

Заболевания психической сферы в пожилом и старческом возрасте



Выполнила: студентка группы С131(В)

Ренна Ольга



- Во всем мире наблюдается значительный и быстрый рост числа людей пожилого и старческого возраста. С начала нашего столетия продолжительность жизни людей увеличилась почти вдвое. К 2020 году ожидается, что во многих странах лица старших возрастных групп составят 20-30% населения. Для возрастной группы 65-69 лет частота возникновения старческого слабоумия составляет 2,4-5,1%, в возрасте 75-79 лет - до 10-12%, а от 80 до 90 лет - до 24%. Среди 90-летних более 30% страдают старческой деменцией



Возрастная периодизация

- В психиатрии относят к инволюционному (пресенильному) возраст 45 – 60 лет, к старческому (сенильному) свыше 60 лет. Такое определение расходится с официальной геронтологической возрастной периодизацией, но практически целесообразно, поскольку соответствует срокам манифестации психических заболеваний, квалифицируемых как болезни инволюционного периода или старости.

Классификация психических заболеваний

- 1) «Органические»- необратимые, возникающие на основе определенного морфологического, в основном деструктивного, процесса и ведущие к различным формам деменции
- 2) «Функциональные», не обладающие подобным анатомическим субстратом, обратимые и, как правило, не ведущие к грубому слабоумию

Органические слабоумливающие процессы позднего возраста (необратимые)

- 1) Пресенильные деменции:
 - а) Системные атрофии: болезнь Пика, хорей Гентингтона, болезнь Паркинсона, болезнь Крейтцфельда – Якоба и другие редкие заболевания; б) Близкая к старческому слабоумию болезнь Альцгеймера;
- 2) Сенильные деменции

Обратимые



- Инволюционная меланхолия
- Злокачественный пресенильный психоз (болезнь Крепелина)
- Инволюционная паранойя
- Инволюционный параноид

**Органические
ослабоумливающие процессы
позднего возраста
(необратимые)**



Болезнь Пика (лобно-височная деменция)

- очень редкое хроническое заболевание центральной нервной системы. Суть его заключается в атрофии вещества коры головного мозга, истончении коры. Стирается граница между серым и белым веществом мозга. Последний при этом уменьшается в размере.
- Поражаются преимущественно лобная и височные доли коры мозга



Арнольд Пик, австрийский психиатр, описавший симптомы болезни в 1892 г.

Болезнь Пика

- Достоверных данных о распространении нет.
- Встречается в 4-5 раз реже, чем болезнь Альцгеймера
- Чаще всего поражает женщин в возрасте старше 50 лет
- Средняя продолжительность заболевания не превышает 6 лет, в отдельных случаях — до 8 лет.



Этиология и патогенез

- Причина возникновения болезни Пика в настоящее время неизвестна.
- **Факторы, которые повышают риск ее развития:**
 - Наследственная предрасположенность.
 - Травмы головы.
 - Интоксикации.
 - Перенесенные психические заболевания.
Повышается риск развития деменции у лиц, перенесших депрессивные психозы

Симптомы болезни Пика

- По клиническим симптомам сходно с болезнью Альцгеймера, но в отличие от нее болезнь Пика протекает более злокачественно, быстро приводит к распаду личности. При этом на первый план выходят именно расстройства личности и мышления, заслоняя нарушения памяти



Симптомы болезни Пика

Изменения поведения

- неадекватное поведение;
- отсутствие такта в общении;
- эмоциональная лабильность;
- повышается интерес к сексу;
- правила личной гигиены не соблюдаются;
- изменяются вкусовые пристрастия;
- частое возбуждение.

