

УДК :616.89-008.454-055.5/7:159.9

Особливості психологічного стану хворих на судинну деменцію

Волощук Д.А.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Резюме. Сосудистая деменция составляет 15-20% всех случаев деменции и количество заболеваний растёт с увеличением возраста. По международной классификации болезней деменция отнесена к разделу психических заболеваний, и трактуется, как результат церебрального инфаркта вследствие цереброваскулярного заболевания. Кроме того особенностью данного заболевания является клиническое многообразие нарушений и не редкое сочетание нескольких неврологических и нейропсихологических синдромов у больного. Именно поэтому изучение особенностей психологического состояния больных сосудистой деменцией является важным при диагностике и разработке эффективной терапии.

Ключевые слова: сосудистая деменция, психика, когнитивные нарушения, афазия, депрессия, эмоционально-волевая сфера, бредовые нарушения.

Features of psychological states of patients with vascular dementia

Voloshchuk D. A.

Odessa national medical university, Odessa, Ukraine

Resume. Vascular dementia is 15-20% of all dementia cases and the number of diseases increases with age. According to the international classification of diseases attributed to dementia rubric of mental illness, and is interpreted as a result of cerebral infarction due to cerebrovascular disease. Also feature of this disease is the clinical diversity of disorders and rare combination of several neurological and neuropsychological syndromes in patients. That is why the study of features of the psychological state of patients with vascular dementia is important in the diagnosis and the development of effective therapy.

Keywords: vascular dementia, psyche, cognitive impairment, aphasia, depression, emotional and volitional domain, delusional disorders.

Актуальність. Актуальність досліджень різноманітних аспектів судинної деменції (СД) обумовлена низкою медичних та соціальних причин. Одним із основних факторів, що привертає увагу до проблеми СД, є тенденція до невпинного зростання частки осіб похилого віку в населенні економічно розвинених та більшості країн.

Судинна деменція складає 15-20% всіх випадків деменції і є другою за частотою у країнах Західної Європи та США. Але в деяких країнах світу, таких, як Росія, Фінляндія, Китай і Японія, судинна деменція займає перше місце і зустрічається частіше, ніж хвороба Альцгеймера. У 20% випадків судинна деменція нагадує, за своєю течією, хворобу Альцгеймера, а в 10-20% випадків є їх поєднанням [13].

Результати популярних досліджень, проведених у багатьох європейських та північноамериканських країнах, показують, що кількість випадків судинної деменції зростає зі збільшенням віку. Така ж тенденція характерна і для показника розповсюдженості. Частота розповсюдження судинної деменції серед осіб 65 років і старше становить 4,5%. В цілому судинна деменція більше поширена серед чоловіків, аніж серед жінок, особливо у віці до 85 років. Так чоловіки страждають судинною деменцією приблизно в 1,5 рази частіше, ніж жінки [18].

Незважаючи на високий рівень захворюваності на СД та високу частоту коморбідності останньої з соматичними хворобами, питання психопатологічних особливостей СД, поєднаної з соматичними захворюваннями, недостатньо вивчені, що зумовлює актуальність даного дослідження.

Викладення матеріалу. Судинна деменція (СД) — це прогресуюче, гостре або хронічне зниження когнітивних функцій, яке викликане судинною патологією головного мозку різного ступеня тяжкості і призводить до порушення соціальної адаптації. При цьому її відмінною рисою є поєднання проявів деменції з різними неврологічними симптомами (парези, порушення статичності, координації, чутливості, функції тазових органів, тощо) [4].

У МКБ-10 судинна деменція віднесена до розділу психічних захворювань, та трактується, як результат церебрального інфаркту внаслідок цереброваскулярного захворювання і має шифр F01 [9].

Дане захворювання характеризується, як лакунарне, при якому зберігається ядро особистості, але порушуються пам'ять, увага, з'являються надмірна емоційна лабільність, туга рухомість мислення. Таке порушення після поновлення мозкового кровообігу певною мірою

є оборотне. На відміну від розумової відсталості, при якій розлади відзначаються з народження, деменція розвивається при набутих органічних ураженнях головного мозку [15].

Цікаво підкреслити, що до передбачуваних факторів ризику відносяться низький освітній рівень і професія робітника. Більш високий рівень освіти може відображати великі здібності і резерви мозку, відсуваючи, таким чином, у часі початок когнітивних розладів [12].

Особливістю судинної деменції є клінічне різноманіття порушень і не рідке поєднання декількох неврологічних та нейропсихологічних синдромів у хворого [10].

