

Лекція №6

Психоневрологічні захворювання у похилому і старечому віці: погляд на проблему

Старіння – особлива пора у житті людини. Це час, коли доводиться осмислювати результати своєї праці і невиправдані надії, звикати до нового ритму і сенсу життя. Час, коли людина стає особливо вразливою і незахищеною. Час, коли загострюються наявні і виникають нові соматичні та психічні захворювання. Саме тоді людина потребує особливої уваги, і не лише загальносуспільної, а і, зокрема, лікарської. Адже хворі похилого і старечого віку мають цілу низку особливостей, як діагностичного, так і терапевтичного характеру. Фізіологічні зміни, що відбуваються в організмі, впливають на перебіг патологічних процесів, фармакокінетику та фармакодинаміку лікарських засобів. Про складнощі діагностики і терапії психоневрологічних захворювань у геріатричних пацієнтів та шляхи їх подолання висловлюються провідні українські фахівці у галузях неврології, психіатрії та загальної терапії.

Збільшення тривалості життя стало очевидним фактором росту частоти психічних розладів у похилому віці. Так, розповсюдженість депресії серед осіб старше 60 років, за даними різних авторів, становить у середньому 12,3% (14,1% жінок і 8,6% чоловіків). Це зумовлено впливом різних факторів – соціальних, матеріальних, соматичних, психологічних, незалежно від країни проживання. Процес усвідомлення наближення кінця і власної смерті – той перевал, який повинна пройти кожна людина на шляху до своєї дорослості, а значить, і до мудрості. Депресія у цьому сенсі є тою ціною, яку ми платимо, досягаючи мудрості життя.

Похилий вік – це період, коли загострюються наявні психічні розлади, наприклад, біполярний афективний розлад чи шизофренія, можуть виникати нові захворювання, такі як депресія, судинні розлади, наслідки порушень мозкового кровообігу, соматогенні захворювання та атрофічні процеси.

Важливим фактором допомоги хворим похилого віку повинна бути добре організована соціальна допомога, у тому числі, залучення до роботи волонтерів, студентів медичних ВУЗів та психологів. Важливо, щоб людина даної вікової групи мала можливість отримати допомогу служби довіри. Враховуючи те, що похилий вік є випробуванням на шляху до досягнення нового сенсу життя, доцільним є залучення таких осіб до груп проведення дозвілля, груп спілкування, гуртків зайнятості та набуття нових знань (танці, кулінарія, в'язання, туризм тощо).

Людина старіє... І популяція старіє також. Вже на сьогодні кількість осіб старше 65 років складає суттєвий сегмент популяції розвинутих

країн: у 2003 р. в США їх нараховувалось 35,9 млн, а до 2030 р. очікується подвоєння кількості (J.I. Sirven, B.L. Malamut. *Clinical neurology of the older adult*, II edition. – Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2008. – P. 642). Чисельні особливості цієї вікової групи осіб, особливо у сфері здоров'я, привели до появи нової галузі – геріатричної медицини, яка існує вже більше століття (термін «геріатрія» введений у 1909 р. Ignatz L. Nascher для осіб старше 65 років).

Геріатрія у певному розумінні є інтегральною спеціальністю, бо застосовується у більшості медичних дисциплін. Але найбільшою мірою, вірогідно, геріатричні проблеми постають у неврології. Абсолютна більшість неврологічних патологій є вікзалежними чи вікзумовленими – від дегенеративних захворювань нервової системи до вторинних уражень її при серцевосудинних захворюваннях. З віком стрімко зростає когнітивний компонент будьякого ураження нервової системи і те, що не помічається чи більшменш компенсується у хворих молодшого віку, стає домінуючою проблемою після 65 – когнітивний дефіцит та деменція відсувають на другий план навіть виразні рухові порушення (внаслідок інсульту, хвороби Паркінсона тощо).

Перелік захворювань нервової системи, клінічні прояви та перебіг яких мають суттєві вікові особливості, може бути довгим. І не в останню чергу за рахунок коморбідності – «типовий» геріатричний пацієнт демонструє, як правило, комплекс хронічних патологій, які в сукупності суттєво впливають на його можливості у фізичному, емоційному, соціальному сенсах та знижують загальну якість життя.

Фізіологічні зміни, яких зазнає нервова система з віком, впливають на спосіб оцінки неврологічного стану пацієнта та інтерпретацію отриманих даних. Відомо, що з віком кількість нейронів передніх рогів спинного мозку та сенсорних гангліїв падає на 25%, вага мозку до 67ї декади – на 233 г, кількість нейронів у гіпокампі зменшується на 27%. У нейрональній цитоплазмі накопичується ліпофусцин, в нервових корінцях – амілоїд (а після 70 років – і у стінці церебральних судин). Гіалінізація стінок дрібних судин призводить до зниження мозкового кровотоку та підвищення резистентності судинного русла. З віком знижується концентрація в мозку та обіг основних медіаторів – ацетилхоліну, норадреналіну, дофаміну та ГАМК. М'язи втрачають значну кількість волокон та атрофуються, а зміни структури мієліну призводять до зменшення швидкості проведення нервового імпульсу (M. Critchley, 1952).

