

УДК 616-009

**КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА****Лебедева Л.А., Брунова С.Н., Казаринов А.В., Кочеров С.В.***Областная клиническая психиатрическая больница «Богородское», Иваново,**e-mail: elena37r@yandex.ru*

В статье рассматриваются вопросы комплексной терапии психических расстройств позднего возраста. Поиск и реализация адекватных мер в поддержку пожилых людей остаются смыслом деятельности социальных служб на национальном уровне. К адекватным мерам относится комплексная психиатрическая помощь, а также здоровьесберегающие технологии, включенные в образ жизни конкретного пожилого человека, определяющий реализацию генетических составляющих психического здоровья. К немедикаментозным методам профилактики когнитивных нарушений относятся общая мотивация поддержания здорового образа жизни, которые способствуют соблюдению всех правил психопрофилактики. Базовые основы первичной профилактики включают в себя диету, обогащенную природными антиоксидантами, систематические тренировки по тренировке памяти и внимания и рациональные физические упражнения. В ситуациях, требующих более серьезного вмешательства, требуется психиатрическая помощь. Большая часть психических нарушений при сосудистой патологии головного мозга лечится психиатрами амбулаторно. В основном применяется патогенетическая терапия, направленная на улучшение функционирования мозговых структур, а также симптоматическая терапия при эмоциональных, поведенческих нарушениях, тревоге, нарушениях сна. Стационарному лечению подлежат больные со спутанностью, бредовыми психозами.

Ключевые слова: психические расстройства, пожилой возраст, комплексная терапия.

COMPLEX THERAPY OF MENTAL DISORDERS LATE AGE**Lebedeva L.A., Brunova S.N., Kazarinov A.V., Kocherov S.V.***Regional clinical psychiatric hospital "Bogorodskoye", Ivanovo, e-mail: elena37r@yandex.ru*

In article questions of complex therapy of mental disorders of late age are considered. Search and realization of adequate measures in support of elderly people remain sense of activity of social services at the national level. Complex mental health services, and also the health saving technologies included in the way of life of the specific elderly person defining realization of genetic components of mental health belong to adequate measures. Treat non-drug methods of prevention of cognitive violations the general motivation of maintenance of a healthy lifestyle which promote observance of all rules of psychoprevention. Basic bases of primary prevention include a diet, enriched with natural antioxidants, systematic trainings on training of memory and attention and rational physical exercises. In the situations demanding more serious intervention the mental health services are required. The most part of mental violations at vascular pathology of a brain is treated by psychiatrists on an outpatient basis. The pathogenetic therapy directed on improvement of functioning of brain structures, and also symptomatic therapy at emotional, behavioural violations, alarm, sleep disorders is generally applied. Patients with confusion, crazy psychoses are subject to hospitalization.

Keywords: Mental disorders, advanced age, complex therapy.

Когнитивный дефицит является одной из важных проблем современной медицины. С каждым годом, число пациентов пожилого и старческого возраста, нуждающихся в помощи психиатра, неуклонно растет, что подтверждает особую актуальность проблем здоровья пожилых людей в настоящее время. Среди всех нозологий, количество пациентов с когнитивным дефицитом очень велико.

Это обусловлено несколькими факторами. Во-первых, лиц пожилого и старческого возраста с легкостью можно отнести к группе риска по возникновению психических расстройств. Это связано как с физиологическими процессами, происходящими в организме с определенного возраста, так и с психологическими и социальными факторами. Во-вторых, пожилой и старческий возраст составляют практически половину

жизни современного человека. Изменения в возрастном составе населения большинства стран проявляются не только увеличением средней продолжительности жизни, но и заметным возрастанием доли пожилых и стариков в обществе. В России лица старше 60 лет составляют 25%. Между тем ранняя выявляемость оставляет желать лучшего. В проводимых исследованиях выявлено противоречие между высокой распространенностью мнестико-интеллектуальных (Сиденкова А.П., 2009, [10]) нарушений у лиц старших возрастных групп и их поздней диагностикой. Установлен неравномерный уровень распознавания психических расстройств в общей популяции и среди врачей первичной медицинской сети. Когнитивные нарушения в пожилом возрасте чаще оцениваются респондентами как вариант возрастной нормы, что определяется как одна

из предпосылок низкой выявляемости этих нарушений.

Поиск и реализация адекватных мер в поддержку пожилых людей остаются смыслом деятельности социальных служб на национальном уровне (Гаврилова С.И., 2006, [1]), Брунова С.Н., Руженская Е.В., 2007, [2], Максимова Н.Е., 2007, [6]).

К адекватным мерам относится комплексная психиатрическая помощь, а также здоровьесберегающие технологии, включенные в образ жизни конкретного пожилого человека, определяющий реализацию генетических составляющих психического здоровья.

