесенных ранее заболеваний, личностных характеристик, первых проявлений и дальнейшего развития психических нарушений. Кроме того, в исследовании широко применялись параклинические (инструментальные и лабораторные) методы и активно привлекались врачи других специальностей.

Противопоказания к применению метода отсутствуют.

Решение вопроса о проведении лекарственной терапии психически больных позднего возраста с соматоневрологическими декомпенсациями в рамках комплексной лечебной тактики не требует применения специальной аппаратуры. Основным подходом для выбора того или иного лекарственного препарата являются метод клинической диагностики и

психофармакотерапевтический анализ с учетом имеющихся показаний и противопоказаний, а также проводимого соматотропного лечения актуальных СНД.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Все названные в пособии лекарственные формы разрешены к применению в российской медицинской практике и выпускаются серийно.

1. Азафен – т. 0,025 г., №70/356/2, Россия.
2. Амиридин – т. 20 мг., №90/230/3, Россия.
3. Амитриптилин – др. 25 мг., №008061, 19.11.96, Польша;
амп. 20 мг. – 2 мл., №008950, 27.05.99, Чешская республика.
4. Анафранил – т. 10 мг., 25 мг., №011212, 05.07.99, Швейцария.
5. Ацефен – т. 0,1 г., №68/837/32, Россия.
6. Галоперидол – т. 1,5 мг., 5 мг., №2669, 25.01.93; амп. 1 мл., №2054, 19.12.94, Венгрия.
7. Глиатилин – капс. 400 мг.; амп. 1 г. – 4 мл., №003561, 07.12.93, Италия.
8. Кавинтон – т. 5 мг.; амп. 10 мг. – 2 мл., №008470, 17.11.97, Венгрия.
9. Коаксил – т. 12,5 мг., №011301/01-1999, 06.08.99, Франция.
10. Ксанакс – т. 0,25 мг., 0,5 мг., №006663, 20.03.96, Бельгия.
11. Леривон – т. 30 мг., №01035, 09.06.94, Нидерланды.
12. Людиомил – т. 10 мг., 25 мг., №011214, 05.07.99; амп. 25 мг. – 5 мл., №011213, 05.07.99, Швейцария.
13. Мелипрамин – др. 25 мг., №008680, 16.09.98; амп. 25 мг. – 2 мл., №008453, 16.10.97, Венгрия.
14. Неулептил – капс. 10 мг., раствор-капли (флаконы) 4% – 30, 125 мл., №008536, 05.05.98, Индия.
15. Пиразидол – т. 25 мг., 50 мг., №75/689/6, 05.01.98, Украина.
16. Пирацетам – капс. 400 мг., №79/463/5; т. 200 мг., №82/624/24; амп. 20% – 5 мл., №79/463/7, Россия.
17. Пиридитол – т. 50 мг., 100 мг., №79/822/4, Россия.
18. Реланиум – т. 5 мг., №006603, 14.12.95; амп. 10 мг. – 2 мл., № 009800, 23.10.97, Польша.
19. Ремерон – т. 15 мг., 30 мг., №011111, 26.05.99, Нидерланды.
20. Рисполепт – т. 1 мг., 2 мг., №009643, 31.07.97, Бельгия.
21. Седуксен – т. 5 мг., №2101, 27.02.95; амп. 10 мг. – 2 мл., №006652, 29.02.96, Венгрия.
22. Сермион – т. 5 мг., порошок для инъекционного раствора (флаконы) 4 мг., №011253, 22.07.99, Италия.

23. Сибазон – амп. 0,5% – 2 мл., №87/295/8, 22.12.98, Украина.
24. Сонапакс – др. 10 мг., 25 мг., №008275, 14.05.97, Польша.
25. Трентал – т. 400 мг., №008161, 14.02.97; амп. 100 мг. – 5 мл., № 008585, 20.07.98, Индия.
26. Триттико – т. 75 мг., 150 мг., №008369, 16.12.97, Италия.
27. Трифтазин – т. 5 мг., №71/945/27, 07.07.98, Украина.
28. Феназепам – т. 0,5 мг., 1 мг., №77/996/7; амп. 0,1% – 1 мл., №94/128/7, Россия.
29. Фенибут – т. 250 мг., №74/1126/21, Россия.
30. Флувоксамин – т. 100 мг., №009468, 22.05.97, Нидерланды.
31. Флуоксетин – капсул. 20 мг., №010260, 19.06.98, Австрия.
32. Церебролизин – амп. 1 мл., 5 мл., №008082, 10.11.96, Австрия.
33. Циннаризин – т. 25 мг., №008733, 11.12.98, Болгария.
34. Экселон – капсул. 0,5 мг., 1 мг., №010569, 02.12.98, Швейцария.

В пособии приведен расширенный список лекарственных форм, что продиктовано представленностью препаратов в отечественном здравоохранении.

О П И С А Н И Е М Е Т О Д А

ДЕМЕНЦИИ И СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ

В позднем возрасте растет число пациентов, страдающих сосудистой деменцией и болезнью Альцгеймера, эти заболевания считаются самыми распространенными причинами слабоумия, однако, возможны и другие причины органических ослабумливающих процессов у лиц пожилого и старческого возраста [1, 21, 18, 5], а присоединение к ним соматоневрологических декомпенсаций существенно сказывается на течении психических нарушений [11, 16, 6, 22, 26].