Тому в неврологічному статусі осіб похилого віку звичайно відмічаються більш вузькі зіниці, послаблення реакцій на світло та акомодацию, зменшення обсягу та швидкості рухів очима, певна гіпомімія та зниження звучності голосу. Дифузне зниження м'язової сили (на 2030% порівняно з молодими людьми) є віковою особливістю, як і певне підвищення тону м'язів. Рефлекси можуть бути

збереженими або фізіологічно пригніченими. Підвищення порогу подразливості при перевірці чутливості може дати хибне уявлення про патологію, хоча насправді зумовлене втратою кількості чутливих волокон з віком (вібраційна чутливість знижується на 30-50%). Найбільш обережно слід оцінювати автономні функції, які загалом знижуються, як і вегетативна реактивність у забезпеченні діяльності. Наслідком можуть бути ортостатична гіпотензія, тазові порушення та температурна дизрегуляція.

Безумовно, наявність асиметрій, ознак вогнищового ураження та локальних порушень тих чи інших функцій мають розглядатись у контексті патології нервової системи, але чимало вікових змін зустрічається при звичайному огляді осіб похилого віку. Обережність у прийнятті рішення, діагностичного і, особливо, терапевтичного, є доцільною ще й із тої точки зору, що фармакодинаміка більшості препаратів у похилому віці є зміненою, і кількість побічних ефектів в осіб від 65 років вдвічі більша, ніж у молодому та середньому віці.

Слід підкреслити і такий аспект вікових особливостей, як емоційний стан пацієнтів. Підвищення тривожності та депресивні розлади, особливо поширені у цій віковій категорії, суттєво впливають на клінічну картину та перебіг основних неврологічних порушень. Особлива чутливість осіб старшого віку до стану свого здоров'я породжує велику кількість симптомів, які не пояснюються з медичної точки зору. Біологічні (в тому числі й генетичні) та психологічні механізми соматизації у пацієнтів похилого віку призводять до формування специфічної «хворобливої поведінки», яка, в свою чергу, стає дистресовим фактором і для хворого, і для його оточення.

Лікування неврологічних захворювань у похилому віці є, очевидно, однією з найскладніших проблем, тому що передбачає врахування чисельних факторів і більш детального, прискіпливого спостереження за процесом: стан хворого може змінитись раптово – і за причин коморбідних захворювань, і за фармакокінетичних причин. Але, не зважаючи на усвідомлення особливої проблемності хворих похилого віку, здебільшого лікарями-неврологами, адекватне ведення може бути ефективним, і результати можуть навіть перевищувати сподівання...

Психодіагностика пациентов пожилого и старческого возраста основана на классическом методологическом фундаменте, в то же время, она, безусловно, имеет ряд особенностей, которые требуют от исследователя определенных навыков и должны учитываться в повседневной практике. Так, для обследования лиц данной возрастной категории необходимы существенно большие затраты времени. Имеется множество данных о сомнительности использования технологий интервьюирования. Выполнение патопсихологических и нейропсихологических тестов часто нестабильно во времени и может зависеть от усталости больного, применяемой медикации и других факторов. На обследование

возрастных пациентов существенное влияние оказывает наличие сенсорного и моторного дефицита. Следует также учитывать образовательный и культурный уровень пациентов, многие из которых родились в тот исторический период, когда образование было малодоступным.

Собирая анамнез, в первую очередь необходимо убедиться в надежности получаемой информации. Учитывая особенности когнитивного функционирования больных пожилого возраста, зачастую главную роль в этом процессе будет играть надежный информант, а также валидная медицинская документация. Изложение пациентом истории своего заболевания и жизни (ясность, хронологическая последовательность, планомерность), понимание задаваемых врачом вопросов и адекватные ответы на них уже сами по себе являются важным источником оценки психического состояния. При сборе анамнеза могут выявляться существенные проблемы памяти и других когнитивных функций. Из семейного анамнеза следует выделить данные о наличии случаев семейных неврологических и психических заболеваний, а также состояний, которые могут приводить к поражению нервной системы (сосудистая патология, нарушения обмена). Из анамнеза жизни следует почерпнуть достигнутый образовательный уровень, информацию о перенесенных соматических, неврологических и психических заболеваниях, привычках и злоупотреблениях. Следует всегда принимать во внимание, что целая когорта социальных, психологических и медицинских факторов играют существенную роль в ухудшении аффективного состояния именно у лиц старших возрастных групп. К ним относят жизнь в одиночестве, социальную изоляцию, недавние утраты и изменения места жительства, множественную соматическую патологию.

В исследовании психического статуса достаточное внимание должно быть уделено дефицитарным когнитивным синдромам и эмоциональным расстройствам. В связи с этим усвоение психиатром-геронтологом методических подходов, используемых в нейропсихологии, является чрезвычайно важным. Трудно переоценить необходимость исследования как можно большего количества «сфер» (уровень сознания и внимания, ориентировка, гностические процессы, речевые функции, оптикопространственные задачи, память, исполнительные функции, настроение, уровень тревожности, обманы восприятия, нарушения мышления, критика больного своего состояния). С другой стороны, проводимые тесты должны быть максимально простыми с методологической точки зрения, не утомительными для пациента и воспроизводимыми в любых условиях.

