



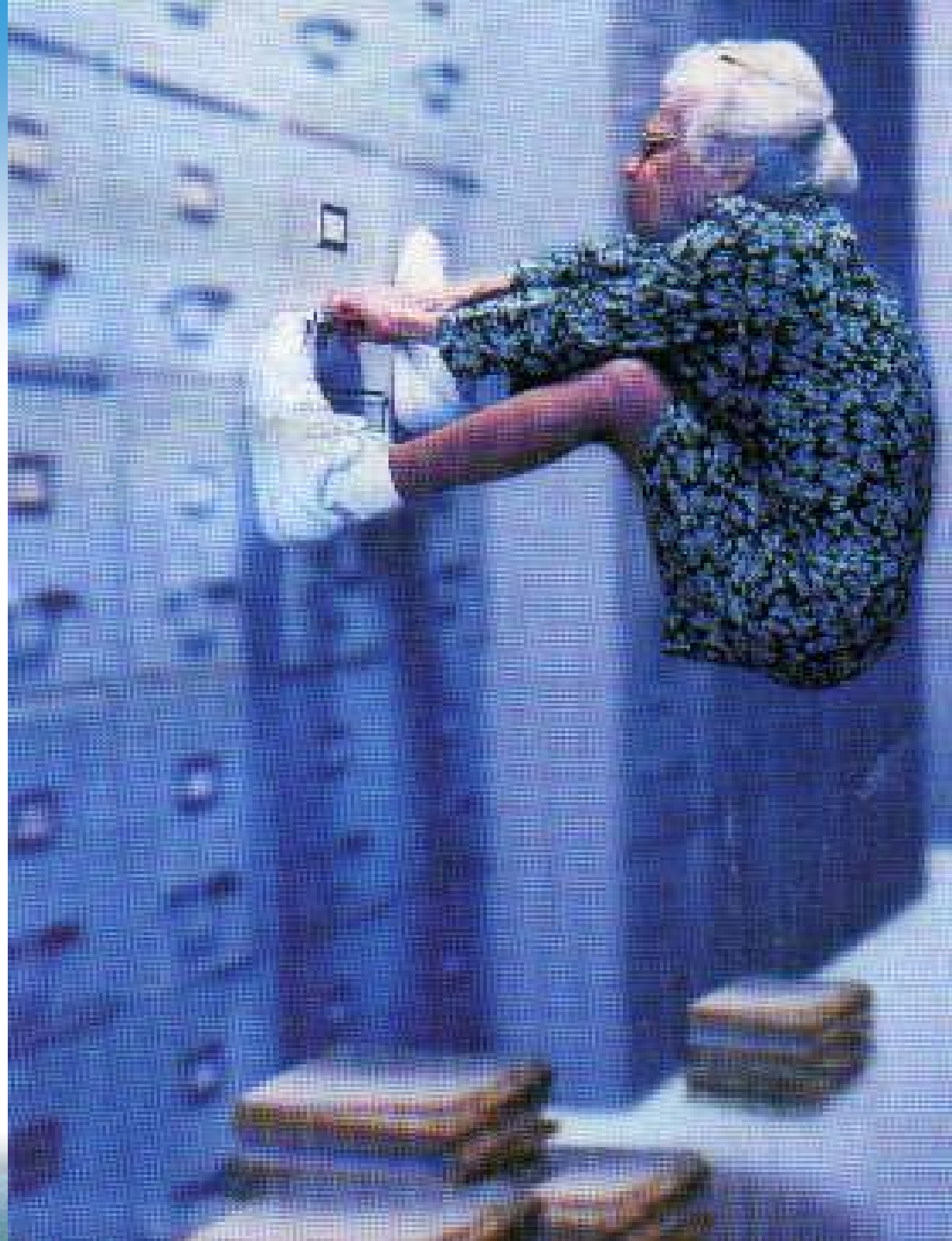
НСОПЛБ



Психични разстройства в напреднала и старческа възраст



доц. д-р Лъчезар Хранов
психиатър





Медицински фактори, предизвикващи депресия

- ✓ **Мозъчни болести:** мултиплена склероза, инсулт, Алцхаймерова деменция, съдова деменция, болест на Huntington, болест на Parkinson, тумори, чмт.
- ✓ **Системни болести:** синдром на Cushing, хипотиреоидизъм, хипертиреоидизъм, хиперкалиемия, дефицит на фолат и на вит. B12, поствирални състояния, карцином (особено на панкреаса), краниален артериит.
- ✓ **Екзогенни вещества:** стероиди, НСПВ, централно действащи антихипертензивни, дигоксин, бензодиазепини (?), алкохол (?).