Соматоневрологические декомпенсации: 1) изменяют ориентировку больных во времени, в пространстве и самом себе, усиливая спутанность; 2) углубляют депрессивную симптоматику, вызывая угнетенное, подавленное настроение и тревогу; 3) на личность в целом не оказывают серьезного влияния, но на отдельных признаках отражаются значительно: у больных усиливалось слабоумие, снижалась критика к своему психическому состоянию, уменьшалось благодушие; 4) усиливают астению и приводят к резкому снижению работоспособности.

При прогрессирующем психоорганическом синдроме наступает дезориентировка пациентов во времени, пространстве и себе. Обстоятельствами иной, нереальной ситуации определяется всё неадекватное поведение больного.

Спутанность при деменциях может выражаться в снижении ориентировки, астении, рассеянности, затруднении сосредоточения внимания, нарушении контакта с окружающими, обманах восприятия и т.п. Состояние психической спутанности у данного контингента значительно варьирует по своей интенсивности. Редко наблюдаются развернутые типичные синдромы делирия, аменции и сумеречных состояний, в большинстве случаев психотическая картина объединяет в себе элементы различных реакций экзогенно-органического типа, для которых характерно затяжное течение и чередование периодов прояснения с рецидивами нарушения сознания.

Старческий делирий включает грубую дезориентировку в месте и времени. Происходит оживление образов и воспоминаний далекого прошлого, оно предстает перед больным в правдоподобной и четкой форме. В окружающих лицах он “узнает” давно умерших родственников, ярко рассказывает о своих переживаниях и в них часто выступают идеи ущерба. Выраженность галлюцинаций слабая, более характерно иллюзорное восприятие действительности. Спутанность усиливается вечером и в ночное время. Если к подобным расстройствам присоединяется экзогенная вредность (инфекция, сердечно-сосудистая декомпенсация, острое нарушение мозгового кровообращения, приступ глаукомы, опухоль предстательной железы, лекарственная интоксикация и др.), то появляется интенсивное двигательное возбуждение с бесцельной суетливостью и большей яркостью чувственных обманов. Выход из подобных состояний сопровождается длительной астенией иногда с последующим развитием (усилением) слабоумия.

Усилившиеся психические симптомы могут быть первыми признаками начавшейся соматоневрологической декомпенсации и маскировать обострение соматического или нервного заболевания. Изменение психического состояния пожилых пациентов, например, внезапная, необъяснимая текущими процессами общая слабость, резко выраженная астения, ухудшение контакта, появление обманов восприятия или несистематизированных бредовых идей, а также симптомы нарушенного сознания всегдастораживают лечащего врача. В подобных случаях анализировалась не только динамика психического состояния, а в первую очередь исключались соматоневрологическая декомпенсация сопутствующей патологии внутренних органов или присоединившийся острый патологический процесс и лишь после этого решался вопрос о лечебно-реабилитационных мероприятиях.

У больных позднего возраста с органическими поражениями головного мозга снижение настроения имеет тенденцию к затяжному течению и часто обусловлено экзогенными причинами. По мнению ряда авторов [5, 24], первыми признаками начинающейся деменции могут быть депрессивные состояния, которые характеризуются

большим чувством внутреннего напряжения, витальной тоской в сочетании с тревогой, ажитированным беспокойством, резко выраженным моторным компонентом. Маниакальные состояния у пожилых наблюдаются сравнительно редко и отличаются однообразностью, тусклостью и лабильностью аффекта.

В нашем исследовании выявлена тенденция к усилению депрессивной симптоматики и росту числа больных со сниженным настроением и тревогой под влиянием соматоневрологических декомпенсаций.

Изменения личности в старости определяются с одной стороны психической ригидностью, а с другой – социальной изоляцией, сужением круга интересов и потребностей. Личностные изменения, обусловленные старением, имеют много общего с характерологическими сдвигами, которые наблюдаются в начальных стадиях органических заболеваний головного мозга позднего возраста. Обнаруживающиеся как при физиологическом старении, так и при патологических его формах изменения отличаются своеобразной полярностью. Больные становятся вязкими, обстоятельными, упрямыми, консервативными, застревающими только на одном решении, в том числе на уровне личностных отношений. Они концентрируются на своих соматических ощущениях (ипохондризация), собственных желаниях и потребностях, даже в ущерб окружающим. Сниженная эмоциональная отзывчивость резко меняет отношение к близким и родным вплоть до озлобленности и агрессивности. Но встречаются и такие больные, у которых – повышенная внушаемость и轻信, слезливое слабодушие и чувствительность или эйфория, благодушие, недооценка тяжести своего состояния и положения и т.п.

Присоединение соматоневрологических декомпенсаций по нашим наблюдениям сказалось только на отдельных личностных показателях больных, не затрагивая личность в целом.

Работоспособность (способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, элементарной трудовой деятельности, контролю своего поведения и т.п.) у больных с деменцией сильно ограничена. Неудивительно, что при поступлении в стационар работоспособность была очень низкой, а СНД ее еще больше снизили, 52 (92,9%) человека нуждались в постороннем уходе и даже надзоре. После лечения значительное снижение работоспособности в основной подгруппе сохранилось у 36 (66,7%) больных, а в сравнительной – только у 1 (5,3%), $p < 0,01$. Выписка этих больных из отделения производилась домой на попечение родственников или осуществлялись переводы в ПНИ, в психиатрические больницы по месту жительства, в стационары Гериатрического и Психосоматического центров.

