ДОКЛАД

На тему: **«Нарушение памяти в пожилом возрасте»**

Выполнила: студентка 3 курса

Калганова Екатерина Алексеевна

Санкт-Петербург 2010

**Память -** это отражение в нашем сознании жизненного опыта. Она представляет собой вид мнестической деятельности, для которой характерны фиксация, сохранение и воспроизведение информации. Сила памяти зависит от степени концентрации внимания на поступающую информацию, эмоционального отношения (заинтересованности) к ней, а также от общего состояния человека, степени тренированности, характера психических процессов. Убежденность человека в том, что информация полезна, в сочетании с его повышенной активностью при ее запоминании, является важным условием для усвоения новых знаний.

**Различают два вида фиксации**: кратковременную память (следы внешних раздражений удерживаются в памяти до тех пор, пока существует источник сигналов, а затем угасает) и долговременную (информация сохраняется в памяти на долгие годы). Последняя является для человека источником знаний, опыта, навыков.

У человека различают **моторную, или механическую**, а также **зрительную, слуховую, эмоциональную и смысловую память**, причем какая-то из них обычно превалирует над другими. Механическое запоминание основано обычно на частом повторении одного и того же факта. Это самый непродуктивный и нестойкий вид памяти. Зрительная память базируется на наглядно-образном запоминании окружающей действительности, слуховая - преимущественно на звуковом, словесном. Когда запечатлевание поступающей информации имеет в своей основе выраженные эмоциональные переживания, речь идет о так называемой эмоциональной памяти. Наиболее устойчивой и качественной считается смысловая память, т.е. запоминание, основанное на установлении логической взаимосвязи, взаимозависимости явлений.

Вторая половина XX века характеризовалась значительными изменениями возрастной структуры населения с тенденцией к увеличению лиц пожилого и старческого возраста. В 2000 году в мире было около 400 миллионов человек в возрасте старше 65 лет. Ожидается, что к 2025 году эта возрастная группа может увеличиться до 800 миллионов. При этом от 50 до 75% пожилых людей жалуются на нарушения памяти.

Поскольку возраст является самым сильным и независимым фактором риска нарушений памяти и других высших мозговых (когнитивных, познавательных) функций, количество людей с подобными расстройствами увеличивается одновременно с ростом в популяции числа лиц пожилого возраста.

К высшим мозговым, или когнитивным (познавательным) функциям относятся наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним.

При наличии нарушений одной или нескольких из этих функций врачи используют термин “когнитивные расстройства”. Эти нарушения возникают вследствие различных заболеваний головного мозга и влияют на эффективность обучения, профессиональной, бытовой и социальной деятельности.

**Память** - одна из основных высших мозговых функций. Именно снижение памяти, забывчивость - в первую очередь беспокоит человека и постепенно начинает мешать осуществлению нормальной жизнедеятельности. Как правило, в начале заболевания нарушается кратковременная память на последние, только что произошедшие события жизни, также могут появляться неуверенность, страх, снижение настроения, изменения поведения. Снижение памяти проявляется в мелочах, таких как пропущенные встречи, потерянные предметы, когда человек забывает, зачем пришел в комнату, “что куда положил”. Многие из этих симптомов, к сожалению, являются нехарактерными, и только врач-специалист может распознать, являются ли данные жалобы проявлениями того или иного заболевания головного мозга и, при необходимости, назначить соответствующее лечение.

Если заболевание вовремя не распознается и адекватное лечение не назначено, потеря познавательных функций постепенно прогрессирует, приводя, в конечном итоге, к следующей фазе заболевания - **развитию деменции.** Этот термин происходит от латинского слова *de mentos*, означающего потерю разума. В этом случае, нарушения когнитивных функций выражены настолько, что приводят к затруднениям в обычной для больного бытовой, профессиональной и социальной деятельности. На этапе деменции пациент полностью или частично утрачивает свою независимость и самостоятельность, а при умеренной и тяжёлой деменции - нередко нуждается в постороннем уходе. Очень важно отметить, что деменция является результатом длительного, нередко многолетнего, прогрессирования различных заболеваний головного мозга, в том числе болезни Альцгеймера, сосудистой мозговой недостаточности. При этом, чем раньше начато правильное лечение, тем больших результатов можно добиться.