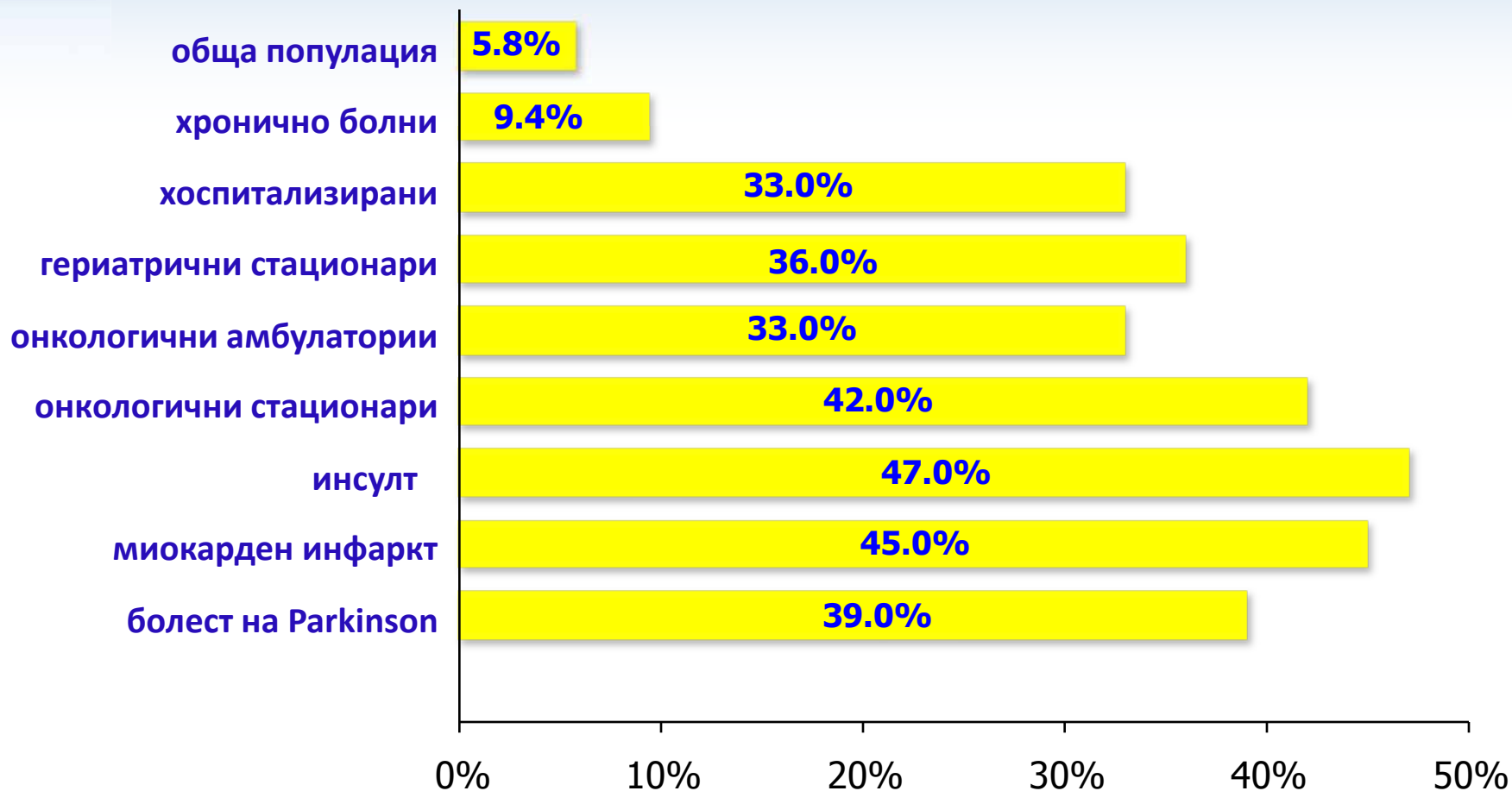


Честота на депресивен епизод при някои соматични болести

ТЕЛЕСНА БОЛЕСТ	ЧЕСТОТА
терминални солидни тумори	25 - 38%
инсулт	27 - 35%
бъбречно заболяване	5 - 22%
хронична болка	35 - >50%
епилепсия	20 - 30%
болест на Parkinson	30 - 50%
миокарден инфаркт	20%
захарен диабет	10%



Честота на депресия сред избрани популации болни





Рискови фактори за депресия след инсулт

- Предишна психиатрична анамнеза
- Предишен инсулт
- Фамилна анамнеза за афективно разстройство
- Сериозно функционално увреждане
- Развод
- Пребиваване в старчески дом
- Значителна консумация на алкохол (само при мъжете)

