

**РАННЕЕ ДИАГНОСТИРОВАНИЕ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАЗВИТИЯ
ДЕМЕНЦИИ
EARLY DIAGNOSIS AND PREVENTION OF DEMENTIA DEVELOPMENT**

П. А. Соловьёва

P.A. Solovyova

БГПУ (Минск)

Науч. рук. – С. Е. Покровская, канд. пс. наук, доцент

Аннотация. В данной статье раскрывается проблема деменции. Описываются актуальные классификации, симптомы и механика развития деменций.

Annotation. This article explains the problem of dementia. The current classifications, symptoms and mechanics of the development of dementia are described.

Ключевые слова: деменция, корковая деменция, подкорковая деменция, классификация деменции.

Key words: dementia, cortical dementia, subcortical dementia, classification of dementia.

Деменция человека является психологическим синдромом, при котором часто прогрессирует снижение интеллекта и возникает при поражении мозга. Это приводит к нарушению социальной адаптации, т.е. к недееспособности и ограничению возможности самообслуживания человека.

Деменция человека в большинстве случаев развивается очень медленно. И в основном, у человека перед деменцией протекает длительный период, когда выявляются когнитивные нарушения, но не достигают степени деменции. Если говорить о снижении памяти рассеянности, но без выявленных отклонений от возрастной нормы, то чаще это аффективное расстройство и в дальнейшем мало влияет на развитие деменции [1].

Кроме когнитивных нарушений, деменции характерны аффективные и поведенческие нарушения. Они чаще служат основной причиной обращения к врачу, потому что образуют целый спектр расстройств: апатия, депрессия, тревога, маниакальное (гипоманиакальное) состояние, эмоциональная мобильность, раздражительность, навязчивые состояния, агрессия, расторможенность, возбуждение, психические нарушения. Психические нарушения проявляются зрительными галлюцинациями или бредовыми расстройствами.

Существуют несколько классификаций деменций: по преимущественной локализации поражения – синдромальная классификация; по нозологии – нозологическая классификация; по течению болезни.

Синдромальная классификация делит деменции на три основных типа: корковая, подкорковая, подкорково-корковая. В свою очередь корковая деменция делится на переднюю и заднюю.

Передняя корковая деменция – поражение отделов лобной и височной коры мозга. Возможными заболеваниями могут быть опухолями лобной доли, лобновисочные деменции и мимическое и геморрагическое поражение лобной доли. При передней корковой деменции мы видим изменение личности, расстройство поведения, по типу апатико-абулического синдрома, расторможенность, импульсивность. Относительно сохраняется память. Снижение речевой активности и побуждение к речи. Напомню, что за речь отвечает височная доля переднего мозга, а снижение побуждения к речи – мутизм. Имеются признаки лобной дисфункции – это двухстороннее поражение лобных долей головного мозга. Поэтому частое явление поведения, стереотипное, персеверация [1, 2].

Задняя корковая деменция – поражение височнолимбической структуры, теменной и затылочной коры. Присутствует раннее нарушение эпизодической памяти – расстройство запоминания и нарушение свободного воспроизведения, а так же проблема с узнаванием ранее представленного материала. Развивается афазия – полная или частичная утрата речи, апраксия – неспособность выполнять привычные двигательные акты, агнозия

– нарушение восприятия, при потере возможности узнавать и определять информацию. Данный вид деменции характерен для болезни Альцгеймера.

Подкорковая деменция – поражение базальных ганглиев, таламуса и их связей в прилежащем белом веществе больших полушарий. В белом веществе находится скопление тел нейронов – центры регуляции вегетативных функций и двигательного аппарата. Также волокна белого вещества связывают симметричные участки обоих полушарий, участки в пределах одного полушария, большие полушария с нижележащими отделами головного и спинного мозга. Подкорковую деменцию называют подкорково-лобной, потому что характерное психическое расстройство связано с вторичной дисфункцией лобной коры. У данного вида деменции самый большой список причинных заболеваний: дисциркуляторная энцефалопатия – при поражении мозга гибнут нейроны и связь между ними, деменция при болезни Паркинсона, деменция, вызванная дефицитом В12, ВИЧ-энцефалопатия, Болезнь Гентингтона и т.д. Характерные симптомы: замедленность психических процессов с выраженным нарушением внимания, нарушение памяти при воспроизведении, но с относительным сохранением узнаванием и запоминанием. Нарушение двигательных функций (ходьба, устойчивость и т.д.) частые симптомы при болезни Паркинсона, т.к. при болезни Паркинсона развивается патология ЦНС, при которой присутствуют двигательные нарушения, мышечная ригидность, тремор в состоянии покоя. Также происходит очень сильное изменение поведения спонтанностью, снижением мотивации и аффективными расстройствами, а конкретно апатия и депрессия [3].