ДЕПРЕССИИ И СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ

Аффективные расстройства настроения в позднем возрасте связаны с изменениями психической деятельности человека и детерминированы биологическими процессами инволюции [1, 3, 19, 9]. Наиболее типичными расстройствами настроения у пожилых являются депрессии, характеризующиеся помимо классической "депрессивной триады" наличием тревожного компонента, бредовой настроенности и ипохондризации [10, 16, 7, 13]. Часты в клинической картине депрессивные идеи отношения, самообвинения и самоосуждения, болезненное ощущение собственного бесчувствия, а также в большей или меньшей степени меланхолическая деперсонализация. В относительной независимости от их нозологической характеристики при депрессиях старческого возраста преобладают такие симптомы как вялость, соматические жалобы, недовольство, раздражительность, ворчливость, чувство незаслуженной обиды и т.п. Чем старше возраст, тем атипичнее психопатологическая симптоматика депрессивных расстройств. Полиморфизм и "размытость" клинических проявлений нарушают четкую синдромальную дифференцировку, которая сверх того осложняется присоединением соматоневрологических декомпенсаций [2, 20, 23]. Этим и определялась оценка динамики депрессий в нашей работе по симптомам. Маниакальные состояния не изучались, поскольку они у данного контингента встречаются редко.

Сравнительный анализ клиники депрессий в двух подгруппах выявил отчетливые различия: 1) в частоте и интенсивности большинства симптомов, так характерные для депрессий симптомы у больных основной подгруппы были сильнее выражены; 2) в появлении ряда иных симптомов неаффективного круга, например, у пациентов с СНД отмечалась психическая спутанность. Различна в сравниваемых подгруппах и продолжительность аффективных приступов, с явной тенденцией к их удлинению у больных с соматоневрологическими декомпенсациями.

Ведущие признаки депрессии: угнетенное, подавленное настроение, аффект тоски, тревога и апатия у больных основной подгруппы углубились (статистическая достоверность по всем признакам при выписке – $p < 0,01$), что, вероятно, связано с общим ухудшением самочувствия в результате СНД.

Психопатологические проявления аффективных нарушений при депрессиях (сниженное настроение, тоска, тревога и др.) сказываются и на состоянии моторики. Классическое депрессивное состояние характеризуется заторможенностью не только ассоциаций, но и всех двигательных актов вообще. Однако психомоторная заторможенность при депрессиях в позднем возрасте встречается не столь часто, как у

молодых и по своей интенсивности менее выражена. Соматоневрологические декомпенсации усилили заторможенность только у 4 (13,7%) человек до средней степени.

В пожилом возрасте возможно чередование психомоторной заторможенности с беспокойством и даже на протяжении единичного приступа депрессии. Среди обследованных больных только у одного пациента основной подгруппы при госпитализации была резко выражена картина тревожной ажитации с двигательным возбуждением, а в период СНД – у 5 (17,2%). Скорее всего, углубление тревоги под влиянием декомпенсаций вызвало у данных пациентов психомоторное возбуждение. Перед выпиской двигательного возбуждения ни у кого не отмечалось.

На фоне тревожных переживаний высока вероятность реализации суицидных тенденций. Суицидные попытки у больных тревожной депрессией не продуманы, иногда носят импульсивный характер. Они часто выбрасываются из окон, кидаются под транспорт, наносят себе ножевые ранения и т.п. При аффекте тоски наблюдаются хульные мысли, к которым примыкают и навязчивые мысли о самоубийстве. Ощущение беспомощности, бессилия порождает страх перед жизнью и ее проблемами и появляется стремление уйти от них любой ценой, даже ценой смерти. От больного можно услышать, что у него никогда раньше не было подобных мыслей, но жизнь настолько тяжела и безрадостна, что смерть от несчастного случая стала бы его спасением. Оценка суицидного риска является крайне важной и трудной задачей, при обнаружении у больного суицидных намерений необходимо предпринять особые меры, прежде всего, – госпитализировать.

Встречаются случаи, где осознанным мотивом суицидной попытки становятся идеи самообвинения, но, во-первых, их не так много, во-вторых, наряду с этим присутствуют и другие мотивы, и, наконец, идеи виновности и суицидные мысли являются следствием одной и той же причины – аффективной патологии. Соматоневрологические декомпенсации, углубив депрессивную симптоматику, увеличили количество суицидальных больных и, несмотря на лечение, суицидные мысли, намерения сохранялись у 2 (6,9%) пациентов основной подгруппы и при выписке.

Характер содержания патологического мышления у пожилых депрессивных больных в последнее время стал изменяться, вместо идей самообвинения и самоуничтожения чаще звучат ипохондрические жалобы, в том числе в виде синдрома Котара. Ипохондрическая фиксация на своем физическом состоянии нередко связана с наличием у пациентов различного рода реальной соматической патологии в той или иной степени. Соматические симптомы есть у подавляющего большинства пожилых больных депрессией. У пациентов с глубокой депрессией отмечают: застывшая мимика,

выражение скорби на лице, взгляд тусклый, глаза запавшие, голос тихий, глухой, со слабыми модуляциями или вообще немодулированный, поза согбенная, ноги при ходьбе волочатся.