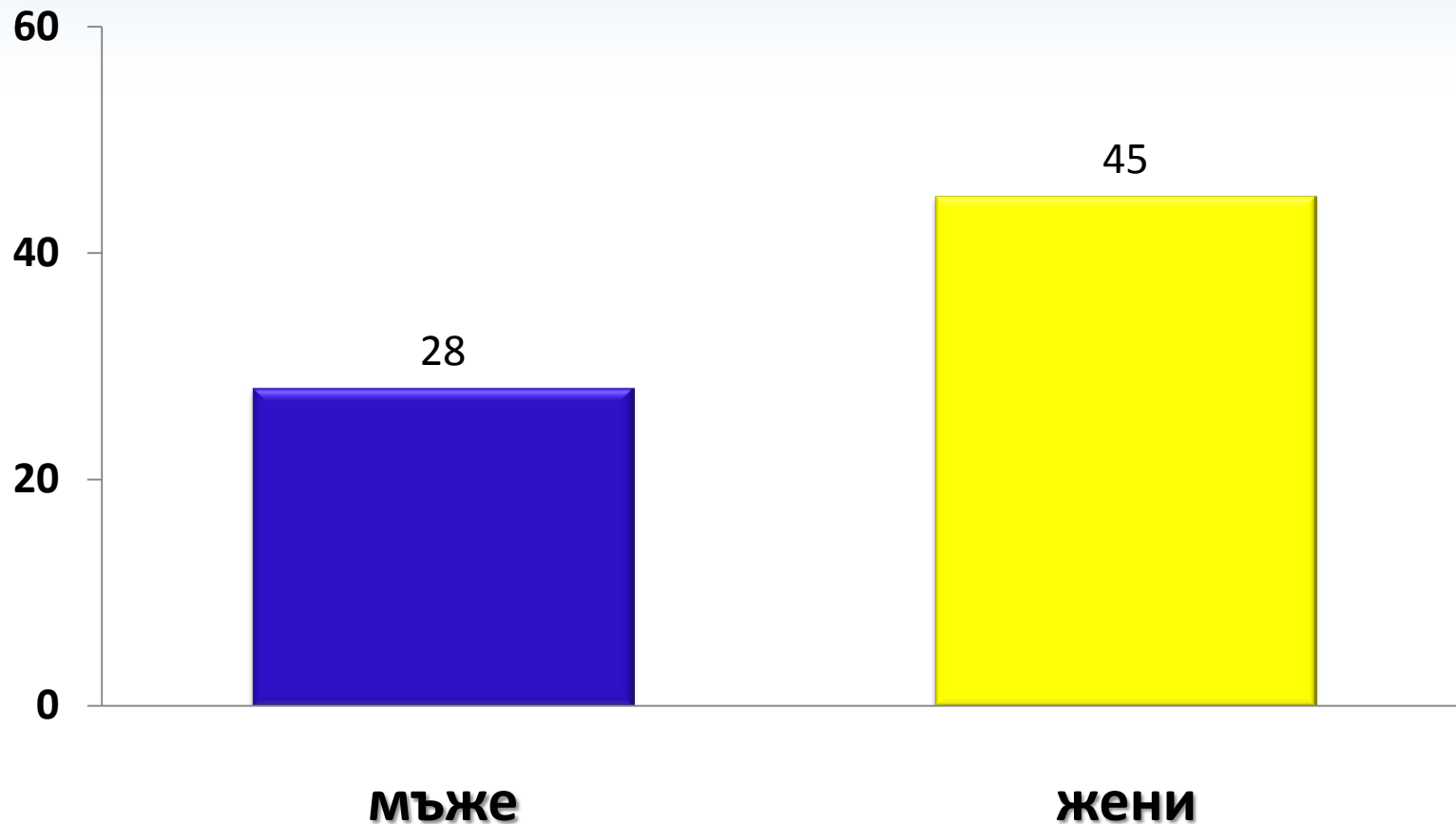


Митове за ДКВ

- ✓ Тя е извънредно честа
- ✓ Клиничните ѝ черти се различават съществено от депресивните симптоми при по-млади пациенти
- ✓ Прогнозата ѝ е много лоша



Кумулативен риск от разгръщане на депресия до 70 г. възраст





Сърцевинни симптоми и признаци на депресия

- Те са едни и същи през целия жизнен цикъл.
- Включват тъга, песимизъм, анхедония, самокритичност и себеукори, затруднена концентрация, забавено мислене, ретардация или ажитация, намалена енергия, нарушения в съня и апетита.
- Често диагнозата при възрастни пациенти се затруднява поради косвена презентация, успоредно съществуващи телесни проблеми и/или когнитивни нарушения.



Маркери на депресия при телесно болни възрастни хора

- **Несигурни:** разстройства на съня, апетита и енергията; тъга и/или потиснато настроение
- **По-сигурни:** анхедония, ареакивност на афекта, негативен стил на мислене



Обичайна картина на ДКВ

- Сериозно изменена психомоторика (ажитация или ретардация)
- Психотични тенденции
- Изпъкващи често на преден план соматизация/хипохондрия, изразена тревожност
- Апатия, ниска мотивираност