Проблемы с речью и письмом

- Проблемы с речью и письмом
- - практически во всех случаях распад речи, тотальные афазии
- **Эхолалия** (повторение услышанных слов, реплик, звуков) – характерная особенность распада речи при болезни Пика
- **Стереотипии речи** («стоячие обороты»), на поздних этапах болезни они нередко составляют единственную форму речевой активности больного
- Наблюдаются также нарушения чтения, письма (в том числе «стоячие обороты» письма) и счета;

Лечение болезни Пика

- Нейропротекторы. Используются нейротрофические вещества, блокаторы кальциевых каналов, антиоксиданты, факторы роста.
- Фармакологическая коррекция уже имеющихся психических нарушений. Применяются антидепрессанты, препараты снижающие агрессию (по показаниям и небольшими дозами).
- До настоящего времени прогноз при болезни Пика остается неблагоприятным. Заболевание через 5 – 10 лет приводит к моральному и психическому разложению личности. Наступают кахексия и маразм, когда человек практически полностью потерян для общества.
- Эффективных средств, способных ограничить прогрессирование процесса, нет. Больные, особенно на поздних стадиях атрофического процесса, нуждаются в госпитализации в психиатрическую больницу. Показано устройство в интернат для хронически психически больных.



Профилактика

- Первичной профилактики, предотвращающей болезнь Пика не существует.. При подтверждении диагноза нужна срочная госпитализация и лечение, если таковое сможет облегчить жизнь больного





Dr. Alois Alzheimer

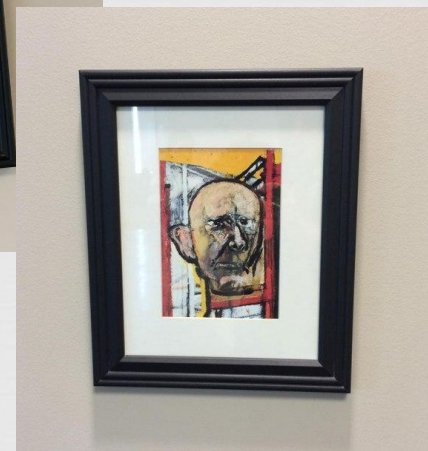
Болезнь Альцгеймер

а

манифестирующее преимущественно в предстарческом возрасте атрофическое заболевание головного мозга, которое приводит к тотальному слабоумию и сопровождается очаговыми нарушениями и расстройствами высших корковых функций.

Как часто встречается болезнь Альцгеймера?

- Частота случаев болезни Альцгеймера после 65-летнего рубежа удваивается каждые пять лет. Она составляет 7 на 1000 (0,7%) для возрастной группы 65 лет и 118 на 1000 (почти 12%) для возраста 85 лет.

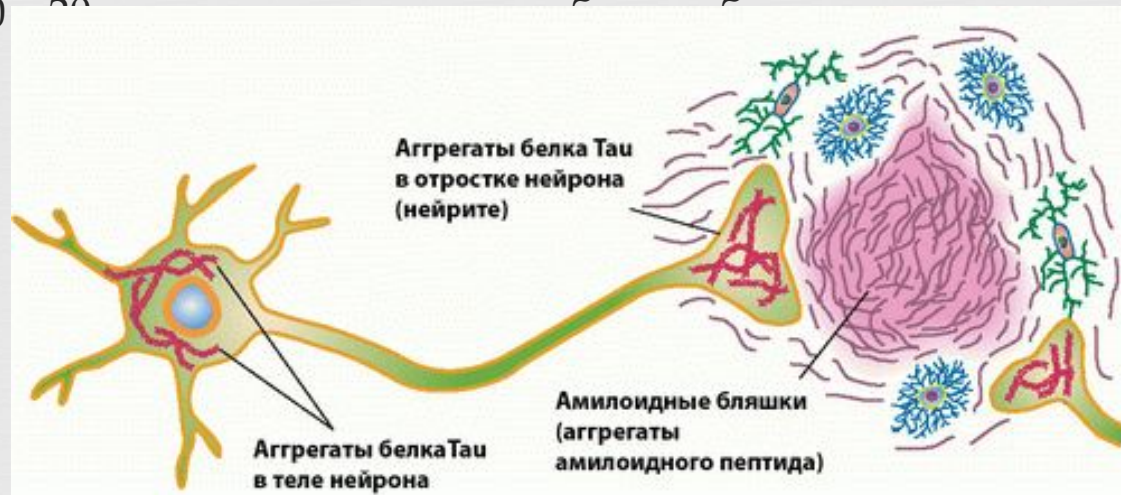


- Средний возраст начала заболевания 55 лет, средняя его продолжительность 8 – 10 лет. Известны и «ранние», в том числе «ювенильные», и поздние формы, а также сравнительно малопрогрессирующие затяжные формы (10 – 15 лет). Женщины заболевают в 3 – 5 раз чаще мужчин.