В целом к немедикаментозным методам профилактики когнитивных нарушений относятся общая мотивация поддержания здорового образа жизни (Карасева Т.В., Руженская Е.В., 2013, [3]), которые способствуют соблюдению всех правил психопрофилактики [Психопрофилактика, современное понимание, 2010, [7]].

Базовые основы первичной профилактики включают в себя диету, обогащенную природными антиоксидантами, систематические тренинги по тренировке памяти и внимания и рациональные физические упражнения.

Природными антиоксидантами являются витамины С и Е, которые содержатся в цитрусовых, растительных маслах, морепродуктах и других продуктах питания. По некоторым ретроспективным наблюдениям, так называемая «средиземноморская диета», обогащенная натуральными антиоксидантами, способствует профилактике когнитивных нарушений и деменции. С этой целью рекомендуется использовать в рационе больше овощей, фруктов и морепродуктов. Кроме того, в период возрастных изменений берет начало нарушение пищевого поведения пожилых людей, которых усиливаются по мере развития психического расстройства (Языкова И.М., Сиденкова А.П., 2010, [13]).

Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что лица напряженного интеллектуального труда менее подвержены когнитивным нарушениям и деменции. Пациенты высокого интеллектуального уровня обладают более развитыми навыками когнитивной деятельности, которые позволяют им успешнее преодолевать трудности, появляющиеся в начале дементирующего заболевания головного мозга. Таким образом, высокий интеллектуальный уро-

вень в преморбиде обеспечивает большую или меньшую отсрочку времени клинической манифестации заболевания.

Как здоровым пожилым, так и лицам с негрубыми нарушениями когнитивных функций показаны систематические упражнения по тренировке памяти и внимания (Руженская Е.В., 2006, [9]). Целесообразность таких упражнений базируется на представлении о когнитивных функциях как о запасе знаний и навыков, которые формируются прижизненно. Другими словами, человек в процессе жизнедеятельности обучается стратегиям и навыкам восприятия, обработки, запоминания и воспроизведения информации. Человеческая память не является простым «хранилищем», куда складывается информация, и эффективность мнестической деятельности зависит не от объема памяти, который безграничен и мало меняется даже при тяжелых поражениях мозга, а от используемых стратегий запоминания и воспроизведения.

Программы тренировки памяти включают повышение мотивации пациента к запоминанию и воспроизведению, обучение эффективным стратегиям запоминания (так называемым «мнемоническим приемам»), развитие способности длительно поддерживать надлежащий уровень внимания, активное включение эмоциональной поддержки (как известно, эмоционально окрашенная информация запоминается лучше) и воображения. Эффективность систематической тренировки памяти и внимания доказана у пациентов с легкой деменцией, а также при недементных (легких и умеренных) когнитивных нарушениях.

Эпидемиологические наблюдения свидетельствуют, что регулярная физическая активность также способствует уменьшению заболеваемости деменцией. В ряде аналитических работ было показано, что лица, регулярно выполняющие физические упражнения, имеют меньший риск развития деменции в пожилом возрасте (Лечебная физическая культура в гериатрии, 2011, [5], Физическая реабилитация, 2011, [12]). Вероятно, в основе данного феномена лежит благоприятное влияние физически активного образа жизни на сердечно-сосудистую систему, индекс массы тела, эмоциональную сферу.

В ситуациях, требующих более серьезного вмешательства, требуется психиатрическая помощь.

Большая часть психических нарушений при сосудистой патологии головного мозга лечится психиатрами амбулаторно. В основном применяется патогенетическая терапия, направленная на улучшение функционирования мозговых структур, а также симптоматическая терапия при эмоциональных, поведенческих нарушениях, тревоге, нарушениях сна (Полищук Ю.И., 2006, [8]).

Стационарному лечению подлежат больные со спутанностью, бредовыми психозами. Оптимальными вариантами являются психосоматические и геронтопсихиатрические отделения больниц. Перевод в непривычную (в том числе больничную) обстановку может вызвать своего рода декомпенсацию. Больных надлежит госпитализировать только при особых показаниях (беспомощность, отсутствие ухода, опасность для себя и окружающих, развитие психозов, расстройств сознания).

Психотические формы деменции представляют собой неоднородную группу. Принадлежность большинства наблюдений к сосудистой деменции не вызывает сомнений. Зачастую мы отмечаем, что это затягивающиеся аффективные, паранойальные, галлюцинаторные, конфабуляторные психозы. Психотические расстройства в позднем возрасте значимо дезадаптируют пациента, его окружение, являются частыми причинами госпитализаций (Соколова И.В., Сиденкова А.П., Кунафина Е.Р., 2012, [11]).