- Паметови смущения



Дългосрочен изход от ДКВ (след поне една година)

- Трайно възстановяване: **30%**
- Рецидив с последващо възстановяване: **35%**
- Лошо възстановяване с инвалидизиране: **25%**
- Хронично инвалидизиране: **10%**
- Нарастване на риска от смърт: **1,5 - 4** пъти



Разграничение между първична деменция и първична депресия

ДЕМЕНЦИЯ	ДЕПРЕСИЯ
Подмолно, неопределимо начало	Бързо начало
Отдавнашни симптоми	Скорошни симптоми
Разнообразна минала и фамилна анамнеза	По-честа минала и фамилна анамнеза за афективни разстройства
Настроението и поведението флукутират	Настроението е трайно понижено
По-зле следобед и вечер	По-зле сутрин
Типични са "почти точните" отговори	Типични са отговорите "не зная"
Пациентът крие дефицита	Пациентът подчертава дефицита
Когнитивното увреждане е относително стабилно	Когнитивното увреждане много флукутира



Клинична връзка между ДКВ и деменция

- Често излекуването на депресията води само до частично подобрене на когницията.
- Представящите се с начална обратима деменция развиват траен когнитивен упадък с честота 9 - 25% годишно (2,5 - 6 пъти по-често от очакваното).