Этиология и патогенез

- Точного механизма и причин заболевания, как и биомаркеров, пока нет.
- В соответствии с наиболее распространенной на сегодняшний день теорией развития болезни Альцгеймера, в головном мозге образуются нерастворимые амилоидные бляшки и нейрофибриллярные клубки из тау-белка. Количество бляшек и клубков прогрессивно увеличивается, нарушаются межнейрональные связи, функционирование нейронов и в конечном итоге – их гибель. Участки мозга атрофируются, повреждения захватывают весь мозг. Изменения в головном мозге развиваются постепенно за 10–20 лет.



Симптомы болезни Альцгеймера

- ❑ Усиливающаяся забывчивость и кратковременная потеря памяти.
- ❑ Трудности при принятии решений.
- ❑ Затруднение при рассуждении; трудности при выполнении математических операций или подсчете денег.
- ❑ Уменьшение объема знаний о текущих событиях.
- ❑ Вздонованность или депрессия, когда человек начинает осознавать существующие трудности и пугаться их.
- ❑ Затруднения с языком, включая бессвязную речь, неспособность назвать знакомые предметы, длинные паузы для подбора нужных слов, повторение одних и тех же слов, фраз или вопросов.





- • Потеря способности общаться устно или писать и понимать написанное.
- • Бред, галлюцинации, паранойя.
- • Возбудимость и конфликтность.
- • Необычное спокойствие и уход от социальной жизни.
- • Блуждания или способность заблудиться в знакомых местах.
- • Недержание мочи и кала.
- • Неадекватное социальное поведение, безразличие к окружающим.
- • Неспособность узнавать друзей и членов семьи.
- • Неспособность одеваться, есть, умываться или принимать ванну без посторонней помощи.

ПРОПАЛ ЧЕЛОВЕК!

Голубева(Хрунова) Валентина Николаевна
(1938 г.р.), Тверская обл., пос. Редкино
13.12.2012 г. вышла из дома(пос. Редкино) погулять, и до сих пор ее местонахождение не известно.

Приметы: на вид 70-75 лет, среднего телосложения, рост 160-165 см, волосы короткие, светло-рыжие (красит жной), завязывает трапичной белой лентой.

Особе приметы: на голове родинка красного цвета, на левой руке сломана фаланга безымянного пальца (выделяется).
Была одета: зеленое эмше пальто с пелерной, спортивные голубые брюки, заправленные в темно-коричневые эмше сапоги, зеленая берет. На руке золотистый браслет с синими или зелеными вставками.

При себе имела: ключи от дома (2 желтых и 2 от домофона красный и зеленый). Могла взять с собой таблетки.

Дополнительная информация: Болела Альцгеймера, давление. Общительна, часто говорит "не знаю" или "не помню".

Все, кто видел или может сообщить какую-либо информацию о пропавшей, просим позвонить по телефонам: 910-646-34-34 или 02.

НУЖНА ПОМОЩЬ ДОБРОВОЛЬЦЕВ!!!

vk.com/poisk_tver ВПСО*Сова*

Прогноз болезни Альцгеймера

- В исходе болезни отмечаются полный распад психической деятельности, полная беспомощность и тотальная афазия.
- Наступает маразм, больные лежат в «эмбриональной» позе, появляются оральные и хватательные автоматизмы, насильственный смех и плач. Приблизительно в 25 – 30% случаев болезни Альцгеймера наблюдаются типичные большие эпилептические припадки
- Прогноз неблагоприятный. На поздних этапах процесса больные, как правило, нуждаются в госпитализации в больницы или помещении в психоневрологический интернат