**Нарушение познавательных функций**

*На какие признаки нужно обратить внимание:*

· сложность при выполнении договоренностей

· сложности при выполнении простых действий в быту

· неспособность согласовать предложения в обычной речи

· значительное изменение почерка

· недостаточная концентрация внимания

· чувство чрезмерного напряжения, раздражительность

· быстрая утомляемость

· угнетенное настроение

· снижение круга интересов

Нередко, приходится сталкиваться с заблуждением, что нарушение памяти и других когнитивных функций является нормой в пожилом возрасте. Это не так. Возраст, сам по себе, может рассматриваться как причина относительно небольшого и не прогрессирующего ухудшения памяти и внимания. Нормальным считается снижение этих функций уже после 45 лет, однако характер и степень этого снижения могут широко варьироваться. Возможное возникновение легких нарушений памяти связано с замедлением обработки информации. Это приводит к тому, что пожилым людям несколько труднее приобретать новые знания и навыки, чем людям молодого и среднего возраста, а также работать с несколькими источниками информации из-за снижения способности переключать внимание, что нередко отмечается у лиц пожилого возраста.

**При нормальном старении** - уязвимыми являются следующие функции: быстрота реакции на внешние стимулы, способность к концентрации внимания, способность быстро переключаться с одного вида деятельности на другой. При этом, остаются сохранными память на текущие и отдаленные события жизни, приобретенные в прошлом навыки, ориентировка во времени и пространстве, адекватная оценка собственной личности, восприятие, речь, счет, мышление и др. При появлении отчетливых нарушений этих функций они должны рассматриваться как признаки патологии головного мозга. Однако, необходимо отметить, что перечисленные выше возрастные изменения познавательных функций не являются обязательными признаками нормального старения. Выраженность возрастных изменений индивидуальна. Широко известно, что многие пожилые лица не уступают людям молодого и среднего возраста по возможностям памяти и интеллекта. В этих случаях принято говорить о так называемом успешном старении. Таким образом, причины нарушений памяти в пожилом возрасте многообразны. В их основе могут лежать как естественные возрастные изменения, так и различные заболевания головного мозга. Свой вклад в развитие нарушений памяти могут вносить изменения настроения, возможные терапевтические, инфекционные, воспалительные заболевания, черепно-мозговая травма, нарушения обмена веществ и др.

**Как в России, так и в других странах мира**, существует несколько серьезных проблем, связанных с несвоевременной диагностикой когнитивных расстройств:

1. Недостаточная информированность населения. Именно поэтому пациенты и их родственники могут долго не обращаться к врачу, вплоть до этапа развития крайне тяжелых нарушений, когда полностью утрачиваются навыки самообслуживания. При этом - возможности помощи пациентам весьма ограничены.

2. Поздняя диагностика когнитивных нарушений - недостаточное знание врачами разных специальностей методов диагностики данного заболевания.

. Ошибочное мнение врачей и пациентов о неэффективности терапии нарушений памяти.

Клиническая практика показывает, что на современном этапе развития медицины и фармакологии терапия когнитивных нарушений, особенно на ранних этапах развития заболевания, имеет существенные шансы на успех.

Именно поэтому, в настоящее время, необходимо проведение образовательных курсов для врачей по проблемам нарушений памяти и других когнитивных функций, а также широкое информирование пожилых людей о методах профилактики и лечения деменции, о проявлениях и симптомах этого заболевания, обязательности своевременной диагностики и лечения.

Итак, **деменция и старение - не одно и то же.** Легкая забывчивость при старении, сама по себе, - не повод для тревоги и может являться нормой в пожилом возрасте, но если отмечается недостаток возможностей для осуществления профессиональной или бытовой деятельности, по сравнению с тем, что было прежде, то необходимо обратиться к врачу-специалисту, пройти нейропсихологическое обследование. При необходимости, назначаются клиническое и биохимическое исследование крови, нейровизуализация (компьютерная или магнитно-резонансная томография головного мозга), электрофизиологические и другие методы исследования. Только врач-специалист имеет право и способен назначить терапию и правильно лечить пациента в дальнейшем.

**Исследование когнитивных функций**

**Наблюдение:** А.Е. Дубенко, д.м.н., Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, В.И. Коростий, к.м.н., Харьковский национальный медицинский университет, И.А. Якущенко, Харьковская областная клиническая психиатрическая больница №3 - был обследован и проанализирован 231 больной в возрасте 70 лет и старше. Всем пациентам было проведено исследование когнитивных функций с использованием шкалы MMSE и теста рисования часов, поскольку, по мнению авторов, использование только MMSE может привести к получению ложноположительного результата у больных с депрессией, а использование только теста рисования часов было затруднено недостаточным опытом авторов субъективной интерпретации результатов.