Важни странични ефекти на АД при възрастни

СТРАНИЧЕН ЕФЕКТ	ТАД	СИСТ
сухота в устата	++	
обърканост	+	
ретенция на урина	+	
предизвикване/обостряне на глаукома	++	
замъглено зрение	++	
седиране	++	+
постурална хипотония	+	
замаяност	+	
падания	++	
кардиотоксичност	+	
гадене		++
главоболие		++



Делир: обща представа

- Остър органичен психичен синдром, включващ глобално нарушение на когницията
- Рискови фактори: ранна/късна възраст; мозъчна увреда; деменция; предходен(ни) делир(и)
- Признак на остра мозъчна дисфункция и съответно на това – спешно медицинско състояние
- Кратък и бързо флукутиращ ход
- Често обратим
- Непосредствени цели: да се диагностицира дефинитивно причината; да се спре въздействието ѝ преди да настъпи прогресиращо влошаване



Делир: симптоми, приблизително ранжирани по специфичност

- 1) Нестабилност на всички психопатологични симптоми във времето
- 2) Не-слухови халюцинации
- 3) Припознавания и илюзии
- 4) Нарушена концентрация на вниманието
- 5) Дезориентация
- 6) Количествено нарушение на яснотата на съзнанието
- 7) Слухови халюцинации
- 8) Други когнитивни нарушения
- 9) Налудни идеи
- 10) Афективни симптоми



Делир: основни причини

- Вътречерепни (епилепсия, ЧМТ, инфекции, неоплазми, съдови разстройства)
- Медикаменти/отрови
- Ендокринни хипо- и хиперфункции
- Заболявания на черния дроб, бъбреците, белите дробове (хипоксия), сърцето (сърдечна недостатъчност, аритмии, хипотония)
- Недостиг на тиамин
- Електролитни дисбаланси с каквато и да е причина
- Постоперативни състояния



Делир: интервю

- Имайте предвид актуалната широка гама психомоторни нарушения – от ажитация до апатия
- Опитвайте се да използвате стимули, които балансират нивото на психомоторна активност
- Поведението на пациента може да се промени внезапно; психичният статус може да се измени значимо за няколко часа
- Оценете паметта, ориентацията и яснотата на съзнание на пациента
- Задавайте само кратки въпроси; ориентирайте често пациента за актуалната му(й) ситуация с повтарящи се прости и ясни фрази
- Може да е необходима телесна имобилизация



Делир: оценка и подход

1. Идентифицирайте всички възможни причини от анамнезата, а ако са идентифицирани – опитайте се да прекратите действието им **веднага** (*ако не се лекува, делирът може да доведе до смърт*)
2. Опишете всички приемани от пациента медикаменти
3. Ако окончателната диагноза е все още неясна, за предпочитане е да обездвигите ажитирания пациент
4. Проверете и проследявайте системно виталните признаци и извършете пълен физикален преглед. Търсете неврологични признаци и признаци на кардио-респираторна нестабилност
5. Записвайте постоянно всички свои находки
6. Разпоредете цялостно лабораторно изследване
7. Коригирайте евентуалните метаболитни, нутритивни, електролитни или обемни абнормности
8. Осигурете неврологична консултация
9. Започнете лечение, когато е поставена окончателна диагноза



Делир при алкохолна абстиненция (DTs)

- Явява се при около 5% от пациентите, отменили приема на алкохол
- Обикновено се явява при телесно увредени пациенти с дълга анамнеза за зависимост от алкохол, които са спрели внезапно пиенето или са редуцирали значимо поеманото количество
- Потенциално животозастрашаващ (20% смъртност без лечение и 5 – 10% - в хода на лечението)
- Причина за смъртта е хипертермия, хиповолемия, електролитен дисбаланс, инфекция и в крайна сметка – остра сърдечносъдова недостатъчност



DTs: клинични характеристики

- При 90% от пациентите изявата е в рамките на една седмица след значително намаляване на количеството поет алкохол (най-често – след 24 – 72 часа абстиненция)
- Развива се често на третия ден от болничния престой
- Нарушават се тежко сетивата/възприятията; налице е изразена автономна хиперактивност (тахикардия, хипертония, хиперпнея, хиперпирексия, хиперхидроза), тремор, епилептични пристъпи, ярки халюцинации (предимно зрителни и/или тактилни), резки промени на психомоторната активност, кошмари и/или инсомния