Наиболее характерным и мучительным симптомом считается расстройство сна. Сон – поверхностный, с частыми просыпаниями, не приносящий отдыха и свежести. Другой постоянный симптом – снижение аппетита, большее в первую половину дня и похудание, которое может достигать степени кахексии и представляет серьезную угрозу для жизни больного. "Голодный запах" изо рта, обложенный язык и зев отличают таких больных. Неприятным соматическим проявлением депрессии являются запоры. Стул иногда отсутствует в течение недель, что трудно лечится и приходится прибегать к слабительным средствам. Следствием периферической симпатотонии, наряду с запорами могут быть тахикардия, мидриаз, сухость слизистых оболочек, легкий экзофтальм и др.

Алгии (боли) при депрессиях носят устойчивый характер, различной локализации и интенсивности. Болевые ощущения включают мышечные, радикулитные, головные боли, боли в области сердца, груди, желудочно-кишечного тракта, других органов и своеобразные мучительные хронические боли, описываемые как алгический синдром. Болевые явления у пациентов обусловлены главным образом не патогенетическими механизмами собственно депрессии, а тревогой, входящей в структуру депрессивного синдрома. Тревога в большей степени определяет и другие соматовегетативные симптомы (артериальная гипертензия, гипервентиляция, ощущение неполного вдоха, потоотделение, спазмы т.п.).

Учитывая изложенное, в нашей работе у депрессивных больных изучались следующие соматические признаки: нарушение сна, аппетита, снижение веса, запоры, вегетативные кризы и алгии. Возникшие соматоневрологические декомпенсации резко усилили все перечисленные симптомы, которые и при выписке в основной подгруппе были выше (статистическая достоверность по признакам: нарушение сна, аппетита, запоры – $p < 0,01$).

При ипохондрическом синдроме на фоне угнетенного, подавленного настроения постоянно звучат жалобы на всякого рода неприятные ощущения в различных участках тела, например, "натяжение", "жжение", "переливание", "распирание", "ползание мурашек" и т.п. Больные фиксированы на состоянии своего здоровья, отдавая ему все свое внимание с полным переключением на соматику. Элементом структуры депрессии у пожилых пациентов являются разнообразные сенестопатии, которые ряд авторов относят к широкому кругу деперсонализационных расстройств. Под влиянием СНД жалобы на всякого рода неприятные ощущения в различных участках тела возросли, их предъявляли

5 (17,2%) больных по сравнению с 2 (6,9%) – при поступлении, сохранились они и при выписке, но только в основной подгруппе у 3 (10,3%) больных средней степени выраженности ($p < 0,04$).

Навязчивости встречаются при неглубоких депрессивных состояниях. В большинстве случаев они возникают у лиц с обсессивными чертами в преморбидном периоде, в рамках невроза навязчивых состояний и психастении или после тяжелых соматических заболеваний, длительных психотравмирующих ситуаций и других истощающих факторов. Характер обсессий может служить индикатором аффективной структуры: индифферентные навязчивые сомнения типичны для анергической депрессии, хульные мысли – для напряженного меланхолического синдрома, фобии – для тревожно-депрессивного. В проведенном исследовании получены результаты, подтверждающие роль соматических заболеваний в появлении навязчивостей у больных, под влиянием СНД их число увеличилось с 3 (10,3%) до 10 (34,4%).

Психическая спутанность не характерна для депрессий и при поступлении в стационар ни у кого из обследованных больных не отмечалась. Однако соматоневрологические декомпенсации, главным образом лекарственные интоксикации, вызвали спутанность у 4 (13,7%) больных. В результате лечения состояния спутанности прошли у всех.

Тревога в сочетании со свойственным депрессии ощущением бесперспективности и присущим старости сознанием ограниченности своих сил, зависимости от других, неуверенности в будущем сводят на нет и без того низкую работоспособность больных. На момент госпитализации снижение работоспособности было у 13 (44,8%) больных основной подгруппы и у 23 (88,4%) больных сравнительной, СНД отразились на работоспособности всех пациентов, в том числе у 22 (75,9%) в крайней степени. При выписке сниженная работоспособность в основной подгруппе была на начальном уровне, а в сравнительной – только у 2 (7,7%) человек, что можно рассматривать как результат лечения депрессии и сопутствующих соматоневрологических декомпенсаций.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ С УЧЁТОМ СОМАТИЧЕСКОЙ ОТЯГОЩЁННОСТИ

Лечение психических заболеваний, осложненных соматоневрологическими декомпенсациями, в позднем возрасте и реабилитация больных не могут дать достаточно хороший результат без индивидуального подбора комплекса лечебно-восстановительных мероприятий, учитывающих этиопатогенез, структуру и динамику основного заболевания, а также физическое состояние пациента, характер и особенности актуальной СНД. При

работе с пожилым контингентом следует использовать широкую биопсихосоциальную модель [25] и учитывать общевозрастные и патологические сдвиги в структуре и функциях отдельных органов и систем, составляющие фон у геронтопсихически больных.