Состояние острой спутанности составляет частую причину возникновения трудностей при организации ухода и лечения пожилых больных, особенно страдающих деменцией. Несмотря на многолетнее изучение проблемы (Колпашиков И.Н., Гаврилова С.И., 2014, [4]), все еще недостаточно разработаны вопросы эффективной терапии подобных состояний, причем внедрение все более широко используемых в практике атипичных антипсихотиков также не стало в этой связи оптимальным решением.

Актуальность изучения данного расстройства предопределяется прежде всего возникновением в связи с ним целого ряда медико-социальных проблем: трудностей терапевтической коррекции в домашних условиях и частой необходимости институционализации, проблем с организацией надлежащего ухода вследствие психического состояния, нарушения привычного контакта с близкими, дополнительной психологической и социально-бытовой нагрузки на них.

Хотя распространенность состояний острой спутанности в целом по пожилому населению относительно невелика и составляет от 0,4 до 2%, значительно более высокие показатели выявляются при оценке частоты подобных состояний у госпитализированного в медицинские учреждения контингента лиц позднего возраста. Так, по данным некоторых авторов, в целом за время госпитализации состояние острой спутанности переносят до 56% пожилых больных.

Развитие состояний острой психической спутанности в старости включает смешанные клинические механизмы. Так, собственно старческий делирий основным источником имеет мнестико-интеллектуальные нарушения, способствующие дезориентировке по типу сдвига в прошлое и соответствующему рисунку поведения. Наряду с этим многие крупные психиатры, показали более частое возникновение экзогенных психозов в старости. При этом констатировалось, что этому вполне могут способствовать накопление и коморбидность различных соматических болезней, снижение сопротивляемости организма соматическим вредностям, а также наличие органических мозговых изменений.

В нейрохимическом патогенезе состояний острой психической спутанности, который все еще недостаточно ясен, существенное значение придается холинергической блокаде и активизации допаминовой нейромедиации. Эти патологические изменения в свою очередь могут провоцироваться широким набором метаболических или ишемических нарушений. Само по себе название «состояния острой спутанности» восходит к соответствующему термину, выдвинутому М. Bleuler и поддержанному, в частности, Э.Я. Штернбергом.

Во многом выделение этих нарушений объяснялось тем, что острые помрачения сознания в позднем возрасте отличаются рядом общих клинических особенностей с нивелированием синдромальных различий, свойственных аналогичным психозам более ранних возрастных периодов. Обычно картина психоза включает элементы различных синдромов экзогенного типа и преимущественно кратковременные, транзиторные психотические расстройства, нередко многократно повторяющиеся. Имеет место и отчетливая зависимость между возникновением эпизодов психоза и характерными для

позднего возраста нарушениями сна и ритма чередования сна и бодрствования.

Актуальным остается вопрос о разработке стратегий терапии состояний острой психической спутанности. Общепринятой в этой связи является необходимость коррекции соматических нарушений и, в целом, устранение соответствующих провоцирующих воздействий. Предметом дискуссий остается вопрос о выборе оптимальных вариантов применения психотропных средств для купирования психотических проявлений рассматриваемого состояния.

При сильной суетливости, упорной бессоннице или психотических расстройствах успешно оказывают положительный эффект психотропные средства в малых дозах. Лечение спутанности при сосудистых заболеваниях головного мозга требует прежде всего тщательного соматического обследования больных для исключения сопутствующих соматических заболеваний (пневмонии, инфаркта миокарда, декомпенсации сердечной деятельности и др.). Если спутанность не сопровождается психотическими элементами (бредом, галлюцинациями) и заметным психомоторным возбуждением, нарушениями сна, то нет необходимости использовать психотропные средства. Несмотря на это во многом патогенетическую направленность применения вазоактивных и нейрометаболических средств, при указанных состояниях этого оказывается недостаточно для воздействия на сложные механизмы их возникновения.

Клинические наблюдения свидетельствуют о возникающей, как правило, необходимости включения психофармакотерапии в комплексное лечение состояний острой психической спутанности у пожилых больных с сосудистой деменцией. Если делириозные явления присутствуют, что зачастую приходится наблюдать особенно в первые дни госпитализации дементных больных, то целесообразно использование нейролептиков мягкого действия (тиоридазин, хлорпротиксен). В литературе рекомендуется применение галоперидола в небольших дозах (до 3 мг в каплях). При выраженных нарушениях сна и стабильном АД допустимо применение левопонкса в малых дозах (12,5 мг). При упорном психомоторном возбуждении показано применение финлепсина (до 200-400 мг). Следует избегать назначения транквилизаторов. Показано их однократное введение при состояниях выраженного страха.