При оценке когнитивной сферы учитывались:

беседа с больным и сбор анамнеза (при этом оценивается состояние памяти, мышления, эмоциональной сферы);

способность больного выполнять простые или более сложные инструкции, степень взаимодействия с врачом при осмотре, замедленность в ответах на вопросы;

оценка адаптации к бытовым условиям, сохранность трудовых навыков (если пациент работает), возможность выработки новых навыков.

Целью нейропсихологического исследования является объективизация когнитивных нарушений у больных с жалобами на нарушения памяти, диагностика начальных стадий деменции, а также дифференциальная диагностика деменции и депрессии. Имеющиеся у некоторых больных нарушения могут не соответствовать критериям деменции, хотя сами больные или их близкие отмечают изменения интеллектуальных функций. В эту группу могут входить социально активные лица с высшим образованием, больные психиатрического профиля (с депрессией, тревожностью) и больные с очень легкой деменцией, у которых в последующем может развиться тяжелая форма заболевания. Этим больным показано динамическое наблюдение с повторным осмотром, обычно через 6-12 мес., что позволяет документировать когнитивные нарушения.

Учитывались некоторые факторы, которые могут влиять на результаты нейропсихологического тестирования:

• очень высокий или очень низкий уровень образования;

• нарушения зрения, слуха, чувствительные расстройства;

• слабая мотивация больного;

• усталость пациента;

• эмоционально-личностные нарушения;

• психические расстройства;

• побочное действие лекарственных препаратов.

**Трудности объективизации состояния пациентов**

память когнитивный пожилой познавательный

При оценке наличия депрессивной симптоматики у больных с когнитивными нарушениями использование субъективных шкал, каковыми являются шкала Цунга или вопросник Бека, крайне затруднительно из-за невозможности адекватной интерпретации полученных результатов. Для определения наличия симптомов депрессии использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS). Клинический метод с использованием диагностических рабочих критериев депрессии при болезни Альцгеймера Национального института психического здоровья США и Корнельской шкалы депрессии при деменции (Cornell Scale for Depression in Dementia - SCDD) позволяет избежать неправильной оценки депрессивных симптомов.

При проведении психодиагностического обследования у нас возникали следующие сложности, которые необходимо учитывать при проведении исследования и которые, по нашему мнению, могут быть интересны другим специалистам, занимающимся данной патологией.

Для оценки наличия депрессии и степени ее выраженности крайне затруднительно использовать вопросники, заполняемые больными (вопросник Бека, шкала Цунга и т.п.) из-за невозможности адекватной интерпретации данных у больных с когнитивным дефицитом.

Кроме того, у больных с выраженной деменцией при оценке депрессивной симптоматики при использовании наиболее распространенной шкалы Mini Mental State Examination (MMSE) исследователи нередко получали ложноположительные результаты, как бы подтверждая правильность термина «псевдодеменция» для определения депрессивного расстройства у пожилых больных. При ответе на вопросы и выполнении заданий больные нередко путаются, отвечают неправильно, выполнение заданий затруднено из-за невозможности концентрации внимания или неправильной оценке необходимости тестирования. Поэтому рационально, по-видимому, сочетание двух или нескольких тестов для оценки состояния когнитивных функций, например сочетание, которое мы использовали в исследовании, описанном ниже, - MMSE и тест рисования часов, что позволяет более адекватно оценить состояния когнитивных функций у больных.

При этом необходимо отметить, что сочетание нескольких методик или усложнение имеющихся для адаптации их к пожилому пациенту также является большой проблемой при проведении психодиагностического исследования у геронтологических больных. Применение большого количества методик утомляет этих больных, что, с одной стороны, может привести к получению ложноположительных результатов, а с другой - даже ухудшить клиническое состояние больного.

Кроме того, нельзя не учитывать наличие неврологического дефицита у больного - парезов, параличей, афазии, подкорковой симптоматики и т.п., который может не только затруднять выполнение больными тех или иных тестов, но и влиять на интерпретацию данных тестирования.

В заключение описания сложности психодиагностического обследования нельзя не отметить и крайний субъективизм тестирующего при оценке депрессивной симптоматики у больных с выраженной деменцией, то есть при значимом когнитивном дефиците при оценке степени депрессии, если это нужно для решения вопроса о необходимости назначения антидепрессантов, следует провести независимое тестирование двумя специалистами с последующим сопоставлением данных.