Важно отметить, что лекарственная терапия в пожилом и старческом возрасте имеет свои особенности, к которым относятся: 1) нарушение фармакодинамики и фармакокинетики медикаментов на фоне возрастных инволюционных процессов и имеющейся геронтопсихиатрической патологии; 2) назначение более одного лекарственного препарата в силу полиморбидности у данного возрастного контингента; 3) длительное применение медикаментов в связи с хроническим течением многих заболеваний; 4) недостаточное и неправильное выполнение предписанного режима медикаментозной терапии в амбулаторных условиях [6].

Для больных двух групп поздневозрастных психических расстройств (ослабоумливающие процессы и функциональные) лечебно-восстановительные мероприятия отличаются по задачам, методическим приемам и ожидаемым результатам. В практике отделения гериатрической психиатрии НИПИ им. В.М.Бехтерева широко используются дифференцированные лечебно-восстановительные программы, разработанные под руководством А.У.Тибиловой. Их основу составляет сочетание биологической терапии и личностно-направленных методов, которые при комплексном использовании взаимосоиливаются.

Терапия по этим программам проводилась больным сравнительной подгруппы, но при лечении больных основной подгруппы требовалась их коррекция с учетом соматической отягощенности. В одних случаях дифференцированному лечению различного рода психических нарушений предшествовала лекарственная терапия соматических заболеваний, повышение общебиологического тонуса, уменьшение проявлений патологического старения и выравнивание возрастн-обусловленных редутивных изменений организма. В других случаях, в частности, при соматогенных психических заболеваниях, только одновременное терапевтическое воздействие на соматическое заболевание и психопатологические расстройства могло привести к успеху.

Выбор лечебных мероприятий осуществлялся в соответствии с наличием актуальных соматоневрологических декомпенсаций, а также этиопатогенезом заболевания, структурой и динамикой психопатологической симптоматики. Дозы препаратов подбирались исходя из индивидуальной переносимости и возможных побочных эффектов.

Лечение соматоневрологических декомпенсаций проводилось согласно назначениям и рекомендациям терапевта, невропатолога и других узких специалистов,

привлекаемых по клиническим показаниям. Всё назначаемое ими лечение курировалось врачами отделения и учитывалось при подборе адекватной лечебно-восстановительной тактики психических расстройств. Анализ и оценка проводимой терапии соматических заболеваний не входили в планы нашего исследования, это самостоятельная проблема, требующая серьезного внимания и целенаправленного изучения.

Лечение начального психоорганического синдрома, отягощенного соматоневрологическими декомпенсациями, представляется актуальным прежде всего потому, что в литературе до настоящего времени нет систематического анализа соответствующих фармакотерапевтических возможностей. При этом имеются сведения об отсутствии лекарственных средств, способных оказывать достоверное положительное влияние собственно на функцию памяти. Однако на этом основании было бы неоправдано исключать всякие перспективы лечения подобных больных. Во-первых, как было показано выше, психоорганическая симптоматика не исчерпывается только мнестическими нарушениями. Во-вторых, функция памяти находится в тесной взаимосвязи с уровнем ясности сознания, наличием и степенью выраженности астении, состоянием эмоциональной сферы. И, наконец, главное, лишь в ранней фазе заболевания удастся временно достигать незначительного ослабления симптомов. Отсюда следует необходимость специального изучения результативности использования современных психофармакотерапевтических средств при начальных проявлениях психоорганического синдрома, к тому же, отягощенного СНД.

Комплексное медикаментозное лечение всех изученных больных включало терапию соматоневрологических декомпенсаций и широко используемые в гериатрической практике общеукрепляющие препараты. При начальных проявлениях психоорганического синдрома сосудистого генеза применялись вазоактивные препараты: циннаризин, кавинтон, трентал, сермион; хороший эффект был получен при лечении глиатилином. Часть больных получали ноотропы, которые применялись в том случае, если в структуре аффективных расстройств отсутствовали тревога, повышенная возбудимость, раздражительность. Из психотропных препаратов часто использовались седативные средства и "малые" транквилизаторы. Кроме того, в случае недостаточной эффективности последних в устранении повышенной тревожности, а она усилилась под влиянием СНД, назначались "классические" транквилизаторы и чаще – производные бензодиазепа (реланиум, феназепам и др.). При лечении больных с признаками эксплозивности и личностными изменениями использовались "мягкие" нейролептики (сонапакс, неупелтил и др.). Депрессивный оттенок настроения требовал назначения антидепрессантов. При этом чаще применялись препараты: коаксил, флуоксетин,

флувоксамин, ксанакс, что обусловлено минимальной выраженностью их побочных действий и особенностями спектра психотропной активности. Критерием выбора указанных антидепрессантов служило наличие противотревожного и смешанного (противотревожного и тимоаналептического) компонентов действия.

В последнее время все более актуальным становится лечение деменции альцгеймеровского типа. Стратегия лечения подобных больных в отделении гериатрической психиатрии представлена следующими направлениями: компенсаторная (заместительная) терапия – амиридин, экселон и др., протективная терапия – ноотропы (пирацетам, ацефен, пиридитол и др.) и препараты, обладающие нейротрофическими свойствами (церебролизин, глиатилин и др.), а также вазоактивная терапия.