Последние годы успешно применение внедряемых атипичных антипсихотиков. На практике в условиях женского общего отделения мы в большинстве случаев прибегаем к коррекции психотических симптомов в структуре острой сосудистой спутанности назначая малые дозы рисперидона (до 2-х мг вечером), трифлуоперазина (до 2,5 мг). Зачастую лекарства без оболочки целесообразно растолочь, с учетом возрастных особенностей пациентов. Улучшение было постепенным и характеризовалось главным образом урежением эпизодов острой спутанности, прекращением явлений ажитации. При интенсивном страхе, психомоторном возбуждении – небольшие дозы хлорпромазина (до 50 мг n/n) с более предпочтительным внутримышечным введением, хлорпроксена внутрь до 50 мг n/n .

При достаточно хорошей переносимости больным назначенного лечения, терапию продолжаем до полного купирования эпизодов спутанности, и в дальнейшем постепенно снижаем и отменяем мягкие нейролептики, приступая к следующему этапу комплексного лечения деменции, используя ноотропы, нейропротекторы, нейрососудистые препараты.

Проведение психофармакотерапии пожилых больных с церебрально-органическими изменениями сосудистого генеза, лечение типичным эталонным нейролептиком галоперидолом может сопровождаться риском увеличения частоты побочных эффектов, необходимостью использования антипаркинсонических корректоров холинолитического действия, например тригексифенидила (циклодола), и поэтому быть нецелесообразным. Анализ побочных эффектов проведенного лечения показал, что в применение галоперидола в 19% сопровождалось развитием симптомокомплекса, включавшего элементы паркинсоноподобной симптоматики в виде гипокинезии с тремором, а также явления миорелаксации.

Лечение атрофического процесса отсутствует, однако правильный уход и симптоматическая (заместительная ингибиторами ацетилхолинэстеразы) терапия имеют значение для судьбы больных. Рекомендуется оставлять больных с начальной стадией заболевания в привычной домашней обстановке, если позволяет их состояние. С учетом изложенного сохраняет первостепенное значение анализ ближайших результатов применения разных подходов

к лечению состояния острой психической спутанности.

Таким образом, комплексная терапия психических расстройств позднего возраста может обеспечить её достаточную эффективность на ранних этапах развития психических расстройств. На поздних этапах использование всех возможностей позволяет обеспечить максимальный эффект от медикаментозного и немедикаментозного воздействия для сохранения психического здоровья.

Список литературы

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. Гаврилова С.И. Современное состояние и перспективы развития отечественной геронтопсихиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 3. – С. 5-11.
3. Карасева Т.В., Руженская Е.В. Особенности мотивации ведения здорового образа жизни // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 5. – С. 23-24.
4. Колпашиков И.Н., Гаврилова С.И. Состояние спутанности сознания у пожилых больных многопрофильного стационара // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 6-2. – С. 13-19.
5. Лечебная физическая культура в гериатрии: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 032102.65 Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура) / Карасева Т.В., Толстов С.Н., Махов А.С., Нежкина Н.Н., Замогильнов А.И., Толстова С.Ю., Перевозчикова Е.В., Нестеров А.Н., Лошаков А.М., Руженская Е.В. – Шуя, 2011.
6. Максимова Н.Е. Психические расстройства у лиц пожилого возраста (клинико-эпидемиологический, социометрический и организационный аспекты): дис. ... д-ра мед. наук / ФГУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы». – М., 2007.
7. Психопрофилактика, современное понимание: сборник научных трудов / Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Департамент здравоохранения Ивановской обл., ГУЗ Обл. клиническая психиатрическая больница «Богородское», Ивановская обл. общественная орг. «Общество психиатров, психотерапевтов и наркологов»; [редкол.: А.М. Футерман (гл. ред.), Е.В. Руженская (отв. ред.)]. – Иваново, 2010.
8. Полищук Ю.И. Актуальные вопросы пограничной геронтопсихиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 3. – С. 12-16.
9. Руженская Е.В. Организация тренинга по поддержанию и восстановлению когнитивных функций пожилых пациентов // Клиническая геронтология. – 2006. – Т. 12, № 11. – С. 81-86.
10. Сиденкова А.П. Особенности идентификации психических расстройств позднего возраста // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 1. – С. 44-48.
11. Соколова И.В., Сиденкова А.П., Кунафина Е.Р. Клинические формы психозов в позднем возрасте // Уральский медицинский журнал. – 2012. – № 9 (101). – С. 57-62.
12. Физическая реабилитация: учебное пособие. Т. 2 / Гиголаева Т.В., Нестеров А.Н., Перевозчикова Е.В., Руженская Е.В., Толстова С.Ю., Махов А.С. – Шуя, 2011.
13. Языкова И.М., Сиденкова А.П. Нарушения аппетита и пищевого поведения у пациентов с поздними деменциями // Уральский медицинский журнал. – 2010. – № 9. – С. 69-71.