



Психические нарушения у пожилых терапевтических больных

Подrezова Л.А. • Маркина Т.Р. • Сейку Ю.В.

Подrezова Людмила Акимовна – д-р мед. наук, профессор кафедры психиатрии¹, профессор кафедры терапии факультета усовершенствования врачей²
✉ 121374, г. Москва, ул. Багратицкого, 10/2–122, Российская Федерация.
Тел.: +7 (917) 597 18 51.
E-mail: podrezova.lyudmila@yandex.ru

Маркина Татьяна Ральфовна – доцент кафедры терапии факультета усовершенствования врачей²

Сейку Юрий Викторович – канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии¹

В статье-лекции описаны наиболее распространенные психические нарушения у больных пожилого возраста, страдающих сочетанной соматической и психической патологией. Даны практические рекомендации

врачам-интернистам по ведению таких больных.

Ключевые слова: пожилой и старческий возраст, психические нарушения, когнитивные расстройства, терапия психических расстройств.

¹ ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России; 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1, Российская Федерация

² ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация

По прогнозам Российской академии наук, к 2016 г. доля людей старше 65 лет в общей численности населения достигнет 20%. Постарение населения и связанное с этим увеличение числа пожилых больных ставят серьезные задачи перед практическим здравоохранением. В этой связи важным представляется вопрос выбора стратегии ведения пациентов пожилого и старческого возраста,

составляющих особый контингент больных. Клинический портрет такого больного характеризуется следующими особенностями: множественностью патологических состояний, стертостью и неспецифичностью проявлений болезни, быстрым ее прогрессированием при несвоевременной медицинской помощи. Наблюдаемые у пожилых больных частые осложнения могут быть вызваны не только болезнью, но и лечением

вследствие высокой подверженности ятрогенным влияниям. Известно, что неосторожно сказанное врачом слово может нанести серьезный вред больному, стать причиной депрессивно-тревожных расстройств, затруднить процесс реабилитации. Особое беспокойство вызывает рост психических нарушений среди лиц пожилого возраста. Это обстоятельство делает необходимым активное участие психиатра в работе общесоматического стационара. Известный психиатр Е.К. Краснушкин (1885–1951) писал: «Проблемы, которые встают перед психиатром, все больше сливаются с проблемами общемедицинскими. Психиатрия имеет гораздо большее отношение к внутренней медицине, чем к неврологии».

Многoletний опыт работы врачей-психиатров на базе терапевтического отделения ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» выявил ряд проблем, с которыми встречается врач-интернист в своей повседневной практике. С одной стороны, это отягощенность соматических больных психическими нарушениями, с другой – отсутствие у врачей общесоматической сети необходимых знаний и опыта в области психопатологии, диагностики и терапии психических нарушений, что делает невозможными раннюю диагностику и своевременное лечение. Как следствие, снижается эффективность терапии, замедляется процесс реабилитации больных.

Психические нарушения, как правило, развиваются на фоне основного заболевания и являются одним из его проявлений. Это широкий спектр расстройств, в большинстве своем неспецифичный в связи с тем, что старение накладывает свой отпечаток на все физиологические, психические и органические процессы в центральной нервной системе. К их особенностям относят полиморфизм и тесную связь с соматическим состоянием. В патогенезе возникновения психопатологической симптоматики имеют значение нарушение мозгового кровообращения, гипоксия мозга, интоксикационные воздействия, а также рефлексорные влияния. Характер соматической патологии детерминирует отдельные патогенетические механизмы, определяя динамику, оттенки и прогностическое значение психопатологической симптоматики. В свою очередь, психопатологические расстройства в ряде случаев оказывают определенное влияние на течение соматической патологии. Таким образом, речь идет о сложном взаимодействии соматических и психических проявлений, зачастую требующих совместного наблюдения и лечения больных терапевтом и психиатром.

Развитие и сама структура психопатологических расстройств во многом предопределяются преморбидными характеристиками личности. Присущие больным личностные особенности, малозаметные в обычных условиях, при развитии тяжелого соматического заболевания могут приобретать более отчетливый характер.