Корково-подкорковая деменция – сочетание корковой и подкорковой деменций.

Следует понимать, что одиночное очаговое поражение мозга редко связано с деменцией. При деменции наблюдается многоочаговое поражение мозга. Нозологическая классификация делит деменцию не на перечень пораженных зон, а на степень вовлечения «стратегических зон» головного мозга.

Нозологическая классификация: первичная деменция; деменция при мультисистемных дегенерациях, вторичная деменция, смешанная деменция.

К первичной деменции относят дегенеративные заболевания, при которых поражены те участки головного мозга, которые связаны с обеспечением когнитивных функций – лобная кора, височно-теменная кора. К примеру, болезнь Альцгеймера, лобновисочная дегенерация.

Деменция при мультисистемных дегенерациях подобна первичной, но к нарушению зон, отвечающих за когнитивные функции, добавляются те области мозга, отвечающие за регуляцию двигательных и вегетативных функций (болезнь Паркинсона).

Вторичная деменция является осложнением первичного заболевания. Очень часто вторичная деменция появляется при травме, с внутричерепным процессом, вызывающим смещение и сдавливание мозга (гематома, опухоль), а так же влияют системные заболевания: дыхательной недостаточности, интоксикации, нарушение обмена веществ различного происхождения и т.д.

Смешанная деменция включает в себя признаки первичной и деменции при мультисистемных дегенерациях или признаки первичной и вторичной вместе.

Последняя классификация делит деменцию по течению болезни:

- прогрессирующая деменция – дегенеративная деменция;
- статическая деменция – остаточное явление после перенесенного заболевания (черепно-мозговая травма или инфекции);
- потенциально обратимые – сосудистые типы деменции, при компенсации сосудистых нарушений.

Но чаще при деменции необратимое снижение когнитивных функций. Поэтому лечение носит поддерживающий характер. Первичные цели лечения – ограничить дальнейшее повреждение мозга и по возможности стабилизировать или замедлить снижение психических функций.

Деменция все больше становится актуальной темой, потому что в статистике всё больше растут цифры молодого возраста. Причиной деменции у более молодых людей является алкоголь. Всем известно, что маленькая спирта очень маленькая и с легкостью проникает в клетки организма, высушивая клетку. А мозг человека состоит на 75-80% из воды. Спирт лишает мозг воды, из-за чего мозг уменьшается в объеме и на его поверхности возникает новый рельеф, т.к. он сморщивается. Отсюда нарушение кровообращения, которое влечет микроинсульт и тромбоз. Вот эти все идущие друг за другом процессы приводят к гибели нейронов, что создаёт проблемы с памятью. Симптомы сильно усугубляются при хроническом алкоголизме.

Ещё один актуальный вопрос связанный с деменцией – ковид. Неврологи и психологи предполагают развитие деменции у некоторого процента больных. К такой теории они пришли потому, что у многих больных симптомы подобны симптомам энцефалопатии (головные боли, ухудшение настроения, плохой сон, утомляемость, депрессия, нарушение концентрации внимания и т.д.) Причины энцефалопатии очень различные, т.к. под этим термином объединяют ряд заболеваний (гипертоническая болезнь, нарушение кровоснабжения мозга и т.д.). Пока теорию трудно подтвердить, но и трудно опровергнуть. Всё же такие симптомы как отсутствие обоняния и вкуса уже давно связывают с мозгом, а конкретно с височным отделом.

Существует проблема раннего диагностирования и предупреждения развития деменции. Причиной этого является отсутствие саморефлексии своего ухудшающего состояния больными, из-за чего они поздно обращаются за медицинской помощью. А регулярное массовое диагностирование деменции не осуществляется.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левин, О. С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции / О. С. Левин. – 10-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2021. – 192 с.
2. Одинака, М. М. Частная неврология: Учебное пособие / под ред. М. П. Одинака. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2009. – 576 с.
3. Попова, Н. П. Анатомия центральной нервной системы: Учеб. пособие для вузов / Попова Н. П., Якименко О. О. – 6-е изд. – М.: Академический проект, 2015. – 112 с.