Лечение



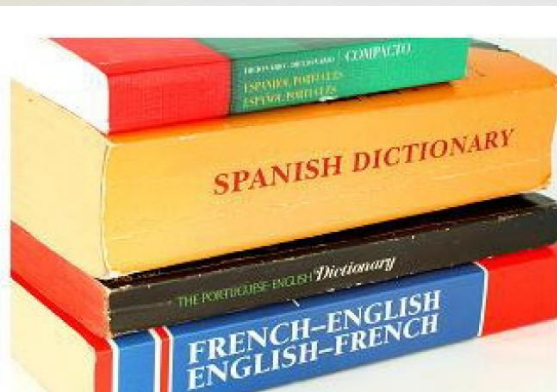
- ❑ Лекарства, способного излечить больного, в настоящее время нет.
Для лечения когнитивных нарушений применяют ингибиторы холинэстеразы – донепезил, галантамин, ривастигмин и NMDA-антагонист- мемантин. Прием препаратов постоянный с постепенным повышением дозы. Церебролизин не излечивает заболевание, но является уникальным нейропротекторным препаратом, замедляющим прогрессирование деменции.
- ❑ В комплексном лечении используют антиоксиданты и вещества, улучшающие кровоснабжение мозга, микроциркуляцию, гемодинамику, снижающие уровень холестерина.

Профилактика

В настоящее время нет доказанной профилактики болезни Альцгеймера. Вероятность снижения риска развития болезни – это коррекция диеты, снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний, атеросклероза, интеллектуальная нагрузка.

Рекомендуется придерживаться средиземноморской диеты, употреблять фрукты, овощи, пшеницу, крупы, оливковое масло, рыбу, красное вино, витамины – В12, В3, С, фолиевую кислоту. Куркумин (специя корня куркумы), корица, экстракт виноградных косточек, кофе – возможно, обладают противоамилоидным действием.





Высокий уровень холестерина, гипертензия, диабет, курение, ожирение, малая физическая активность, депрессия ассоциированы с риском развития и более тяжелым течением болезни Альцгеймера. Знание нескольких языков стимулирует мозговую деятельность. Чем выше интеллект человека, его умственные способности, образование, знание языков, чтение, чем большую нагрузку получает мозг – тем больше шансов избежать деменции, отстрочить ее начало или смягчить течение болезни. Заставляйте мозг работать!

Болезнь Паркинсона



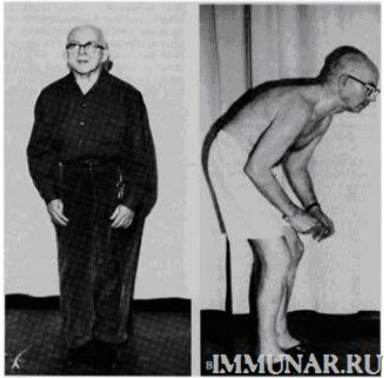
- БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА (дрожательный паралич) – дегенеративно-атрофическое заболевание мозга, манифестирующее в позднем возрасте, проявляющееся в основном экстрапирамидными расстройствами, но нередко протекающее с психическими



Этиология и патогенез



- Большое значение имеют генетическая предрасположенность и факторы внешней среды. Сочетание и взаимодействие этих двух факторов инициируют процесс дегенерации в пигментсодержащих, а впоследствии и других нейронах ствола головного мозга.
- Такой процесс, однажды возникнув, становится необратимым и начинает экспансивное распространение по всему мозгу. Более других белковых субстанций нервной системы наибольшему разрушению подвергается альфа-синуклеин. На клеточном уровне механизм этого процесса выглядит как недостаточность дыхательных функций митохондрий, а также окислительный стресс — основная причина апоптоза нейронов.
- Однако в патогенезе болезни Паркинсона принимают участие и другие факторы, функции которых остаются не раскрытыми до сих пор.



Клиническая картина

- Возраст начала заболевания 45 – 70 лет. Психические изменения наблюдаются не менее чем в 50% случаев.
- На начальных стадиях: повышенная раздражительность, эгоцентризм, подозрительность, постоянное недовольство окружающими. Наиболее часты депрессивные расстройства
- Приблизительно в 40% случаев, в основном на поздних стадиях, обнаруживается стойкий мнестико-интеллектуальный дефект (слабость памяти, снижение уровня суждений), обычно сочетающийся с легкой эйфорией.
- Лишь у немногих больных развивается довольно выраженная деменция, напоминающая сенильную.
- На поздних стадиях заболевания, возникают психотические эпизоды: состояния спутанности с возбуждением, делириозными явлениями, а также галлюцинаторные расстройства



Тетрада двигательных симптомов болезни Паркинсона



Тремор – Наиболее типичен для паркинсонизма тремор покоя.