Кроме биологического лечения со всеми больными начальным психоорганическим синдромом сосудистого, атрофического и смешанного генеза проводился комплекс психотерапевтических мероприятий и специальных занятий по тренировке ослабленных функций.

В случаях выраженного психоорганического дефекта лечебно-восстановительные воздействия направлены на усиленную коррекцию поведенческих нарушений и подготовку больного к жизни в ближайшем социальном окружении, чаще в больничной среде или специализированном интернате для престарелых.

Коррекции поведенческих нарушений требовали и те больные, у которых в результате соматоневрологических декомпенсаций появилась психическая спутанность. При этом лечебно-восстановительные мероприятия включали активную терапию СНД и применение психотропных средств, в легких случаях – транквилизаторы и из гамкергических препаратов фенибут, а в тяжелых – традиционные и атипичные нейролептики.

К лечению аффективных расстройств настроения с преобладанием депрессивной симптоматики в позднем возрасте необходимо подходить с учетом нозологической принадлежности, структуры и тяжести депрессивного синдрома, сопутствующих соматоневрологических декомпенсаций, а также социопсихологической ситуации больного. Исходя из этого, терапия депрессий, осложненных СНД, в отделении №3 НИПИ им. В.М.Бехтерева включала:

- 1) фармакотерапию, направленную на купирование декомпенсаций соматического или нервного заболевания;
- 2) психофармакотерапию;
- 3) электросудорожную терапию (ЭСТ);
- 4) психотерапию.

Для коррекции соматического состояния в позднем возрасте применяется биологическая терапия, соответствующая физическому страданию. Чаще прочих у больных этого возраста встречаются сердечно-сосудистые заболевания, при лечении которых используются сердечно-сосудистые, гипотензивные и антисклеротические препараты, а в случаях с органическими поражениями головного мозга – средства, улучшающие мозговое кровообращение. Лечение любой имеющейся соматической патологии обязательно учитывается при выборе психофармакотерапевтических средств.

Основными препаратами лечения депрессии являются антидепрессанты, различные по степени седативного, тимоаналептического и стимулирующего действий. В отделении при тяжелых депрессивных состояниях традиционно применяются три- и четырехциклические антидепрессанты: при тревожных депрессиях предпочтение отдается amitриптилину, при меланхолических – мелипрамину, для достижения быстрого эффекта и при агитированных – анафранилу, при депрессиях с ипохондрическими и вегетативными проявлениями – людиомилу.

Больным, имеющим сопутствующую соматическую патологию и СНД, назначение "больших" антидепрессантов из-за выраженных побочных эффектов ограничено, поэтому использовались менее токсичные препараты: азафен, пиразидол, коаксил, леривон, триттико, ремерон, флувоксамин, ксанакс и др. При затяжных депрессивных состояниях с преобладанием тревоги и выраженной сердечной патологией в виде нарушений ритма, приступов мерцательной аритмии хороший результат достигался применением коаксила. При тревожно-ипохондрическом синдроме у депрессивных больных с органически измененным фоном чаще использовались триттико, ремерон, ксанакс.

В случаях депрессий, не поддающихся лечению антидепрессантами, довольно широко применялись ноотропы в максимальных дозах. Некоторым больным для купирования выраженных состояний страха, тревоги, для регуляции сопутствующих вегетативных нарушений назначались также транквилизаторы (сибазон, седуксен, реланиум, феназепам и др.).

Психотропные средства из группы нейролептиков имеют ограниченное применение при депрессиях пожилого возраста. Они предписывались одновременно с антидепрессантами больным с бредовыми включениями и тем, у кого в результате СНД появились состояния спутанности, напряженности и агитации. Хороший эффект давали следующие препараты: трифтазин, галоперидол, соннапакс, rispoleпт.

Электросудорожная терапия, как метод лечения затяжных депрессивных фаз, неподдающихся медикаментозной коррекции, наблюдаемым больным назначалась крайне

редко в связи с наличием противопоказаний: актуальные СНД, нарушения памяти, психическая спутанность и прочее.

Учитывая большой удельный вес психогенных факторов в генезе депрессий у больных позднего возраста, эффективным методом лечения в комплексе с другими является психотерапия. Психотерапевтическое воздействие направлено на изменение отношения пациента к психотравмирующей ситуации, на переориентацию к новым обстоятельствам жизни и физическим недомоганиям, сопровождающим стареющего человека.

Психотерапия была представлена: а) индивидуальной; б) групповой; в) семейной; г) аутотренингом. Предпочтение отдавалось индивидуальной психотерапии [14]. Для работы в группе подбирались больные на выходе из депрессивного состояния с приблизительно одинаковыми психо- и социогениями, разрешались частые свидания с родственниками, практиковались пробные отпуска на выходные дни и режим частичной госпитализации. Особое внимание уделялось созданию благоприятного, доброжелательного психологического климата в отделении.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Был обследован 131 больной, некоторые из них наблюдались при повторных госпитализациях. Среди обследованных – 47 мужчин (35,9%) и 84 женщины (64,1%). Возраст больных на момент поступления колебался от 50 до 91 года (средний – $69,3 \pm 0,9$ лет). Пациенты находились в клинике от 7 до 234 дней (в среднем – $71,6 \pm 4,0$ дней).