**Результаты** исследования выявили наличие синдрома умеренных когнитивных нарушений у 118 больных, однозначно доказанные симптомы деменции - у 113. Все больные с расхождением данных тестов MMSE и рисования часов были отнесены в группу с умеренными когнитивными нарушениями (11).

Депрессивные расстройства выявлены у 88 пациентов. Депрессивные симптомы обнаруживались у 136 больных. У больных с синдромом умеренных когнитивных нарушений преобладали депрессивные нарушения легкой и средней степени тяжести. В этой группе наряду с признаками, характеризующими депрессию у пациентов с деменциями, наблюдались также психогенные и нозогенные переживания.

Соотношения депрессии и деменции при болезни Альцгеймера или сосудистой деменции были представлены следующими вариантами:

депрессивные расстройства чаще выявляются у пациентов, у которых в последующем развивается деменция;

клиническая картина депрессии при болезни Альцгеймера или при сосудистой деменции может протекать с атипичными проявлениями, а ряд симптомов деменции может быть ошибочно квалифицирован как проявление депрессивного расстройства;

в ряде случаев у больных с начальными проявлениями деменции можно установить психогенный (нозогенный) характер депрессии.

В подавляющем большинстве случаев предположительны биологические патогенетические связи болезни Альцгеймера и депрессии.

**Лечение пациентов**

Оптимальное лечение больных с нарушениями памяти предусматривает:

− раннее выявление нарушений памяти и других познавательных функций;

− определение характера и тяжести нарушений, установление правильного диагноза;

− динамическое наблюдение за больным;

− раннее начало лечения;

− длительность и непрерывность проводимой терапии;

− лечение сопутствующих неврологических, психических и соматических расстройств;

медицинская, социальная и профессиональная реабилитация.

Выбор терапевтической тактики, во многом, определяется выраженностью нарушений. Данные международных и отечественных исследований показали, что на этапе деменции достоверный положительный эффект в отношении когнитивных функций оказывают препараты, относящиеся к **заместительной терапии**. Эти лекарственные средства влияют на обмен веществ, необходимых для нормального взаимодействия нервных клеток между собой, дефицит которых возникает при большинстве заболеваний, приводящих к развитию деменции. К этим препаратам относятся **акатинол мемантин и ингибиторы ацетилхолинэстеразы (галантамин, ривастигмин, донепезил)**. На ранних стадиях развития заболевания используется более широкий спектр препаратов, как правило, **нейропротекторного (защитного)** действия, влияющих на улучшение кровотока и обмена веществ в мозговой ткани. В каждом конкретном случае лечащий врач подбирает необходимую схему лечения и дозировку лекарственных средств. При наступлении деменции препараты, как правило, назначаются для длительного и непрерывного (многолетнего) применения.

Применение современных лекарственных препаратов способствует стабилизации или улучшению состояния пациента, уменьшению выраженности нарушений, нормализации поведения и адаптации в повседневной жизни, что, в конечном итоге, приводит к повышению качества жизни не только самого больного, но и его ближайшего окружения.

Основными целями и возможностями терапии, особенно на ранних стадиях заболевания, являются: улучшение состояния памяти и внимания, замедление прогрессирования заболевания, профилактика и лечение расстройств в эмоциональной сфере, улучшение возможностей пациента к общению и повышению общего жизненного тонуса, нормализация поведения в быту, восстановление навыков профессиональной деятельности.Даже на более поздних этапах развития деменции назначение современных лекарственных препаратов нередко приводит к активизации умственных и психических процессов, способствует, как можно более длительному сохранению возможности самообслуживания и, насколько это возможно, замедлению прогрессирования заболевания, что позволяет избежать зависимости от постоянного ухода.

**Дополнительно, но очень важно для пациента:**

· Сохранение активного образа жизни (прогулки на свежем воздухе).

· Тренинг памяти, внимания (решение кроссвордов, сохранение хобби, чтение книг и газет).

· Активное общение (родственники, друзья, соседи).

**Список литературы**

## 1. Локшин А.Б. Нарушения памяти в пожилом возрасте. / Локшин А.Б., к.м.н.

2. Эффектон [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.effecton.ru/

. Медик Информ. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.medicinform.net/

. Здоровье Украины. − 2008. − №12/1(июль). − С. 30-33. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.health-ua.com/issue/218/.

. Клиническая психология. / Н. Сандберг, А. Уайнбергер, Д. Таплин.