Мышечная ригидность малозаметна на начальных стадиях, чаще при дрожательной форме болезни Паркинсона, но очевидна при выраженном синдроме паркинсонизма. асимметрии тонуса в конечностях – характерный признак всех стадий болезни Паркинсона.

Гипокинезия Ранние проявления гипокинезии можно наблюдать в элементарных действиях, направленных на самообслуживание (бритье, чистка зубов, застегивание мелких пуговиц и др.).

- брадикинезия (замедленность движений),
- олигокинезия (уменьшение кол-ва движений),
- уменьшение амплитуды движений и снижение их скорости.

Постуральные нарушения при болезни Паркинсона проявляются довольно рано (например, асимметрия вытянутых вперед рук).

ПРОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ

- наклон головы вперед
- тремор головы
- выражение лица как маска
- слюноотделение
- ригидность
- наклон корпуса
- потеря веса
- тремор
- акинезия (затрудненность в движениях)
- потеря постуральных рефлексов
- шаркающая походка
мелкие шаги



ЛЕЧЕНИЕ

- Лекарства
- Реабилитация
- Адаптация к новому образу жизни
- Теплые ванны и массаж для расслабления мышц
- Прием специальных препаратов
- Поддержка работы кишечника
- Обустройства быта под новые условия
- Лечебная физкультура

Стадии болезни

- Различают пять стадий болезни Паркинсона, каждая из которых отражает степень тяжести заболевания. Наибольшее распространение получила классификация, предложенная в 1967 году Хеном и Яром:
- 0 стадия — двигательные проявления отсутствуют
- I стадия — односторонние проявления заболевания
- II стадия — двусторонние симптомы без поструральных нарушений
- III стадия — умеренная поструральная неустойчивость, но пациент не нуждается в посторонней помощи
- IV стадия — значительная утрата двигательной активности, но пациент в состоянии стоять и передвигаться без поддержки
- V стадия — в отсутствие посторонней помощи пациент прикован к креслу или постели

Лечение болезни Паркинсона

- На ранней стадии препараты, увеличивающие синтез дофамина в мозге, стимулирующие его выброс и блокирующих обратное его поглощение, угнетающие распад дофамина, стимулирующие дофаминовые рецепторы и препятствующие гибели нейронов: Амантадин, Селегелин, Пирибедил и т.д.)
- **Леводопа.** По возможности назначается после 60-70 лет (побочные эффекты в виде острых психозов)
- В терминальной стадии болезни Паркинсона основные сложности связаны с кахексией, утратой способности к стоянию, ходьбе и самообслуживанию. В это время необходимо проведение целого комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на обеспечение оптимальных условий для



Болезнь Крейцфельда-Якоба

- наиболее тяжелая форма пресенильной деменции, частота ежегодного появления в некоторых европейских странах не превышает 0,9 на 1 млн. населения



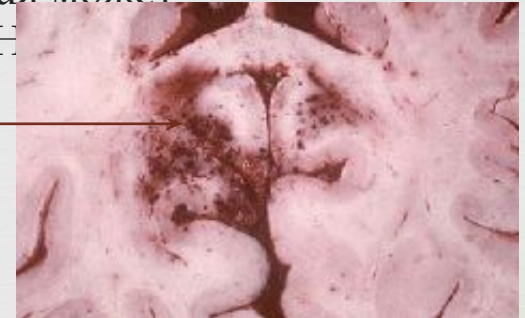
Этиология и патогенез



- Болезнь Крейтцфельдта-Якоба и ее варианты принадлежат к широкой группе болезней человека и животных, которые известны как трансмиссивные губчатые энцефалиты (TSE). Это название происходит от губчатых пустот, которые видны при микроскопии вещества мозга людей, погибших от TSE.