Загалом для пацієнтів з судинною деменцією характерні уповільнення, ригідність всіх психічних процесів і їх лабільність, звуження кола інтересів. У хворих відзначаються зниження когнітивних функцій (пам'яті, уваги, мислення, орієнтування тощо) і труднощі при виконанні функцій у повсякденному житті і побуті (обслуговування себе, приготування їжі, покупки, заповнення фінансових документів, орієнтування в новій обстановці, тощо), емоційно-вольові розлади, астенична симптоматика, втрата соціальних навичок, адекватної оцінки свого захворювання [6].

Серед когнітивних порушень в першу чергу слід відзначити розлади пам'яті та уваги, які відзначаються вже на етапі початкової судинної деменції і неухильно прогресують. Перші симптоми і скарги пацієнтів із судинною деменцією стосуються саме стану пам'яті. Легка форма деменції супроводжується помірними порушеннями пам'яті, в основному вони пов'язані з подіями, що відбувалися в недавньому минулому (забування розмов, номерів телефонів, подій, що відбувалися в рамках певного дня). Випадки більш тяжкого перебігу деменції супроводжуються утриманням в пам'яті лише попередньо завченого матеріалу. Останні стадії захворювання можуть супроводжуватися забуванням імен родичів, власного роду діяльності та імені, проявляється це в формі особистісної дезорієнтації. Порушення пам'яті проявляються головним чином при навчанні: ускладнення запам'ятовування слів, візуальної інформації, придбання нових рухових навичок. В основному страждає активне відтворення матеріалу. Крім цього не виключаються конфабуляції, які мають на увазі під собою помилкові спогади. Факти з них, як правило ті, що відбувалися раніше або в дійсності, але зазнали певної видозміни, і переносяться хворим в інший час (нерідко найближчий) при можливому їх поєднанні з подіями, які є повністю вигаданими [3, 11].

Визначаються виражене звуження обсягів довільної уваги, значні порушення його

функцій — концентрації, розподілу, переключення. При судинній деменції синдроми порушення уваги носять модально-неспецифічний характер і наростають у міру прогресування церебро-васкулярної недостатності [14].

На більш пізніх стадіях можуть розвиватися порушення мислення. Вони зачіпають процеси узагальнення — виключення, абстрактне мислення, здатності планувати і організовувати свою діяльність, мислення стає конкретним, в'язким, зайво деталізованим. Хворі не критично оцінюють свою поведінку і вчинки, стають образливими, неадекватними і нелогічними в оцінках того, що відбувається [8].

Виявляються різні мовні розлади, розлади читання та письма. Найбільш часто є ознаки семантичної та амнестичної форм афазії. На етапі початкової деменції ці ознаки визначаються тільки при проведенні спеціальних нейропсихологічних проб. Мова хворих з судинною деменцією стає бідною, сповільненою за темпом, з елементами номінативної афазії (важко швидко згадати назву предметів, імена). При осередкових ураженнях у відповідних областях кори головного мозку виникають і інші типи афазій (моторна, сенсорна, амнестична), можливі агностичні і апраксічні порушення [11].

Емоційно-вольові розлади тісно пов'язані з особистісними змінами хворих з судинною деменцією. Спочатку захворювання відбувається акцентування характерологічних рис, а в міру прогресування судинної деменції — згладжування цих рис і особливостей особистості. Ядро особистості у хворих з судинною деменцією зберігається незалежно від глибини патологічного процесу. Залежно від минулих індивідуальних особливостей хворі можуть виглядати надмірно тривожними, підозрілими, скупими, тощо [2].

Астеничний синдром при судинній деменції поєднується з лабільністю психічних процесів, настроєм і флюктуацією інтелектуально-амнестичних функцій. Більш ніж у половини хворих з судинною деменцією спостерігається так зване емоційне нетримання (легкодухність, насильницький плач), у частини хворих — депресія. Можливий розвиток афективних розладів, психотичної симптоматики [17].

Крім цього у хворих із судинною деменцією є і неврологічні прояви: пірамідний, підкорковий, псевдобульбарний синдроми, парези м'язів кінцівок, частіше негрубі порушення ходи за типом апраксіко-атактичний або паркінсонічний. Саме поєднання когнітивних та неврологічних порушень відрізняє судинну деменцію від хвороби Альцгеймера.

Проте у відмінності від хвороби Альцгеймера судинна деменція рідко досягає ступеня глибокого тотального розпаду психіки. В своїй течії

судинна деменція може поєднуватися з іншими психопатологічними і неврологічними розладами (сплутаність, порушення вищих коркових функцій, осередкові неврологічні симптоми, епілептичні припадки). Причому ці порушення на відміну від хвороби Альцгеймера можуть виникнути на ранніх етапах хвороби [1].