У 86 больных (основная подгруппа) имелись соматоневрологические декомпенсации различного происхождения, у 45 (сравнительная подгруппа) они отсутствовали.

Психические расстройства у обследованных больных наблюдались в структуре различных нозологических форм. Они составили 2 группы: первая – органические, включая симптоматические, психические расстройства, вторая – аффективные расстройства настроения (все наименования приводятся по МКБ-10). В первую группу вошли следующие психические заболевания: деменция при болезни Альцгеймера (F00); сосудистая деменция (F01); деменция, классифицируемая в других разделах (F02); делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами (F05); другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни (F06); расстройства личности и поведения

вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (F07). Общее число больных этой группы – 81, из них 60 – основная подгруппа и 21 – сравнительная.

Во вторую группу вошли: биполярное аффективное расстройство (F31); рекуррентное депрессивное расстройство (F33); хронические (аффективные) расстройства настроения (F34). Общее число больных этой группы – 50, из них 26 – основная подгруппа и 24 – сравнительная.

По клиническим проявлениям больных с ослабумливающими процессами было 76, из них 57 – основная и 19 – сравнительная подгруппы, а больных аффективными расстройствами настроения депрессивного круга – 55, из них 29 – основная и 26 – сравнительная подгруппы.

Основная и сравнительная подгруппы в пределах каждой группы имели сходные характеристики по полу, возрасту, социальному статусу, анамнезу болезни, типу психических нарушений и соматоневрологическому фону, что позволило сравнивать полученные результаты. Во всех подгруппах преобладали лица женского пола за счет большей продолжительности жизни женщин в общей популяции населения. Больные аффективными расстройствами настроения были в среднем несколько моложе больных с органическими поражениями головного мозга.

В основной подгруппе было зарегистрировано 130 актуальных СНД, у 47 человек декомпенсация со стороны одного органа или системы (единичная), у остальных – одновременно несколько декомпенсаций (сочетанные): 35 чел. – 2, 3 чел. – 3 и 1 чел. – 4. Соматоневрологические декомпенсации отразились на клиническом проявлении психических расстройств различным образом:

- спровоцировали начало заболевания, фазы, обострения – 24 (27,9%);
- усилили имеющиеся психические нарушения – 11 (12,8%);
- вызвали трансформацию психических расстройств – 37 (43,0%);
- способствовали значительному улучшению – 2 (2,3%);
- не оказали существенного влияния – 12 (14,0%).

Эффективность лечения психически больных позднего возраста с различными соматоневрологическими декомпенсациями обеспечивалась сознательным выбором этапности биологической терапии и индивидуально подобранным комплексом лечебно-реабилитационных мероприятий. Особо следует подчеркнуть, что актуальные СНД создавали нестабильный соматический фон и влияли на психопатологическую картину болезни, часто видоизменяя ее, поэтому была невозможна традиционная курсовая терапия и требовалось гибкое маневрирование в лечебном процессе.

Состояние больных при выписке оценивалось по трем признакам: общее состояние, степень компенсации основного и сопутствующих заболеваний в двух сравниваемых подгруппах: основной (83 чел.) – больные с актуальными соматоневрологическими декомпенсациями и сравнительной (45 чел.) – больные без актуальных СНД. Степень компенсации при выписке определялась нозологической структурой основного и сопутствующих заболеваний, тяжестью клинической картины, реактивностью организма в целом, качеством медицинской помощи и др.

Присоединение соматоневрологических декомпенсаций отразилось как на общем и соматическом, так и на психическом состоянии пациентов. В результате СНД, несовместимых с жизнью, умерло 3 (2,3%) из всех наблюдаемых больных, остальные выписаны с различной степенью компенсации. В сравнительной подгруппе все показатели лучше, чем в основной. Полученные результаты представлены в таблице.

Степень компенсации (при выписке)

№ п/п	Состояние больного	Подгруппы	значительное (%) улучшение	(%) улучшение	без изменений (%)	(%) ухудшение
		P				
1.	Общее состояние	Основная	7,2	56,6	16,9	19,3
		Сравнительная	8,9	77,8	13,3	0,0
		P	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01
2.	Психическое состояние (основное заболевание)	Основная	13,3	56,6	18,1	12,0
		Сравнительная	11,1	75,6	13,3	0,0
		P	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01
3.	Соматоневрологическое состояние (сопутствующие заболевания)	Основная	6,0	47,0	27,7	19,3
		Сравнительная	2,2	17,8	80,0	0,0
		P	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В старости биологические, психические и социальные факторы, их взаимодействие и переплетение ведут к сложным количественным и структурным изменениям, которые отражаются на качестве жизни пациента в той или иной степени. Наличие и сочетание разнообразной по характеру и проявлениям психической и соматоневрологической патологии – типичное явление в геронтопсихиатрической практике.

Соматоневрологические декомпенсации, как нарушения функций или структуры внутренних органов и систем оказывают различное влияние на течение психических заболеваний в позднем возрасте. Они могут выступать провоцирующим механизмом начала заболевания (фазы, обострения), усиливать имеющиеся психические нарушения, приводить к их трансформации и в редких случаях – способствовать улучшению психического состояния.