Причиной болезни Крейтцфельдта-Якоба и других губчатых энцефалитов являются аномальные белки – прионы. В норме эти протеины безвредны, но когда они становятся патогенными, то запускают разрушительную болезнь мозга. Прионы – уникальные белки, которые по некоторым характеристикам можно отнести не к веществам, а к живым организмам. Это единственная форма жизни, которая может воспроизводиться только в организме ДН

Губчатые пустоты вещества
головного мозга при болезни
Крейцфельда-Якоба



Клиника

- Начало заболевания в 30 – 50 лет, но возможно и в более молодом (после 20 лет) и в старческом (после 75 лет) возрасте.
- **Начальные симптомы включают:**

- Изменение личности.
- Беспокойство.
- Депрессия.
- Потеря памяти.
- Ухудшение интеллекта.
- Нечеткое зрение.
- Бессонница.
- Нарушение речи.
- Проблемы с глотанием.
- Резкие внезапные движения.



Со временем болезнь прогрессирует, и неврологические симптомы ухудшаются. Большая часть больных в итоге впадает в кому. Сердечная недостаточность, дыхательная недостаточность, пневмония и другие инфекции становятся причинами смерти. Продолжительность болезни, от начальных симптомов до летального исхода, в среднем составляет 7 месяцев. Некоторые люди живут около 2 лет с момента постановки диагноза.



Хорея Гентингтона

- это врожденное наследственное заболевание, которое сопровождается появлением толчкообразных непроизвольных движений – хореи, развитием психических расстройств с деградацией личности и снижением интеллекта вплоть до слабоумия. Свое название данная болезнь получила в честь невролога Джорджа Хантингтона из Америки, который впервые описал основную симптоматику этой патологии.



Этиология и патогенез

- В основном носит наследственный характер, тип наследования - доминантный
- Однако наряду с наследственными формами существует небольшая группа «ненаследственных» случаев, не отличающихся от основной массы за болеваний ни клинически, ни патологоанатомически.



Средний возраст, в котором начинается заболевание, несколько ниже, чем при других пресенильных атрофиях (45 – 47 лет). Средняя продолжительность заболевания значительно больше (12 – 15 лет, иногда несколько десятилетий)



Клиническая картина



- **Интеллектуальные расстройства** – снижается способность к мышлению, изменяется личность, снижается внимание.
- **Физические симптомы** – хореические гиперкинезы.
- **Затруднение произвольных движений** – они нарушаются из-за непроизвольных движений.
- Затруднение речи, также сопровождается гиперкинезами.
- Нарушения сна.
- Снижение критики к своему поведению и состоянию.
- Возникновение необоснованных приступов паники, депрессии, гиперсексуальность.
- **Деменция** – слабоумие, проявляющееся на последних стадиях заболевания.
- Эндокринные и нейротрофические расстройства.
- Постепенно развиваются осложнения хореи Гентингтона (пневмония, кахексия, сердечная недостаточность). Чаще всего именно они являются причиной смертельного исхода.

Как выглядят хореические гиперкинезы

- У человека проявляются: гримасы; усиление жестикуляции; тремор рук; при ходьбе: размахивание руками, кивание головой, пошатывание; затруднение речи из-за причмокиваний, гримас; любой двигательный акт сопровождается массой



Гримасы при хореических гиперкинезах



Лечение



- На данный момент данное заболевание считается неизлечимым. Медики способны лишь по возможности замедлить развитие заболевания и бороться с его симптомами, снижающими качество жизни.
- **Тетрабеназин** – применяется для снижения тяжести симптомов.
- **Антагонисты допамина** – подавляются гиперкинез.
- **Антидепрессанты** – применяют ингибиторы обратного захвата серотонина при выраженной депрессии.
- Нейролептические препараты несколько снимают клинику хореи Гентингтона.
- При наличии миоклонических судорог используются препараты вальпроевой кислоты.
- Хирургическое лечение при хорее гентингтона не применяется, хотя и были попытки проведения стереотаксических операций.