DTs: подход

- Агресивно, интензивно лечение в стационар!
- Непосредствени цели: предотвратяване на изтощението, редукция на свръхвъзбудимостта на ЦНС, корекция на електролитния и обемен дисбаланс
- Внимателна оценка на наличните соматични проблеми
- Системно постоянно следене на виталните признаци
- Внимателно наблюдение за евентуално развитие на фокални неврологични признаци
- Определяне на висококалорична и богата на въглехидрати диета
- Прилагане на витамини
- Засилено подозрение за наличие на инфекция и агресивно лечение на открита инфекция
- Многократно парентерално прилагане на бензодиазепини до овладяване на свръхвъзбудимостта на ЦНС (кумулятивната доза през първия ден се използва като назначение за втория)
- Тиамин (100 mg IM, последвани от 3 x 100 mg PO); задължително прилагане на мултивитамини два пъти дневно
- Осигуряване на адекватен сън



“Синдром на скитащите по залез”

- Вариант на делир, наблюдаван при възрастни (обикновено нощем)
- Сънливост, обърканост, дезориентация, преходни психотични симптоми, атаксия, падания в резултат на свръхседиране от медикаменти
- Може да се изяви с налудности, халюцинации, депресия, тревожност и/или раздразнителност
- Наложете кротко и спокойно, но твърдо високостепенна структурираност на ситуацията
- Документирайте когнитивните нарушения чрез MMSE
- Установете и лекувайте подлежащото разстройство
- Може да е необходима имобилизация, но за предпочитане е парентералната апликация на медикаменти, която може да се прилага “по спешност” – без изискването за информирано съгласие
- Ниски дози халоперидол (0,5 mg при лягане)
- В случай на ексцесивно медициране – само подкрепящи мерки и/или фиксиране