Учитывая полиморбидность у данного контингента лиц, обследование должно заключаться, как минимум, в комплексной оценке соматического, неврологического и психического статуса.

Значительное количество соматических страданий у лиц пожилого возраста, следствием которых являются нарушения метаболизма, могут в первую очередь манифестировать нарушениями нейропсихического функционирования (комы, делирий, когнитивное снижение). Роль врача-интерниста в установлении причины, лежащей в основе такого состояния, является главенствующей. Одним из очевидных полей взаимодействия терапевтов, неврологов и психиатров является цереброваскулярная патология, где сосудистая причина приводит к множеству неврологических и психиатрических следствий.

В области геронтологической практики, как ни в какой другой, огромную продуктивность имеет взаимное проникновение знаний, методологических подходов в неврологии и психиатрии. В случаях некоторых дегенеративных деменций (например, болезнь Альцгеймера) неврологический осмотр не принесет существенной информации, в то время как исследование когнитивных процессов будет играть ключевую роль. В то же время ряд других прогрессирующих болезней мозга (болезнь Паркинсона, хорея Гентингтона и т. д.) в первую очередь проявляются специфическим сочетанием неврологических синдромов, а психопатологические нарушения являются лишь структурной единицей более масштабной клинической картины.

На сегодняшний день все больше внимания врачи-интернисты уделяют психосоматическим расстройствам. По данным разных авторов их распространенность колеблется от 15 до 40%. Особенно подвержены этим состояниям люди пожилого и старческого возраста в силу разных причин, таких, например, как широкая распространенность среди данной группы населения факторов риска психосоматических расстройств: артериальной гипертензии, ожирения, сахарного диабета.

Особое место среди эмоциональных расстройств в практике врача-интерниста занимает тревога. Статистика свидетельствует, что каждый третий пациент, который обращается к терапевту, имеет повышенный уровень тревожности. Для диагностики уровня тревожности в соматической практике используется шкала Спилбергера – Ханина, которая является надежным и информативным способом самооценки уровня тревожности в текущий момент (реактивная тревожность) и личностной тревожности (как устойчивой черты характера пациента). Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Личностная тревожность – это устойчивая склонность воспринимать ситуацию как угрожающую, реагировать на нее состоянием тревоги. Очень высокий уровень личностной тревожности прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда – тонкой координации. Своевременная диагностика тревожных реакций на фоне сердечнососудистых заболеваний и дальнейшее лечение обеспечивают значительные возможности их вторичной профилактики. В терапии данной группы расстройств основное место занимают анксиолитики (транквилизаторы), в той или иной степени противотревожным действием обладают также некоторые ноотропы, блокаторы, комбинированные фитопрепараты (в состав которых входит валериана, мята, Melissa и др.).

У лиц пожилого возраста, которые страдают сердечнососудистыми заболеваниями, наиболее часто встречающейся психической патологией является депрессия, которая определяется у трети больных. Депрессивные состояния у таких пациентов часто сочетаются с другими психопатологическими расстройствами – тревожным, ипохондрическим, астеническим синдромами, когнитивным дефицитом. У них наблюдаются повышенная утомляемость, утрата способности к физической и интеллектуальной деятельности, выраженная истощаемость, лабильность настроения, метеочувствительность и метеозависимость. В практике врача-терапевта наиболее часто встречаются жалобы на скуку, чувство усталости (утрату эмоциональной реакции на события, которые приносили радость и удовольствие), ощущение телесного неблагополучия, мысли о потере смысла жизни, собственной ненужности, незначимости, беспомощности.

Депрессия возникает у одного из пяти пациентов после острого инфаркта миокарда, что связано с уменьшением приверженности к лечению, качества жизни и смертностью больных. Среди больных с инфарктом миокарда повышенный риск летальности отмечен у лиц со значительной депрессией и субдепрессивной симптоматикой. В ряде проспективных исследований показано, что депрессия – важный предиктор смертности при манифестации ишемической болезни сердца.

В ходе терапии эмоциональных расстройств в общей медицинской практике необходимо помнить о принципиальной обратимости депрессивного состояния, его временном характере и благоприятном прогнозе при назначении лечения.

На основе контролируемых рандомизированных исследований рабочей группой по изучению депрессии у лиц, перенесших инфаркт миокарда, научной комиссией Американской академии семейных врачей (2008) подготовлены практические рекомендации с высоким уровнем доказательности (А), в которых указано, что пациенты с острым инфарктом миокарда подлежат скринингу на наличие депрессии с помощью стандартизированных схем; пациенты с постинфарктной депрессией подлежат лечению с мониторингом его продолжительности, приверженности и ответа на терапию;

назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина предпочтительнее (эффективнее) трициклических антидепрессантов, которые имеют ряд побочных эффектов.

Таким образом, ранняя диагностика и оптимальная терапия психосоматических и постстрессовых расстройств являются важнейшей проблемой современной медицины, решение которой требует тесного взаимодействия психотерапевтов, психиатров и врачей общего профиля.