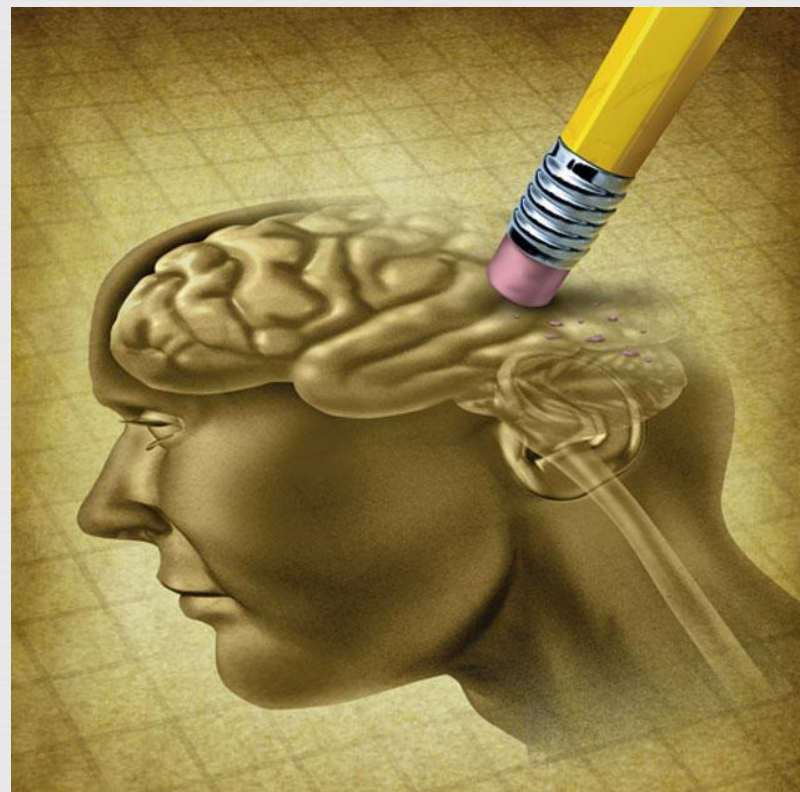
Профилактика

- В отсутствии методов обследования, позволяющих выявить носителей патогена до проявлений клинических признаков хореи Гентингтона, медико-генетическая консультация представляет определенные затруднения. Семьям пациентов не рекомендуют в дальнейшем иметь детей.



Сенильная деменция

- (dementia senilis, синоним: сенильная деменция, сенильное слабоумие) — психическая болезнь, начинающаяся преимущественно в старческом возрасте; проявляется постепенно нарастающим распадом психической деятельности до степени тотального слабоумия с расстройством памяти, развивающимся по типу прогрессирующей амнезии.



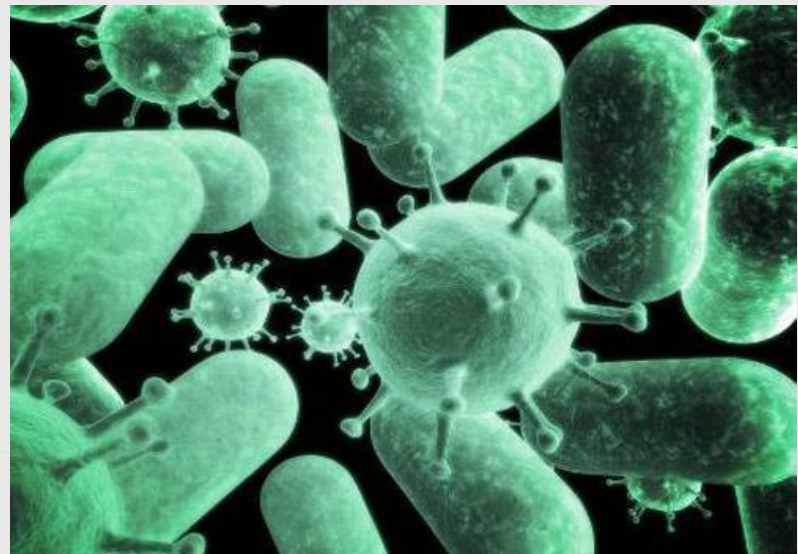


- У женщин встречается в 2–3 раза чаще, чем у мужчин.
- У подавляющего большинства больных заболевание развивается в период между 65–76 годами. Средний возраст, в котором начинается болезнь у мужчин – 73,4, у женщин – 75,3 года.
- Среди психических болезней, возникающих в старческом возрасте, старческое слабоумие является наиболее частым (на его долю приходится от 12 до 34,4% всех случаев психических болезней).