Среди психопатологических синдромов, наблюдающихся у больных пожилого возраста в общесоматическом стационаре, можно выделить следующие: астенический (варианты – гиперстенический, гипостенический), депрессивный, тревожный, ипохондрический. Чаще встречаются смешанные синдромы: астено-депрессивный, тревожно-депрессивный, тревожно-ипохондрический. Наиболее широко распространены астенические расстройства. Их диапазон варьирует от легкой утомляемости, раздражительности, нарушений сна до выраженных астенических состояний с невозможностью выполнять привычные функции, то есть существенно нарушающих качество жизни больных. В развитии астении у пожилых людей важную роль играют нарушения функции биологических часов (биологических ритмов). Астенические расстройства включают триаду болезненных нарушений: собственно астению, вегетативные расстройства, расстройство сна. Первыми проявлениями обычно выступают повышенная утомляемость, раздражительность наряду с аффективными нарушениями в виде неустойчивости настроения, раздражительной слабости и пр. В тяжелых случаях астения сопровождается пассивностью, апатией.

Астенический синдром необходимо отличать от нерезко выраженных депрессивных состояний. Если при депрессии больные жалуются преимущественно на пониженное настроение, то при астении – на ощущение слабости, вялости, безразличия к окружающему, недомогание. Вегетативные расстройства проявляются тахикардией, потливостью, вазомоторными расстройствами, неустойчивостью артериального давления. Для астенического синдрома характерны нарушения засыпания, поверхностный сон с частыми пробуждениями, жалобы на чувство разбитости по утрам. Симптомами депрессии служат сниженное настроение, чувство внутреннего беспокойства, склонность к слезам, непреходящее чувство тоски или тревоги, ненужности, безнадежности, беспомощности, потеря интереса к прежним любимым занятиям, семье, друзьям, нередки идеи самообвинения. Нарушение сна проявляется



трудностями при засыпании, кошмарными сновидениями. При депрессивно-ипохондрических реакциях на первый план выходят многочисленные соматические жалобы с тревожными опасениями за здоровье, фобическими эпизодами. Депрессивные расстройства у пожилых больных и особенно у престарелых достаточно трудны для распознавания, так как часто проявляются в атипичных формах. Маскированные депрессии, например, встречаются у 60% пожилых больных с тяжелыми и 20% с легкими соматическими расстройствами. Типичны разнообразные кардиалгии, гипервентиляционный синдром, нарушения функции кишечника, артралгии, диссомнии, упорные алгии, нередко сочетающиеся со злоупотреблением лекарственных средств. Снижение умственной работоспособности (вследствие невозможности сконцентрировать внимание), ухудшение памяти и общая дезорганизация психических процессов также могут служить проявлением депрессии. Для тревожных нарушений характерны чрезмерные опасения больных по поводу своего состояния, напряженность, неспособность расслабиться, беспокойство, постоянное ожидание «чего-то плохого». У больных с тревожно-мнительными чертами характера и высокой личностной тревожностью чаще возникают депрессивно-ипохондрические реакции с фиксацией на своих ощущениях, пессимистической оценкой своего будущего. Описанные состояния сопровождаются выраженными проявлениями вегетативной дисфункции (сердцебиение, вазомоторные реакции с побледнением или покраснением кожных покровов, ощущение озноба или прилива жара). Появившиеся психические нарушения усугубляют тяжесть состояния больных, препятствуют терапевтическому процессу.

Специфичным для пожилых больных является наличие психоорганического синдрома. У таких больных отмечаются метеозависимость, плохая переносимость жары, духоты, головные боли, ощущение давления в голове, головокружение, нарушение сна, аппетита. В патогенезе психоорганического синдрома ведущая роль принадлежит хронической цереброваскулярной недостаточности, гипоксемии, электролитному дисбалансу, нарушению гемодинамики с дисциркуляторными расстройствами в системе сосудов головного мозга. Клинически психоорганический синдром проявляется нарастающими нарушениями интеллектуально-мнестической деятельности, снижением волевой активности, сочетающимися с эмоциональными

расстройствами. Типичны жалобы на психическую утомляемость, снижение умственной продуктивности, нарушение внимания, сосредоточения, ухудшение памяти, появление или усиление вспыльчивости, раздражительности. При беседе обычно выявляется инертность психических процессов со склонностью к детализации и конкретизации. Больные с трудом вербализируют свои ощущения. Эмоциональные расстройства характеризуются дистимически-дисфорическим фоном настроения с раздражительностью, недовольством окружающим и слабодушием. У пожилых больных на фоне интоксикации, гипоксии, деменции, в состоянии выраженного эмоциогенного стресса может возникнуть синдром спутанного сознания. Он характеризуется расстройством восприятия, памяти. Мыслительные процессы замедлены, наблюдается бессвязность мышления. Больной обычно подавлен, растерян, иногда встревожен, не склонен к общению, пассивен, часто впадает в дремотное состояние, при этом нарушается формула сна.