У больных позднего возраста изменения клиники психических заболеваний в результате воздействия соматоневрологических декомпенсаций сложны за счет атипичности и полиморфности и отличаются при органических поражениях головного мозга и аффективных расстройствах настроения.

Каждый случай СНД требует тщательной (с проведением необходимых клинических и лабораторных исследований) диагностики и своевременного лечения. Терапия соматических осложнений обязательно учитывается при коррекции психического состояния. Она может предшествовать лечению психических нарушений или осуществляться параллельно и в основном положительно отражается на психическом статусе больных.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Авербух Е.С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. – Л.: Медицина, 1969. – 285 с.
2. Бондарев Р.П. Некоторые особенности клинических проявлений и терапевтической тактики при функциональных аффективных психозах позднего возраста с учетом фоновой соматической отягощенности //Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии: Сб. научных трудов /Под ред. О.В.Лиманкина, В.И.Крылова. – СПб.: “СЗПД”, 1999. – С. 329 – 341.
3. Вовин Р.Я., Аксенова И.О. Затяжные депрессивные состояния. – Л.: Медицина, 1982. – 192 с.
4. Воскресенский Б.А. Клиническая психиатрия и клинический метод //Обозрение психиатрии и мед.психологии им. В.М.Бехтерева. – 1991. – №3. – С. 88 – 91.
5. Гаврилова С.И. Болезнь Альцгеймера: современные представления о диагностике и терапии //РМЖ. – 1997. – Т. 5. – №20. – С. 1 – 11.
6. Дворецкий Л.И. Пожилой больной в практике терапевта //РМЖ (Герiatrics). – 1997. – Т. 5. – №20. – С. 1299 – 1305.
7. Доильницына А.Д. Критерии диагностики депрессивных состояний, впервые возникших в позднем возрасте: Метод. пособие /НИИ им. В.М.Бехтерева. – СПб., 1996. – 12 с.
8. Дробижев М.Ю. Взаимодействие средств, применяемых для лечения соматических заболеваний, и психотропных препаратов (Обзор литературы) //РМЖ. Современная психиатрия им.П.Б.Ганнушкина. – 1998. – №2. – С. 15 – 18.
9. Дубницкая Э.Б., Андрющенко А.В. Терапия депрессивных расстройств в общемедицинской практике //РМЖ. Современная психиатрия им. П.Б.Ганнушкина. – 1998. – №2. – С. 10 – 14.
10. Ефименко В.Л. Депрессии в пожилом возрасте. – Л.: Медицина, 1975. – 184 с.
11. Жислин С.Г. Роль возрастного и соматического фактора в возникновении и течении некоторых форм психозов. – М., 1956. – 226 с.
12. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб.: Медицинское информационное агенство, 1995. – С. 311.
13. Нуллер Ю.Л. Типология и терапия депрессий //Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1999. – №3. – С. 14 – 17.
14. Психотерапевтическая энциклопедия /Под общ. ред. Б.Д.Карвасарского. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с.

15. Райский В.А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней. – М.: Медицина, 1988. – 256 с.
16. Сиряченко Т.М., Михайлова Н.М. О некоторых аспектах взаимоотношений соматической и психической патологии в психогериатрии //XII съезд психиатров России: Матер. съезда, Москва, 1-4 ноября 1995 г. – М., 1995. – С. 445 – 446.
17. Татульян С.Е., Васильев С.В. Особенности клиники психических расстройств у больных позднего возраста, перенесших соматоневрологические декомпенсации. Альманах "Геронтология и гериатрия", Вып. 1. – М., 2001. – С. 233 – 236.
18. Тибилова А.У. О компенсаторных возможностях у психически больных пожилого возраста //Лечение и реабилитация психически больных позднего возраста. – Л., 1990. – С. 7 – 13.
19. Тибилова А.У., Мельник Е.М. Проблема психической компенсации в пожилом возрасте //Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1993. – №1. – С. 38 – 45.
20. Точилев В.А. Неглубокие депрессии и их распознавание. История вопроса и современное состояние (обзор) //Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1999. – №3. – С. 39 – 43.
21. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. – М.: Медицина, 1977. – 216 с.
22. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. – Berlin: Springer, 1972. – 704 s.
23. Glassman A.H. Death, depression and heart disease in late-life. Biol. Psychiat. 1997. 42. – № 1. Suppl. P. 35.
24. Raskind M.A. Depression and dementia. Biol. Psychiat. 1997. 42. №1, Suppl. P. 3 s.
25. Trigwell P., Peveler R. Psychiatric aspects of diabetes mellitus //Advances in Psychiatric Treatment. – 1998. – V. 4. – P. 159 – 166.
26. Yanai I., Fujikawa T., Horiguchi J. et al. The 3-year course and outcome of patients with major depression and silent cerebral infarction. J Affect Disord. – 1998. – 47:25 – 30.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА.....	4
МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ.....	5
О П И С А Н И Е М Е Т О Д А.....	6
ДЕМЕНЦИИ И СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ.....	6
ДЕПРЕССИИ И СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ.....	9
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ С УЧЁТОМ СОМАТИЧЕСКОЙ ОТЯГОЩЁННОСТИ.....	12
ЭФФЕКТИВНОСТЬ.....	17
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	20
БИБЛИОГРАФИЯ.....	21