Этиология и патогенез



Не выяснены. Не вызывает сомнения значение наследственного фактора, но наследование достоверно не установлено. Велико значение соматических факторов: инфекционные заболевания, декомпенсация сердечной деятельности и т. п. Они видоизменяют процесс.



Стадии заболевания

1. Ранняя стадия деменции.

- Очень часто остается незамеченной, поскольку развивается постепенно. К ее общим клиническим критериям относят:
- Снижение памяти. Пациенты начинают забывать выключить свет, воду или газ. По этой причине они нередко сжигают чайник, а то и устраивают пожар, заливают соседей и доставляют прочие неудобства себе и своему окружению.
- Потерю счета времени. Больные начинают «блуждать» во времени. К примеру, могут уснуть в обед на часик-второй, а когда проснутся, то уверены, что за окном уже поздний вечер.
- Нарушение ориентации в хорошо знакомой местности. Пациентам начинает казаться, что они впервые оказались на какой-то улице и дороге буквально еще вчера.



□ 2. Средняя стадия деменции.

□ Симптомы становятся более явными и все больше суживают возможности человека. К их числу относятся:

□ - Забывчивость в отношении недавно происходящих событий и имен людей. К примеру, такие больные с трудом вспоминают, что ели на завтрак или обед, они не помнят текущее число и даже месяц.

□ - Нарушение ориентации дома. Иногда больные смотрят на свою квартиру, словно впервые здесь находятся. Им кажутся незнакомыми многие вещи, они забывают место нахождения многих бытовых предметов.

□ - Возрастающие трудности в общении. Пациентам из-за своих «странностей» все сложнее находить общий язык с родными и друзьями.

□ - Глубокая растерянность и потребность в помощи близкого человека для ухода за собой.

□ - Некоторые поведенческие трудности, как например, бесцельное хождение по квартире и повторное задавание одних вопросов.



ЛЕЧЕНИЕ

- Комплексная терапия. Больным назначают и медикаменты для улучшения мозгового кровообращения, и препараты, которые непосредственно действуют на память и ее возможности, и лекарства, устраняющие психоз.
- Больные старческим слабоумием нуждаются в первую очередь в уходе и надзоре. Они лучше приспосабливаются к хорошо известной им обстановке (не следует перевозить их от одних родственников к другим). Больным, находящимся в домашних условиях, необходимо обеспечить сохранение определенного, пусть самого простого, ритма жизни. При этом важное значение имеет стимуляция их двигательной активности (доступная уборка квартиры, стирка мелких вещей, участие в приготовлении пищи и др.). Следует препятствовать нахождению больного в дневное время в постели. Если он хочет днем отдохнуть, то предпочтительнее это делать сидя в удобной для него позе. Активный образ жизни способствует сохранению физического здоровья таких больных и тем самым более медленному развитию слабоумия. Необходимо следить за физиологическими отправлениями. В рационе питания должна преобладать богатая витаминами пища. При отчетливом слабоумии рекомендуется измельченная пища. Если больной внезапно



Общие принципы профилактики психических заболеваний

Первичная профилактика

- состоит в отстранении от факторов, усиливающих или изменяющих процессы физиологического старения, т.е. они являются общими для всей медицины.

Вторичная профилактика

- Означает раннее выявление и правильное лечение болезни

Третичная профилактика



- Формирование положительного отношения к старому человеку с дементными проявлениями, социальная реабилитация больных (если возможна)
- Обеспечение правильного ухода за больным со стороны медицинского персонала или родственников
- Обучение родственников обслуживанию дементного старого человека, правильному пониманию его психического поведения, нарушений интеллекта и памяти. Психологическая поддержка родственников
- Развитие качественной геронтопсихиатрической помощи, отвечающей потребностям населения, квалификация кадров по геронтопсихиатрическому обслуживанию