Распознавание психических нарушений представляет известные трудности. Это связано с тем, что большинство больных относят появление у них необычных телесных ощущений, измененного самочувствия, пониженного настроения, тревоги, раздражительности, нарушения сна, когнитивных расстройств к проявлениям основного соматического заболевания. Для повышения выявляемости наиболее распространенных психических нарушений непсихотического уровня (астенические, депрессивные, тревожные расстройства) необходимо внедрение в практику врача-интерниста специальных диагностических самоопросников. Особую важность приобретает раннее выявление когнитивных нарушений, число которых неуклонно растет. В качестве таких тестов можно рекомендовать оценочные шкалы Гамильтона для депрессии и тревоги, самоопросники депрессии Бека, тревоги Тейлора, ситуационной и личностной тревожности Спилбергера. Эти шкалы позволяют оценить выраженность нарушений аффективной сферы, выявить реактивную и личностную тревожность. Предлагается также использовать субъективную шкалу оценки астении (The Multidimensional Fatigue Inventory – MFI-20), позволяющую получить субъективную количественную оценку общей тяжести астении. Данная шкала состоит из 20 утверждений, отражающих разные составляющие астенического расстройства: общую астению,

физическую астению, пониженную активность, снижение мотивации и психическую астению. Наивысший балл свидетельствует о максимальной выраженности астении. Для оценки когнитивных функций используются тесты Векслера, Шульца, методики расстановки чисел и корректурной пробы.

Присоединившиеся к основному заболеванию психические нарушения чаще всего нуждаются в медикаментозной коррекции. В этой связи отметим: терапия больных пожилого возраста представляет известные трудности и требует большой осторожности. Поскольку полного излечения пожилого больного добиться невозможно, целью лечения должно быть облегчение его состояния и улучшение качества жизни. При назначении лечения следует учитывать целый комплекс факторов, прежде всего те физиологические изменения, которые развились по мере старения. Это функциональные изменения внутренних органов с ограничением резервных и компенсаторных возможностей организма – распространенный атеросклероз сосудов, в том числе сосудов головного мозга, изменение рецепторной активности центральной нервной системы в сторону снижения порога восприятия. Наличие нескольких конкурирующих хронических соматических и неврологических заболеваний нередко ведет к полипрагмазии, что требует особой осторожности при назначении нового лекарственного средства. Применение психофармакологических средств, в свою очередь, должно быть тщательно продумано с учетом того, что в некоторых случаях могут возникнуть ограничения в их использовании. Сочетание факторов физиологического старения с наличием большого числа хронических заболеваний и полипрагмазии может приводить к изменению стандартной фармакодинамики и фармакокинетики психофармакологических средств. Нередко это обуславливает неожиданные для врача результаты психофармакотерапии: снижение эффективности, возникновение острых и хронических осложнений и побочных эффектов.

Приступая к медикаментозной терапии, рекомендуется исходить из оценки ведущего психопатологического синдрома. При выборе препарата предпочтение следует отдавать средствам с низким потенциалом лекарственного взаимодействия. Известно, что метаболизм многих антидепрессантов (амитриптилин, имипрамин) замедлен у пожилых пациентов из-за снижения способности печени к деметилированию, что становится причиной развития

ортостатической гипотонии, седации, задержки мочи. Именно поэтому назначение этих препаратов требует особой осторожности. Больным пожилого и преклонного возраста при лечении депрессивных расстройств предпочтительно назначать ингибиторы обратного захвата серотонина, вызывающие значительно меньше побочных антихолинергических реакций. При неглубоких аффективных расстройствах в качестве седативного средства можно рекомендовать Тенотен по 2–3 таблетки до 4 раз в день. Обычный курс лечения составляет 1–3 месяца, при необходимости его можно повторить через 1–2 месяца.

При субсиндромальном уровне повышенной нервной возбудимости, раздражительности, чувстве тревоги, внутреннего напряжения, дискомфорта и нарушениях сна лечение можно начинать с растительных препаратов, таких как Персен и Персен форте. Применение психотропных средств у пожилых больных с соматическими заболеваниями требует особой осторожности в силу их повышенной чувствительности к побочному действию препаратов. Известно также отрицательное влияние таких препаратов на память и концентрацию внимания. При умеренно выраженных депрессивных состояниях с астенией, а также с апатическими включениями обычно достаточно эффективны пипофезин и пирлиндол. Поскольку у этих препаратов нет холинолитического действия, их можно назначать больным глаукомой, атонией кишечника, аденомой предстательной железы. Наличие у пирлиндола легкого психостимулирующего, ноотропного, улучшающего когнитивные функции действия позволяет успешно применять его у больных с когнитивными нарушениями различной степени выраженности, в том числе и у сенильных больных. С учетом умеренно выраженного стимулирующего эффекта этих препаратов предпочтительно их назначение в утреннее и дневное время.