Судинній деменції властиві тривалі періоди стабілізації і навіть зворотнього розвитку мнестико-інтелектуальних порушень, і тому ступінь її вираженості коливається в ту чи іншу сторону, що часто корелює зі станом мозкового кровотоку [5].

На тлі облігатної симптоматики судинної деменції нерідко виникають психічні та поведінкові

порушення. Перш за все це стани сплутаності свідомості різної тривалості [6].

Маревні розлади також часті при судинній деменції. Клінічна картина таких розладів представлена хибними ідеями «малого розмаху», ідеями збитку, обкрадання, ревнощів. Можливі галюцинаторно-хибні, шизофреноподібні психози [16].

Психічні і поведінкові порушення при судинній деменції можуть провокуватись приєднанням до основної патології іншого захворювання (пневмонія, інфаркт міокарда, пієлонефрит та ін.) і впливом лікарських засобів [7].

Література:

1. Дамулин И.В. Болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция. / И.В. Дамулин; под ред. Н.Н. Яхно. — М., 2002. — 86 с.
2. Дамулин И.В. Деменции: некоторые аспекты диагностики и лечения / И.В. Дамулин. — М., 2007. — 346 с.
3. Дамулин И.В. Когнитивные нарушения сосудистого генеза: клинические и терапевтические аспекты. / И.В. Дамулин // Трудн. пациент. — 2006. — Т.4, №7. — С.53-58.
4. Дамулин И.В. Сосудистая деменция. / И.В. Дамулин // Неврол журн. — 1999. — № 3. — с. 4-11.
5. Деменции: руководство для врачей. / [Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, А.Б. Локшина и др.] — М.: Изд. Медпресс-информ, 2011. — 272 с.
6. Дробижев М.Ю. Сосудистая деменция в общей медицине (аспекты эпидемиологии, бремени болезни, терапии) / М.Ю. Дробижев, Е.А. Макух, А.И.Дзантиева // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 8, № 5. — С. 16-20.
7. Захаров В.В. Современные подходы к ведению пациентов с деменцией. / В.В. Захаров // Атмосфера. Нервные болезни. — 2006. — №1. — С.27-32.
8. Маркин С.П. Нарушение когнитивных функций во врачебной практике: [методическое пособие] / С.П. Маркин. — Воронеж, 2008 — 42 с.
9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — К.: «Факт», 1999. — 270 с.
10. Мхитарян Э.А. Болезнь Альцгеймера и цереброваскулярные расстройства. / Э.А. Мхитарян, И.С. Преображенская // Неврол журн. — 2006. — № 11(1). — с. 31-36.
11. Преображенская И.С. Сосудистые когнитивные расстройства: клинические проявления, диагностика, лечение / И.С. Преображенская, Н.Н.Яхно // Неврол журн. — 2007. — №12(5). — с.45-50.
12. Факторы риска развития деменции / [C.D. McCullagh, D. Craig, S.P. McIlroy, P. Passmore] // Обзор современной психиатрии. — 2001. — № 4 (12). — С. 71-73.
13. Amaducci L. The epidemiology of the dementia in Europe / L. Amaducci, L.Andrea // New concepts in vascular dementia / A.Culebras, J.Matias Cuiu, G.Roman. — Barselona: Prous Science Publishers, 1993. — P.19-27.
14. Bowler J.V. Vascular cognitive impairment / J.V. Bowler // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 2005. — Vol. 76, Suppl. 5. — P. 35-44.
15. Brun A. The neuropathology of vascular dementia and its overlap with Alzheimer's disease / A. Brun // Cerebrovascular Disease, Cognitive Impairment and Dementia / J. O'Brien. — London, New York : Martin Dunitz, 2004. — P. 103-115.
16. Chui H. Clinical criteria for the diagnosis of vascular dementia / H. Chui, W. Mack, J.E. Jackson // Arch. Neurol. — 2000. — Vol. 57, № 2. — P. 191-196.
17. Cornell Scale for depression in dementia / [G. Alexopoulos, R. Abrams, R. Young et al.] // Biological Psychiatry. — 1988. — Vol. 23. — P. 271-284.
18. Lobo A. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of populationbased cohorts Neurologic Diseases in ther Elderly. / A. Lobo, L.J. Launer, L. Fratiglioni // Research Group. Neurology. — 2000. — № 54. — p. 4-9.