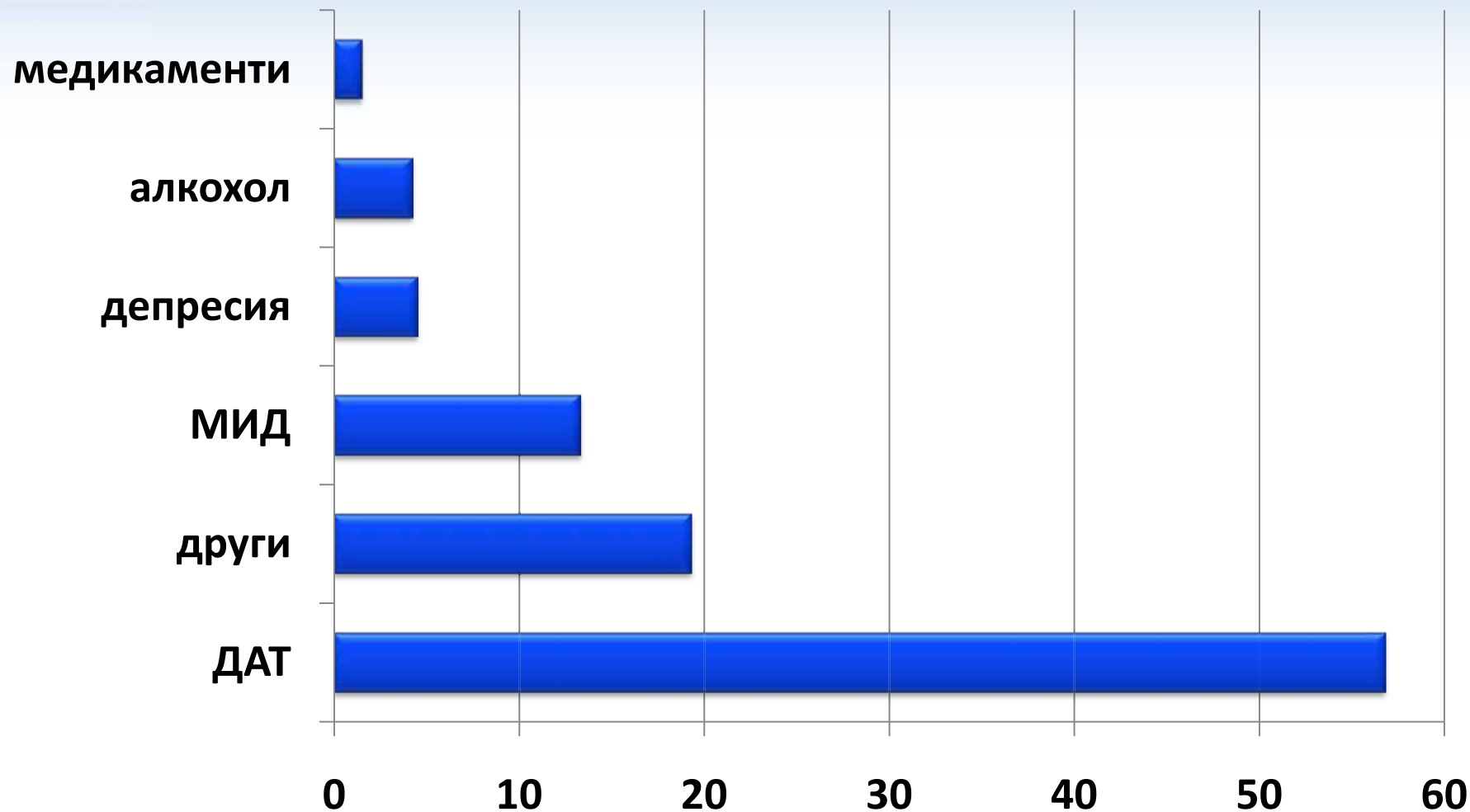


Клинични отлики между деменция и делир

ХАРАКТЕРИСТИКА	ДЕЛИР	ДЕМЕНЦИЯ
Анамнеза	Остро заболяване	Хронично заболяване
Начало	Много бързо	Обикновено незабележимо
Продължителност	Дни до седмици	Месеци до години
Ход	Флуктуиращ	Хронично прогресиращ
Яснота на съзнанието	Флуктуиращ	Нормална
Ориентация	Нарушена (поне епизодично)	Първоначално неувредена
Афективност	Тревожност, раздразнителност	Лабилност, но обикновено без тревожност
Реч	Често неподредена	Намалено количество
Памет	Подчертано увредени скорошни спомени	Увредени скорошни и отдавнашни спомени
Възприятия	Чести халюцинации (особено зрителни)	Халюцинациите не са обичайни (освен при “скитащите по залез”)
Психомоторика	Ретардация, ажитация, смесена	Нормална
Сън	Нарушен цикъл сън - бодърстване	Слабо увреждане на цикъла сън-бодърстване
Внимание и осъзнаване	Очебийно увредени	Слабо увреждане
Обратимост	Често обратим	В повечето случаи - необратима



Деменция: обичайни причини





Деменция:

клинични характеристики

- ❑ Основното нарушение е разстройството както на кратко- така и на дългосрочната памет.
- ❑ Често се нарушават абстрактното мислене и преценката; често са налице други признаци на корова дисфункция, както и изразена личностова промяна.
- ❑ Най-честа причина е болестта на Alzheimer, следвана от мултиинфарктната деменция.
- ❑ При млади пациенти честа причина е СПИН.
- ❑ Причините за насочване към лекар са скитане, обърканост, несъответно или налудно повлияно поведение, агресия, депресия, тревожност.



Болест на Alzheimer:

епидемиология

- Рязко увеличаване след 60-годишна възраст
- ~4% над 75 години, ~16% над 85 години, ~32% над 90 години.
- По-честа от съдовата деменция в Европа и Северна Америка (обратното – в Китай, Япония, Русия); рядка сред племето крий и практически липсваща сред туземните нигерийци.



Болест на Alzheimer: рискови фактори

- ☞ Възраст
(всеки ще е болен от БА до 140-годишна възраст)
- ☞ Анамнеза за БА у родственик първа степен
(съотношение на рисковете 3,5)
- ☞ Анамнеза за синдром на Down
у родственик първа степен (2,7)
- ☞ Анамнеза за предходен хипотиреоидизъм,
епилепсия, болест на Parkinson (2,4)
- ☞ ЧМТ, в това число леки повтарящи се травми (1,8)
- ☞ Предходна депресия (1,8)
- ☞ Късна възраст на майката при раждането (1,7)
- ☞ Абнормен метаболизъм на холестерола (?)
- ☞ Тютюнопушене, мигрена (0,8)



Болест на Alzheimer: невропатология

- ☞ Невродегенерацията е ограничена в дискретни кортикални региони и в специфични субкортикални структури (тя е уникално селективна).
- ☞ С напредване на болестта във времето невродегенерацията се разпростира по един и същ добре описан начин, който корелира с прогресиращото развитие на когнитивния дефицит.
- ☞ Загубата на неврони е 10 – 80 пъти по-бърза от наблюдаваната по време на нормалното стареене.



Деменция:

симптоми на загуба на памет

- **Ранни признаци:** забравя имена;
прави списъци; обажда се многократно
на близки; пропуска уговорки
- **Налична болест:** забравя лица;
не може да използва списъци;
забравя скорошни събития;
не може да спази никакви уговорки
- **Късни признаци:** живее в миналото;
припознава се в членовете на семейството



Деменция:

симптоми на нарушена реч

- **Ранни признаци:** епизодично трудно намиране на думи; намалена способност за изразяване; намалена плавност на речта
- **Налична болест:** трудно намиране на думи в обикновен разговор; все по-чести повторения; трудно следване на комплексен разговор; недоразуменията се оказват по-големи, отколкото е непосредствено очевидно
- **Късни признаци:** разхвърляна, непоследователна реч; пълна загуба на свързана реч



Деменция: прояви на затруднения при комплексни задачи

- **Ранни признаци:** по-малко внимание към облеклото; отбягване на по-сложните домашни задачи; лошо изпълнение на домакинските грижи; затруднения с по-сложни финансови проблеми; увреждане на шофьорските умения
- **Налична болест:** дрехите се обличат погрешно; необходимо е подканяне или надзор при къпане и обличане; домакинските умения са видимо увредени; трудности с всякакви финансови проблеми; не трябва да шофира
- **Късни признаци:** необходима е помощ за обличане и къпане; използва лошо нож и вилица или има нужда от лъжица



Деменция: стадии на упадък

1. Липсва
2. Субективна разсеяност,
но нормално представяне при изследване
3. Доловими от близките затруднения при работа,
в говора, при пътуване на непознати места;
лек паметов дефицит при изследване
4. Намалена способност за пътуване, броене,
припомняне на текущи събития
5. Необходимост от помощ при избор на дрехи;
дезориентация за време или място,
увредено припомняне на имената на внуците
6. Необходимост от надзор при ядене
и поддържане на тоалета; може да има инконтиненция;
дезориентация за време, място, понякога – за личност
7. Тежка загуба на реч; инконтиненция; моторна скованост



Деменция: роля на ОПЛ

Ранни стадии:

- обсъждане на диагнозата;
- лечение на съпътстващите заболявания;
- елиминиране на ненужните лекарства;
- съвети за завещание и изпреварващи поръки;
- следене на уменията за шофиране и обезопасяване на домакинските уреди;
- обсъждане на наличните симптоматични лечебни средства

По-късни стадии:

- подпомагане на обгрижващите да открият и оптимизират съхранените функции
- проследяване и лечение на невропсихиатричните симптоми
- уреждане на подкрепа чрез местните здравни служби
- системно проследяване на здравето и благополучието НА ОБГРИЖВАЩИТЕ!
- планиране заедно с обгрижващите на гладък преход към дом за социални грижи
- взимане на решенията в края на живота с уважаване на изпреварващите поръки



Благодаря за вниманието!