Особого внимания заслуживают малые нейрореплетики. Отсутствие значимых экстрапирамидных побочных действий и поведенческой токсичности, слабый антихолинергический эффект, особая «мягкость» действия обусловили широкое распространение этих препаратов. В геронтологической практике препаратом выбора является алимемазин (Тералиджен), который главным образом применяется при психосоматических нарушениях, развивающихся на почве сосудистых травматических, соматогенных, инфекционных нарушений функций центральной



нервной системы и при нейровегетативных расстройствах. Препарат оказывает мягкое седативное и противотревожное действие при соматоформных симптомах, явлениях навязчивости и фобиях. В связи с противогистаминной активностью алимемазин применяют также при аллергических заболеваниях (особенно дыхательных путей) и при кожном зуде как противокашлевой и противорвотный препарат.

Поскольку психические нарушения часто возникают на фоне сосудистых и атрофических поражений головного мозга (или сопутствуют им), в комплексной терапии необходимо использовать различные сосудистые средства: холина альфосцерат, винпоцетин, бенциклан, препараты тиоктовой кислоты, ницерголин, циннаризин, Гинкго Билоба и др. Благодаря своему антиоксидантному, цитопротективному, нейротропному, гепатопротективному и детоксикационному действию, способности регулировать липидный и углеводный обмен, стимулировать обмен холестерина, улучшать функцию печени, а также высокому профилю безопасности хорошо зарекомендовал себя препарат тиоктовой кислоты Берлитион. Доказана его эффективность у пожилых больных с хронической ишемией мозга. Для лечения и профилактики нарушений мозгового кровообращения и дисциркуляторной энцефалопатии эффективен дипиридамол, который нормализует агрегацию тромбоцитов, увеличивает эластичность эритроцитов, улучшает микроциркуляцию за счет формирования новых коллатералей,

оказывает вазодилатирующий эффект, обладает ангиопротективным свойством. Показаниями для назначения ноотропных препаратов (пирацетам, пиритинол, гопантеповая кислота и др.) служат церебральная ишемия, хронические формы сосудистой мозговой недостаточности – дисциркуляторная энцефалопатия и сосудистая деменция. Ноотропы следует назначать длительными курсами, а при выраженных формах психоорганического синдрома – пожизненно. К современным ноотропным средствам с вазоактивными свойствами относится комбинированный препарат Диваза. Препарат содержит антитела к мозгоспецифическому белку S100, оказывает антиоксидантное, антигипоксантное, нейропротекторное и анксиолитическое действие. Диваза положительно влияет на когнитивные функции, уменьшает выраженность астении, способствует снижению эмоциональной лабильности и уровня тревоги.

В заключение отметим, что пожилые люди, как правило, не обращаются по собственной инициативе за психиатрической помощью. Это связано со страхом и недоверием, вызванными предрассудками по поводу психического здоровья. Многие не осведомлены о той помощи, которую может оказать психиатр. В большинстве своем пожилые люди полагают, что старческая деменция и другие психические отклонения – неизбежные стигмы старения. В этих случаях особая роль принадлежит врачам-интернистам. Именно они могут помочь пожилому пациенту найти адекватную помощь у специалиста. ☺

Mental disorders in elderly patients with internal diseases

Podrezova L.A. • Markina T.R. • Seyku Yu.V.

Podrezova Lyudmila Akimovna – MD, PhD, Professor, Psychiatry Department¹, Internal Diseases Department, Postgraduate Medical School²

✉ 10/2–122 Bagritskogo ul., Moscow, Russian Federation.

Tel.: +7 (917) 597 18 51.

E-mail: podrezova.lyudmila@yandex.ru

Markina Tat'yana Ral'fovna – Assistant Professor, Internal Diseases Department, Postgraduate Medical School²

Seyku Yuriy Viktorovich – PhD, Assistant Professor, Psychiatry Department¹

The lecture article describes common mental disorders in elderly patients with somatic and mental diseases combinations. Practice recommendations for internists are presented.

Key words: geriatric patients, mental disorders, cognitive impairment, therapy for mental disorders.

¹ N.I. Pirogov Russian National Research Medical University; 1 Ostrovityanova ul., Moscow, 117997, Russian Federation

² Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation